



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DRA GLADYS ROMÁN DE CISNEROS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SALUD INTEGRAL DEL ADULTO



**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR**

Autor:
MSc. Carrizales Douglas

Valencia, Octubre 2016

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DRA GLADYS ROMÁN DE CISNEROS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SALUD INTEGRAL DEL ADULTO

**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR**

Trabajo presentado por el profesor Carrizales Douglas ante el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, en cumplimiento con lo previsto en el capítulo I, sección X, artículos 89 y 94 de la ley de universidades y en concordancia con el artículo 190 del estatuto del personal docente y de investigación de la Universidad de Carabobo, para optar a la categoría de profesor Agregado.

Autor. MSc. Carrizales Douglas

Valencia, Octubre 2016

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso.

A mi madre y hermanos.

A mi esposa, hijos y nietos.

A los adultos mayores.

AGRADECIMIENTO

A Dios; fortaleza y refugio de mi espíritu.

A los Adultos Mayores y sus familiares, principales protagonistas, quienes participaron en esta investigación, gracias por su colaboración.

A la Universidad de Carabobo, quien ha permitido mi formación para obtener este logro.

A la comunidad el Concejo por abrir sus espacios para la realización de esta investigación.

A todos mis compañeros del departamento Salud Integral del Adulto. Vicenta, Yajaira, Gainza, Palacios, Restrepo, Ramón, Elda, Dulvis, Nery R, Neri O, Edith, Onirda, Orellys, Blanca, Mercedes, Dora, Medina, Bertha, Norely, Manuel, Julia y María.

A mis compañeros de la unidad de investigación UNINGER, Delia Oberto, Vicenta Fernández, Ana Fajardo, Mery Valiente, Maritza Corrales y Tania Oberto.

A todos ellos, muchas gracias

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE DE CUADROS	vii
INDICE DE GRAFICOS	ix
RESUMEN	xi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Objetivos de la investigación.....	8
1.2.1. Objetivo General.....	8
1.2.2. Objetivos Específicos.....	8
1.3. Justificación de la Investigación.....	9
CAPITULO II. MARCO TEORICO.	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2. Bases teóricas.....	17
2.2.1. Actitud de los familiares.....	17
2.2.2 Apoyo Emocional.....	21
2.2.3. Tolerancia.....	22
2.2.4. Compromiso.....	23
2.3 Comunicación.....	23
2.3.1. Comunicación Verbal.....	25
2.3.2. Comunicación no Verbal.....	26
2.4. Cambios Sensoriales.....	27
2.4.1. Alteración Auditiva.....	28

INDICE GENERAL

	Pág.
2.4.2. Alteración Visual.....	29
2.4.3. Alteración Motora.....	30
2.5. Sistema De Hipótesis.....	31
2.5.1. Hipótesis General.....	31
2.5.2.Hipótesis Especifica.....	32
2.6. Definición de términos.....	33
2.7. Sistemas de Variables.....	34
2.7.1. Operacionalizacion de variables.....	35
CAPITULO III MARCO METODOLOGICO	
3.1 .Tipo de Investigación.....	37
3.2.Diseño de Investigación.....	37
3.3.Población y Muestra.....	38
3.4. Instrumento.....	38
3.5.Procedimiento para la recolección de datos.....	39
3.6. Análisis e interpretación de los datos.....	39
CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	
4.1. Resultados de la investigación.....	40
4.2. Presentación de los resultados.....	40
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	87
5.2. Recomendaciones.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXO. A. Instrumento.....	99
ANEXO. B Consentimiento informado.....	106
ANEXO. C. Confiabilidad.....	109

INDICE DE TABLAS

Tabla	Descripción	Pág.
01	Distribución de los Adultos Mayores según Edad Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	42
02	Distribución de los Familiares según Sexo Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	45
03	Distribución de los Familiares según Edad Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	48
04	Distribución de los Familiares según Escolaridad Alcanzada Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	51
05	Distribución de los Familiares según Ocupación Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	53
06	Distribución de los Familiares según Filiación con sus Familiares Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	55
07	Distribución de los Familiares según ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores Apoyo Emocional y Cambios Visuales Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	58
08	Distribución de los Familiares según ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores apoyo Emocional y cambios Auditivos Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla	Descripción	Pág.
09	Distribución de los Familiares según ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los <i>Factores apoyo Emocional y cambios Motor</i> Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	66
10	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores <i>Comunicación Efectiva y Cambios Visuales</i> Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	70
11	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores <i>Comunicación Efectiva y Cambios Auditivos</i> Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	74
12	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores <i>Comunicación Efectiva y Cambios Motor</i> Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	78
13	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de las Variables en Estudio Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	82

INDICE DE GRAFICOS

Grafico	Descripción	Pág.
01	Distribución de los Adultos Mayores según Edad Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	44
02	Distribución de los familiares según Sexo Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	47
03	Distribución de los familiares según Edad Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	50
04	Distribución de los familiares según Escolaridad Alcanzada Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	52
05	Distribución de los familiares según Ocupación Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	54
06	Distribución de los familiares según Filiacion con sus Familiares Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	57
07	Distribución de los familiares según ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores Apoyo Emocional y Cambios Visuales Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	61
08	Distribución de los familiares según ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores apoyo Emocional y cambios Auditivos Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	64

INDICE DE GRAFICOS

Grafico	Descripción	Pág.
09	Distribución de los Familiares según ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores apoyo Emocional y cambios Motor Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	69
10	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores Comunicación Efectiva y Cambios Visuales Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	73
11	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores Comunicación Efectiva y Cambios Auditivos Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	77
12	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de los Factores Comunicación Efectiva y Cambios Motor Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	80
13	Distribución de los Familiares según Ocurrencia Consolidada de las respuestas a los ítems de las Variables en Estudio Comunidad el Concejo. Parroquia Miguel Peña. Valencia, junio 2016.....	86

RESUMEN

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD EL CONCEJO. VALENCIA ESTADO CARABOBO

Autor: MSc. Carrizales Douglas.
Año: 2016

La conducta de la familia debe reflejar sensibilidad humana, comunicación y apoyo durante la interacción con el adulto mayor en sus hogares, este trabajo está adscrito a la línea de investigación: Calidad de vida y experiencias de salud perteneciente a la unidad de investigación gerontológica de la escuela de enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros, de la Universidad de Carabobo, cuyo objetivo fue: Determinar la actitud de los familiares en los factores: apoyo emocional y comunicación ante los cambios funcionales del adulto mayor en los factores: cambios visual auditivo y motor en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña. Valencia Estado Carabobo. Es un estudio descriptivo correlacional con diseño ex post facto modalidad de campo. La población estuvo conformada por 30 familias cuyos criterios de selección sea que convivan con adultos y mayores en sus hogares. Para la recolección de la información se elaboró un instrumento tipo cuestionario con 27 ítems, conformado en tres partes: la primera correspondiente a los datos demográficos, la segunda contiene los datos de la primera variable actitud de los familiares y la tercera contiene información de la segunda variable, alteraciones sensoriales y motora, se utilizó la escala de Likert en ambas partes. Para la confiabilidad interna del instrumento se aplicó una prueba piloto a una población que reunió las mismas características que la población en estudio. Los resultados confirman la hipótesis general: Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el adulto mayor en sus factores apoyo emocional y Comunicación y su relación con los cambios sensoriales en sus factores visuales, auditivos y motores.

Palabras claves: Actitud. Familia. Adulto mayor. Cambios funcionales.

INTRODUCCION.

El envejecimiento es un proceso, lento, dinámico, continuo y definitivo, que forma parte de la cotidianidad en la vida de las personas, ello involucra cambios en órganos y sistemas afectando las capacidades funcionales, así como el afecto y la sociabilidad. Por lo tanto, la participación de la familia como principal proveedor del cuidado, constituye un soporte fundamental para promover la seguridad y el afecto en el adulto mayor, y por ende una vejez satisfactoria. A la par de esto, los enfermeros facilitan los mecanismos necesarios en la orientación de los cuidados en la familia permitiendo llevar con éxito un estilo de vida saludable dentro de las limitaciones que puede producir el envejecimiento.

Desde esa perspectiva, se realizó una investigación adscrita a la línea de investigación Calidad de vida y experiencias de salud perteneciente a la unidad de investigación gerontológica de la escuela de enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros, cuyo objetivo fue; Determinar la actitud de los familiares en los factores: apoyo emocional y comunicación ante los cambios funcionales del adulto mayor en los factores: cambios visual auditivo y motor en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña. Valencia Estado Carabobo.

El tipo de estudio es descriptivo correlacional con diseño ex post facto modalidad de campo. La población objeto de estudio se conformó por 30 familias cuyos criterios de selección fue que convivieran con adultos mayores en sus hogares.

Para la recolección de la información se elaboró un instrumento tipo cuestionario, conformado en tres partes: la primera correspondiente a los datos demográficos, la segunda parte contiene los datos de la primera variable actitud de los familiares y la tercera parte correspondiente con la información de la segunda variable sobre los cambios visual, auditivo motor, utilizando la escala de Likert en

ambas partes. Para la confiabilidad interna del instrumento se aplicó una prueba piloto a una población que reúne las mismas características de la población en estudio.

El informe de la investigación se estructuró en cuatro capítulos. El capítulo I contiene el planteamiento del problema, objetivo general y específico, así como la justificación. En el capítulo II se describe el marco teórico, con antecedentes del estudio, bases teóricas, sistema de hipótesis, operacionalización de las variables y definición de términos básicos. El capítulo III corresponde al marco metodológico donde se incluyen tipo y diseño de la investigación, población y muestra. En el capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y análisis e interpretación de los mismos, el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de esta investigación, finalmente la bibliografía y anexos

CAPTULO I

EI PROBLEMA

Este capítulo está constituido por el planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y la justificación del estudio.

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población de adultos mayores se incrementa notablemente a nivel mundial, debido a la disminución de la fecundidad y el aumento paralelo en la esperanza de vida marcando un progresivo y extraordinario crecimiento de la vejez, estimándose de acuerdo con los datos de la oficina demográfica de la ONU citados por Haub (2007), indicando que:

La proporción de personas de 65 años y más ha aumentado del 5% al 7% en todo el mundo, siendo Japón y Europa los líderes como América del Norte, Australia y Nueva Zelanda en un segundo puesto muy cercano. Sin embargo, las personas mayores conforman más del 5% en muchos países menos desarrollados y para el año 2050 se espera que sean el 19% de la población en América Latina y el 18% en Asia. (pág. 6)

En Venezuela, el Instituto Nacional de Estadísticas (2011) ha estimado que la “población venezolana mayor de 60 años para el año 2010 era de 2.519.751 y se proyecta que para el 2030 será de 5.558.973, es decir que la población venezolana de adultos mayores crecerá en un 12.62%”.(pág. 2). Actualmente en el estado Carabobo el Instituto Nacional de Estadísticas (2014), señala que para el censo realizado en el 2011; en esta entidad la población de adultos mayores tuvo un incremento en un “5,6%; teniendo las edades de 60 a 64 años, 72.507 adultos mayores; las edades de 65

a 69 con 45.807 adultos mayores; y finalmente de 70 años y más con 78.795 adultos mayores.” (pág. 16)

De acuerdo con la proyección de la población según entidad federal, municipios y parroquias, 2000 – 2050, estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística al 30 de junio de cada año con base al censo 2011, “tasó la población de la Parroquia Miguel Peña para el 2015 en 391415 habitantes”. (Instituto Nacional de Estadística 2013. s/p)

Analizando las estadísticas precedentes, el incremento de los adultos mayores en el futuro inmediato tendrá repercusiones sociales muy significativas, con énfasis; en la convivencia familiar, en lo económico, en la salud, la vivienda, alimentación y los cuidados generales que el envejeciente precisa para mantener una calidad de vida óptima, de manera que, es imperativo la participación de la sociedad para el empoderamiento del cuidado en este grupo etario, quienes en su mayoría presentan discapacidades específicas que ameritan gastos y atención del familiar.

Por lo tanto, el envejecimiento de la población es un hecho indiscutible y definitivo que forma parte de la sociedad, sumado a los cambios y disminución de la funcionalidad que son características implícitas y dinámicas presentes en esta etapa de la vida, de tal manera, que este proceso es la acción y efecto de envejecer en un mundo paradigmático donde se elogia la juventud más que la vejez.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), envejecer se define como: “a) Hacer vieja a una persona o cosa. b) Hacerse vieja o antigua una persona o cosa. c). Durar, permanecer por mucho tiempo”. (pág. 3).

Montilla E (2009) lo define como “un proceso natural y universal de cambios biológicos irreversibles que ocurren a través de la vida, y que tienen como resultado final la muerte” (pág. 42)

De acuerdo con el autor precedente, el envejecimiento no es un fenómeno casual de la especie humana, contrariamente afecta todas las esferas de la sociedad y regiones del mundo de allí la universalidad; la sociedad en general experimenta las transformaciones de los individuos hacia la madurez como proceso natural, esto indica la evolución de la humanidad; es decir, el envejecimiento no se suscita repentinamente, sino en forma gradual y progresiva desde el mismo momento de la fecundación. En correspondencia con lo anterior, Bouza, López y Macías (2005) exponen que,

El envejecimiento es multifactorial, multiforme y asincrónico, no sigue una ley única que lo explique, y su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecargas biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales. (pág. 15)

Es decir, esta etapa presenta características dinámicas muy particulares e importantes que deben considerarse como un proceso normal durante el ciclo de la vida del hombre, su variabilidad y heterogeneidad es distinta de una persona a otra, porque no todos los cambios se producen en la misma época y al mismo ritmo, un sujeto aun siendo de la misma familia presenta características de envejecimiento muy particulares, es decir, el envejecimiento es complejo por naturaleza; aunado a ello, se conjugan otras variables tales como; la cultura, la raza, y el medio ambiente que forman parte implícita y determinantes en este proceso.

Así, el rendimiento funcional, disminuye notablemente y trae consigo cambios fisiológicos a nivel orgánico y mental, que son normales con el paso de los años, pero en suma predispone al adulto mayor a eventos discapacitantes que lo limitan en su desenvolvimiento y desarrollo de las actividades de la vida diaria. En consecuencia, el adulto mayor suele tener dificultades para caminar más rápido, enfocar objetos, manipular sus medicamentos, mantener relaciones socializadoras significativas con su par, hecho que suele tornar al geronte irritable, aislado y dependiente afectando la comunicación con los demás, corriendo el riesgo de ser maltratado o abandonado.

De ahí que, la familia juega un papel determinante en la socialización con el adulto mayor en el hogar y la sociedad, siendo esta un marco referencial imprescindible para el cuidado de sus miembros en especial a las personas de la tercera edad, quienes precisan de apoyo, afecto y solidaridad por parte del grupo familiar, asumiendo la protección en un momento trascendental de la vida; así como acompañarlos, hacerlos sentir útiles, comprenderlos y ayudarlos a tomar decisiones importantes dentro o fuera del hogar, esto con la finalidad de generar confianza y seguridad en ellos para una vejez satisfactoria.

Sin embargo, como acompañante docente en la carrera de enfermería de la Universidad de Carabobo en el marco de las visitas domiciliarias realizadas por los estudiantes, como parte de la programación en la asignatura Cuidados al adulto mayor durante las pasantías en la parroquia Miguel Peña comunidad el Concejo, se evidencia y en conversación con algunos adultos mayores manifiestan que los familiares son impacientes con ellos, sienten que la comunicación es limitada, son menospreciados en el trato cotidiano, se sienten aislados y desatendidos porque los miembros de la familia están siempre ocupados.

Esta situación, puede traer como consecuencia que los miembros de la familia como principal proveedor del cuidado del adulto mayor, la relación se torne muy distante provocándole desconcierto y dificultad para desempeñarse de manera independiente en las actividades de la vida diaria, contribuyendo al sedentarismo, aislamiento dentro del hogar y la sociedad en general, generándole limitaciones para la socialización con otros grupos y disminución de la autoestima con alteraciones en el bienestar físico y psicológico, proclives al maltrato. Lo anterior guarda relación con otras evidencias científicas reportadas por Krzemien D, Urquijo S, Monchiatti A (2004), quienes señalan

Los ancianos se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad. (pág. 350).

En concordancia con el párrafo anterior, los familiares deben evaluar sus capacidades, sus propios sentimientos y actitudes en torno al deber de cuidar a sus adultos mayores, además reflexionar sobre el proceso de envejecimiento para dar espacios al adulto mayor animándolos a participar en las labores cotidianas y tomas de decisiones en el hogar, siempre bajo un clima de respeto hacia los valores, el amor y la tolerancia; es decir, que el adulto mayor sienta que es valorado y apreciado en la familia.

De lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante.

¿Cuál es la actitud que los familiares tienen con los adultos mayores en el hogar?

¿Cómo es la actitud que los familiares exhiben en el hogar con los cambios funcionales de los adultos mayores?

Para dar respuesta a estas interrogantes se pretende realizar una investigación que tiene por título: “Actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el adulto mayor en la comunidad el Concejo de la Parroquia Miguel Peña. Valencia estado Carabobo”

1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1.2.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el adulto mayor en sus factores apoyo emocional y comunicación y su relación con las alteraciones sensoriales en sus factores visual, auditiva y motora en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña Valencia estado Carabobo.

1.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor visual en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña.
- Determinar la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña
- Determinar la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones en su factor motora en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña.

- Determinar la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor visual en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña.
- Determinar la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña.
- Determinar la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor motora en la comunidad el Concejo Parroquia Miguel Peña.

1.3.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Envejecer es un hecho incuestionable que afecta a todas las especies y contempla cambios morfofisiológicos funcionales que se producen con el paso del tiempo, el cual puede ser contemplado desde dos vertientes importantes, la referida a los cambios fisiológicos normales por un lado y las que tienen que ver con los procesos patológicos traídos por las personas durante su desarrollo, que van a presentar, de acuerdo con Millan (2011), “fragilidad resultado de los elementos clínicos, sociales y funcionales denominándose ancianos frágiles que van a hacer los más necesitados de atención”.(pág. 2)

Dado el planteamiento anterior, la investigación develara la relación entre la actitud que asume la familia cuando proporciona los cuidados al adulto mayor en el hogar en sus dimensiones apoyo emocional y comunicación y su relación con las alteraciones funcionales, tanto; visuales auditivas y motoras identificando los

factores que actúan como barreras en el proceso de socialización entre las personas ancianas y el grupo familiar.

Dentro del contexto familiar, se resalta el rol que tiene la misma en la sociedad, esta investigación puede servir como base para realizar proyectos educativos dirigidos a los familiares sobre la discapacidad del adulto mayor enmarcado en la práctica de los valores para la satisfacción de las necesidades interferidas, sean estas en situación de dependencia o independencia.

Desde el punto de vista social la investigación dará un aporte importante, ya que la población de los adultos mayores aumenta cada día más y estos demandan cuidados y atención por parte de la comunidad, en este sentido los grupos y redes sociales se empoderan del proceso de envejecimiento y podrán diseñar estrategias para el cuidado dándoles protección y asistencia; evitando el maltrato, el abandono o el aislamiento por parte de la familia.

Además, los resultados de esta investigación podrán ser utilizados por los estudiantes y docentes de las diferentes instituciones educativas públicas y privadas contribuyendo con una mejor comprensión del proceso de envejecimiento y así el estudiante confrontara la realidad sociocultural derivada de su actuación en el hogar así como en la comunidad, procurando un cambio efectivo para el entendimiento complejo del hombre desde lo axiológico

Por último, este estudio contribuirá con la epistemología de la profesión de enfermería, fundamentando a futuras investigaciones relacionadas con el tema objeto de estudio en las variables estudiadas; además, puede ser insertada dentro de las competencias curriculares para consolidar la socialización del educando, educadores y comunidad en lo que respecta al envejecimiento.

CAPTULO II

MARCO TEORICO

La investigación planteada está ubicada dentro de un conjunto de conocimientos, fundamentados en autores e investigadores en el tema, los cuales orientan y sustentan el estudio. Al respecto Castro (2008) afirma, “la importancia del contexto teórico, radica en que permite ampliar la descripción del problema su objetivo primordial no es otro que lograr la integración y relación de la teoría con la investigación que se está llevando a cabo”. (Pág. 12); desde esta perspectiva el capítulo se centra en los antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistemas de hipótesis, definición de términos, sistemas de variables y operacionalización de variables.

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los antecedentes de la investigación van a permitir la orientación y el desarrollo de la misma, quien de acuerdo a Veliz A. (2008) expresa que, “se refieren a la revisión de trabajos previos sobre el tema en estudio realizados fundamentalmente en instituciones de educación superior reconocidas o, en su defecto en otras organizaciones.”(Pág. 19)

De acuerdo con el autor, el investigador está obligado a buscar referencias que soporten el estudio, en ese sentido estas son síntesis conceptuales de investigaciones previas que guardan relación con la temática planteada, algunas relacionadas con la actitud de los familiares que han aportado elementos importantes a esta investigación, entre los hallazgos más relevantes se encuentran las siguientes:

Velásquez. D. y Ramírez G. (2012) Realizaron un trabajo titulado: Condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la urbanización de la llanada, sector II de la ciudad de Cumaná. Venezuela. Cuyo objetivo fue analizar las condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la urbanización la Llanada, sector II de la ciudad de Cumaná. El marco metodológico de la investigación se realizó bajo el nivel descriptivo y el diseño de campo, los datos de la investigación fueron obtenidos en forma directa a través de entrevistas aplicadas a 71 adultos mayores. Con la realización de este trabajo se pudo conocer aspectos socio-demográficos, socio-económicos, aspectos relacionados con la alimentación y la salud, aspectos culturales y recreativos, familiares y autopercepción así como los programas y acciones comunitarios. Se concluye que: en la urbanización La Llanada sector II el 8,82 % son adultos mayores con tendencia al aumento, si bien una importante mayoría recibe algún ingreso los mismos son inferiores al salario mínimo, precarios para satisfacer sus necesidades, lo que los ubica en situación de pobreza. Aun cuando la situación general de los adultos es aceptable en tanto salud y apoyo familiar se refiere, se evidencian presencia de enfermedades y carencia de afecto. Los programas gubernamentales para el adulto mayor no son suficientes, situación que se agrava al no ofrecer la comunidad ninguna actividad que los atienda por lo tanto no tienen espacios de participación, lo que amerita de programas y acciones sociales y comunitarios dirigidos a este sector.

El trabajo guarda relación con la temática en estudio en el factor apoyo emocional e indicador compromiso, dado que el adulto mayor no solo espera de sus familiares comprensión, amor y tolerancia sino la obligación de la familia para cuidarle y protegerlo y así satisfacer sus demandas con mayor autonomía.

Acevedo, Y.; Sposito, C. y Acevedo, E. (2008) en su trabajo titulado: Propuesta de un programa de orientación sobre el cuidado del anciano en el hogar dirigido a familiares que habitan en la urbanización “altos de Cayaurima” parroquia Marhuanta, Ciudad Bolívar. Venezuela. Tuvo como objetivo proponer un Programa de orientación sobre el cuidado del anciano en el hogar dirigido a los familiares que habitan en la Urbanización “Altos de Cayaurima”, Parroquia Marhuanta en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el Segundo Semestre del año 2008. Esta investigación fue descriptivo-retrospectiva y de campo, bajo la modalidad de Proyecto Factible. La población objeto de estudio estuvo conformada por los habitantes de la Urbanización “Altos de Cayaurima”. Ciudad Bolívar: tomándose como muestra treinta (30) grupos familiares cuidadores del anciano en el hogar. Para la recolección de la información se utilizó el método de la encuesta conformado por veintidós (22) ítems de selección múltiple: Siempre-Algunas Veces y Nunca, el cual fue validado por juicio de expertos. Para la confiabilidad se tomó como prueba piloto a 10 grupos familiares de ancianos; aplicándose la Técnica de Confiabilidad Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de 0,8459, lo que indica una confiabilidad Alta. Los análisis estadísticos fueron calculados a través de la distribución de frecuencia, representada en cuadros y gráficos. Después de analizados los resultados, el estudio demostró que un significativo porcentaje de los familiares-cuidadores del anciano en el hogar, demostraron deficiencias en cuanto al Nivel Biofísico, relacionado a la alimentación, higiene, eliminación, medicación, movilización y seguridad. En cuanto al Nivel Psicosocial relacionado a la recreación, estima y reconocimiento del anciano en el hogar, según resultados obtenidos demuestran incongruencia en las respuestas por parte del familiar-cuidador.

El trabajo precedente se corresponde con la temática en estudio, en la variable actitud de los familiares cuyos factores apoyo emocional y comunicación dan cuenta del compromiso y la tolerancia que debe exhibir el grupo familiar cuando provee al

adulto mayor de alimentación, higiene, eliminación, medicación, movilización y seguridad.

Espinoza, C. y Gualpa, P. realizaron una investigación en Cuenca Ecuador (2013) denominado; Prevalencia y factores asociados a caídas, en adultos mayores del Centro de Atención Gerontológica del Seguro Social. El Objetivo fue: Determinar la prevalencia de caídas y factores asociados en adultos mayores del Centro de Atención Gerontológica del Seguro Social. Materiales y Métodos: estudio transversal, los datos fueron recolectados por medio del llenado del cuestionario modificado de la OMS, aplicado a 250 adultos mayores, que incluyó a los adultos mayores registrados en el Centro de atención gerontológica del Seguro Social de Cuenca, que fueron seleccionados en la muestra aleatoria, que hayan cumplido 65 o más años de edad, y que hayan aceptado el consentimiento informado; y excluyó a los adultos mayores que no cumplan con los criterios anteriores. Resultados: La media de edad se ubicó en 73,78 años de edad, de sexo femenino el 72,4%; y de estado civil casados con el 54,8%. La prevalencia de caídas en los últimos 6 meses fue del 22,4%. Según la escala de Downton, el 71% de los adultos mayores tienen riesgo bajo de presentar nuevas caídas. El 69,6% de los adultos mayores refiere miedo a volver a caerse; en el 30,4% de los casos el suelo donde sucedió la caída fue irregular. Conclusiones: hubo asociación significativa con consumir alcohol en 4,59 veces (IC 95% 3,62-5,8); con el resto de factores tanto intrínsecos como extrínsecos no existe asociación.

El antecedente se relaciona con el estudio propuesto, en el factor cambio motor, e indicador musculo esquelético, ya que con el proceso de envejecimiento la motricidad va disminuyendo generando en el adulto mayor inseguridad y miedo para la movilidad y caídas.

En relación con la dimensión funcionalidad, Arboleda A. Vargas D. Galicia J. (2008) En Pereira Colombia realizaron una investigación denominada Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores realizada en Colombia cuyo Objetivo fue: Caracterizar el nivel de funcionalidad cotidiana de un grupo de adultos mayores (añoranzas) de Coeducar-Comcaja (Pereira 2008) por medio de la aplicación del índice de Barthel y su posterior análisis y clasificación. Método: La población evaluada correspondió a un grupo de 30 adultos mayores, en edades comprendidas entre 60 y 80 años de ambos géneros (26 mujeres y 4 hombres), afiliados y beneficiarios de Coeducar Pereira, y pertenecientes al grupo de la salud Añoranzas, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado. Resultados: El 57% del grupo evaluado obtuvo una clasificación de funcionalidad en actividades cotidianas de Independientes, mientras que el otro 43% obtuvo una clasificación de Dependientes Leves. Se encontró además que el grupo que realizó actividades físicas de 0 a 2 veces por semana presentaron una calificación de Dependientes Leves, y a su vez, el grupo que realizaba actividad física con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana, obtuvo una calificación de Independientes. Dentro de las principales deficiencias funcionales que se identificaron en el grupo evaluado, según el índice de Barthel, se encontró que para la realización de las actividades traslado silla-cama y escalones, se necesita de una pequeña supervisión verbal o física, siendo ésta última actividad la limitante funcional más significativa para el grupo en cuestión.

Este trabajo guarda relación con el estudio propuesto en la variable cambios funcionales dado que en el adulto mayor en su proceso de envejecimiento comienzan a aparecer como es natural los cambios visuales, auditivos y motor dificultando las actividades físicas de los ancianos que muchas veces limita las actividades de la vida diaria volviéndose dependientes de otras personas para ejecutar las actividades de la vida diaria.

Vera, M. (2007) realizó un estudio en Perú titulado Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, cuyo objetivo fue: Comprender el significado de la expresión lingüística calidad de vida del adulto mayor para el adulto mayor y para su familia. Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Lugar: Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos. Participantes: Adultos mayores y sus respectivos grupos familiares. Métodos: Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas Norteadoras, previamente validados. Principales medidas de resultados: Significado de calidad de vida para el adulto mayor y para la familia. Resultados: Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la objetivación y el anclaje y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Conclusiones: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Este trabajo guarda relación con el estudio propuesto en las dimensiones comunicación y el compromiso de los familiares de cuidarlos y proporcionar alimentación y vestido cuando sea requerido.

2.2.- BASES TEÓRICAS

En esta parte se presentan las bases teóricas y enfoques aportados por estudiosos y teóricos las cuales le proporcionan soporte a este estudio relacionadas con las variables; actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el adulto mayor en sus factores apoyo emocional y comunicación y su relación con los sensoriales en sus factores visual, auditiva y motora.

2.2.1.- ACTITUD DE LOS FAMILIARES

El termino actitud forma parte de la cotidianidad y del lenguaje común de las personas en cualquier conversación de calle, y ocupa un lugar importante en el campo de la psicología social. Hogg, Vaughan y Morando. (2010) refieren que “viene del latín “actitudo” se asociaba antiguamente con la palabra latina “aptus” que significa “apto y preparado para la acción” (Pág. 148)

Las actitudes han sido objeto de estudios inalcanzables por parte de los psicólogos, tienen una larga trayectoria en las ciencias sociales y diversas prácticas disciplinarias, como resultado de este interés los teóricos y filósofos han publicado estudios interesantes, sin embargo persiste las divergencias multidisciplinarias en torno al término. Sin embargo, Vallejo B (2011) argumenta que, “en 1935 Gordon Allport hizo notar que las actitudes se pueden medir mejor de los que se les puede definir. Desde entonces, infinidad de estudios sobre este concepto no hacen más que añadir luz sobre lo mismo”. (pág. 189)

En este sentido la definición clásica de Gordon Allport citado por Abad, M. Llor, B. García, M. Nieto, J. (1995) considera actitud como “un estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, que ejerce una

influencia, directa o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. (Pág. 158).

En relación con los autores citados en el párrafo anterior, la actitud que una persona exhibe hacia un sujeto u objeto, constituye la información sensorial que ingresara en su cerebro para su análisis e interpretara dependiendo en gran medida de la información previa que tenga sobre dicha información. Desde esta perspectiva, se asume que el comportamiento muchas veces se transfiere según las opiniones que se tenga acerca de las personas y las cosas, para tener una idea más clara sobre las realidades aparentes de los fenómenos actitudinales.

En ese mismo orden, la disposición que tienen las personas de actuar con respecto a las respuestas y expresiones proyectadas hacia otras personas, cosas, sucesos o actividades; pueden generar respuestas contradictorias y en consecuencia ocasionar conflictos y cambios de conductas en el proceso de socialización; así, la sociedad y más concretamente los familiares del adulto mayor deben exhibir una conducta y disposición en darle apoyo emocional. Kozier B. y Colbs (1999) indica que, “las actitudes transmiten creencias, ideas y sentimientos acerca de las personas y acontecimientos; transmiten un significado de cariño, interés, respeto y aceptación” (Pág.393)

De ahí que; el cariño e interés expresado por los familiares implica proximidad cuando esos sentimientos son expresados con conocimientos de causa, cuando el adulto mayor supone que ganado respeto, amor y tiene las habilidades bien intencionadas para transmitir conocimiento arraigado por la experiencia vivida, así que, ellos demanda atención, amistad y apoyo emocional, de parte de los miembros de la familia, grupos o redes de apoyo y sociedad en general.

En ese mismo orden; García y López. (2009) Citan a Rosenberg y Hovlan quienes señalan que, “una actitud está compuesta por componente afectivo concerniente a sentimientos que evalúan el agrado o desagrado, cognitivo (creencias, opiniones e ideas) y comportamentales (intenciones conductuales o tendencias de acción) (pág. 156)

Las actitudes pueden reflejar reacciones prejuizadas frente a los eventos e interpretaciones que las personas le dan a los mismos, es importante reflexionar que estas tienen componentes de creencias y valores integrados oportunamente de acuerdo con la información que se tiene de las cosas y del mundo. De tal manera el adulto mayor y la familia juzgaran según su postura el sentido que le dan a la vida, a las personas, a la naturaleza, las cosas, entre otras; porque, ellos traen un anclaje cultural previo del medio o hábitat donde se han formado.

La familia como célula de la sociedad es el grupo de apoyo más próximo que tienen los adultos mayores en las comunidades, más allá de sus roles y sistemas de creencias, con sus contradicciones culturales y psicodinámicas, es capaz de socializar con el entorno entrañando disposición para proporcionar todo el apoyo necesario a los ancianos y responderles por la seguridad tanto en el hogar como en la comunidad.

Con respecto al concepto de familia es multifocal dada las dinámicas emergentes en el contexto social actual de la sociedad, según Páez (1984) lo define como un “grupo de personas entrelazadas en un sistema social, cuyos vínculos se basan en relaciones de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas y determinadas para cada uno de sus miembros” (pág. 23). La familia como sistema social Biopsicodinámico tiene sus particularidades específicas en concordancia con los roles de convivencia que cumplen cada uno de sus miembros, es el sitio ideal para que las personas conjuguen los valores, creencias y cultura para la evolución dinámica en cada etapa que le toque vivir.

Velásquez (2007) considera que la familia es “el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores, símbolos” (pág. 59).

De acuerdo al citado autor, las personas deciden compartir propósitos de vida afines y desarrollar un espacio socio histórico de convivencia intergeneracional y humana, plena de amor, solidaridad y respeto, creando una suerte de dependencia e independencia entre sus miembros, donde la sociedad como sistema ejerce influencias actitudinales determinantes que transforman la cultura, los valores y creencias en la familia, la familia podrá utilizar su capacidad de adaptación ante las pérdidas y asimilarla de acuerdo con la experiencia que se va dando en el desarrollo y crecimiento más aun en la última etapa de la vida del individuo.

Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D’Hyver C. (2000) exponen que; “es muy loable ayudar a la familia a través de acciones externas, mucho más importante será ayudarla a retomar sus responsabilidades y a salir adelante a través de la revaloración de sus propias riquezas”. (pág. 12)

Para el profesional de enfermería es muy importante conocer los escenarios de la práctica y percibir el comportamiento social con todas sus variables, de esta manera se contribuye en gran manera a conocer la familia y comprender el proceso dinámico que vive el adulto mayor desde el contexto familiar, y, en ese mismo escenario planificar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los mayores.

Al reflexionar en el contexto, se selecciona la primera variable Actitud de los familiares referida como la disposición que tienen los familiares en proporcionar cuidados en el hogar al adulto mayor en los factores apoyo emocional y comunicación

2.2.2.- APOYO EMOCIONAL.

Las relaciones familiares son complejas y dinámicas e influyen en la calidad de vida de sus miembros repercutiendo sobre el proceso de envejecimiento, el cual puede ser satisfactorio con independencia o con discapacidad de dependencia total según sea el caso, por lo tanto la familia debe motivarse en promover estrategias inherentes para darse apoyo para una convivencia integral en el hogar.

Desde esa perspectiva Gómez y Martí (2005) destacan que, “el apoyo emocional comprende acciones de ayuda, motivación y refuerzo, que sirvan de soporte emocional a la persona y le ayuden a efectuar los cambios necesarios para su adecuación a la situación problema” (Pág. 7) Es decir, el apoyo emocional es fundamental en toda relación de ayuda, es así como los familiares tienen la ventaja de actuar por el conocimiento previo que tienen de sus miembros a lo largo de la convivencia familiar, sugiere conocer aunque de modo muy subjetivo; los sentimientos, las acciones y motivaciones de los adultos mayores, así como las debilidades y fragilidad emocional que presentan.

Desde una perspectiva más general, es evidente la importancia cuando se provee apoyo emocional a este grupo etéreo Abad M. (1995) plantea que el apoyo emocional “fomenta la sensación de bienestar; el paciente se siente estimado, respetado, amado, tiene personas que le proporcionan cariño, y seguridad”. (Pág. 216)

En ese orden, los cambios generados por el proceso de envejecimiento producen tensión emocional que el adulto mayor debe enfrentar, momentos de estrés emocional no solo por la vejez sino también por el hecho de sentirse más próximo a la muerte. De ahí que, se selecciona el factor apoyo emocional, definido operacionalmente como; la disposición de los familiares a brindarle cuidados en el hogar al adulto mayor en su proceso de envejecimiento en relación con la tolerancia y el compromiso.

2.2.3.-TOLERANCIA.

Para Cabedo S. (2006) comprender mejor el significado de la palabra tolerancia, etimológicamente “proviene del latín tolerare cuyo significado a su vez significa, resistir, sufrir, permitir, consentir, se puede por tanto afirmar que una primera acepción tolerar tiene que ver con aguantar, resistir, permitir, soportar”. (pág.201)

En las relaciones sociales es importante admitir la diversidad de criterios manifestados en la pluralidad del pensamiento y la acción de las personas que como entes pensantes convencidas de sus ideales, gustos, preferencias y formas de vida dan cuenta de la complejidad de las relaciones, es decir, la diversidad asiente que existe la tolerancia.

La familia como sistema social es invadida con estímulos externos e internos que comprometen las relaciones familiares y su entorno, dada la profusión de eventos que transforman la cultura; la cual afecta el pensamiento, las creencias y valores practicados en el hogar, esto ocasiona en sus miembros individualismo, las personas mayores dejan de ser significativas para los más jóvenes y estos se olvidan de integrarse con los adultos mayores. De allí que el indicador tolerancia se refiere a la

disposición que tienen los familiares en aceptar las opiniones y tener paciencia al adulto mayor en el hogar.

2.2.4.- COMPROMISO.

Toda relación de ayuda lleva implícito el compromiso con los sujetos, esto permite guiar y orientar en la dirección correcta y programada las intervenciones en función de las dificultades que presenta el adulto mayor durante su estancia hospitalaria, no solo eso, planificar acciones para que el familiar luego de instruirse, proporcione cuidados básicos en el hogar. Poblete C (1997) señala “adquirir un compromiso, convenio, pacto o acuerdo, significa que hemos tomado la decisión de establecer y de realizar las acciones determinadas y necesarias, que lleven a la consecución final.” (p.13)

La dificultad surge cuando hay disonancia entre la obligación personal y la responsabilidad al momento de proporcionar los cuidados, la realidad se demuestra cuando la familia asume de manera grupal los principios que el compromiso obliga hacia la atención del adulto mayor; dándole autenticidad, coherencia, congruencia y eficacia no solo cuando provee el cuidado, sino cuando actúa movido con la certeza de responder humanitariamente al adulto mayor.

En consecuencia el compromiso como indicador se refiere a la disposición que muestra los familiares al adulto mayor cuando le proporcionan alimentación y vestido en el hogar.

2.3.- COMUNICACIÓN.

La comunicación es un aspecto básico en toda relación con la sociedad, llámese enfermo, grupos comunitarios y familia en general; todo individuo se

encuentra sumergida en innumerables sistemas de comunicación a lo largo de la vida, transmitida entre un emisor y un receptor a través de; señales, iconos, signos, símbolos y códigos, permitiendo a las personas interpretar y orientar la realidad e interactuar con el entorno. Dance F (1973). Establece que “la comunicación es un proceso de intercambio de información a través de sistemas de símbolos”. (Pág.392).

De acuerdo con el autor señalado; el hombre utiliza diferentes formas de comunicarse; por ejemplo: a través de la pintura, de las señalizaciones, la música, las expresiones o gestos y por supuesto la palabra oral o escrita. Por eso, una comunicación asertiva en el hogar donde se promueve la práctica de los valores genera confianza y la familia es capaz de afrontar los acontecimientos derivados del proceso de envejecimiento.

Por su parte Kozzier B. y Colbs (1999) señalan, “El termino comunicación tiene varios significados dependiendo del contexto en el que use. Para algunos es el intercambio de información entre dos o más personas; en otras palabras el intercambio de ideas o pensamientos”. (Pág.270)

El proceso en la transmisión de los pensamientos no solo se realiza a través de los mensajes hablados o escritos, sino también por gestos y movimientos corporales de los sujetos los cuales expresan tanto o igual que las mismas palabras, de ahí que, los familiares utilizan la comunicación como única forma de socializar con el adulto mayor, y su entorno. Siguiendo a Kozzier B. y Colbs (1999) dice; que “la comunicación es sinónimo de relación”, (Pág. 272) es decir; sea a través de los sentimientos o una interacción personal cuyo propósito es influir en los demás y obtener información significativa que permita establecer parámetros de planificación en base a necesidades interferidas.

Leddy, S. y Pepper, L. (1989), la define como un "proceso por el cual una persona transmite a otra pensamientos, sentimientos e ideas. Es un instrumento para que una persona comprenda a otra, el sujeto acepte a los demás y sea aceptado" (p. 98). En efecto, la comunicación efectiva implica una actividad de afinidad esencial entre los familiares y el adulto mayor en una relación de ayuda de intercambio de opinión y otras emociones que experimentan a través de la comunicación, operacionalmente definida como: Disposición de los familiares a mantener la interacción con el adulto mayor en el hogar cuando facilitan la comunicación verbal y no verbal.

2.3.1.- COMUNICACIÓN VERBAL

La mejor sociedad para exponer las ideas utilizan la palabra hablada como fuente fundamental para establecer un dialogo entre personas o grupos, la comunicación oral se destaca por mantener contactados a los seres humanos a través de la construcción de nuevas ideas y lograr acuerdos u opiniones sociales interesantes para el género humano. La comunicación oral varía según la cultura, el medio social, la edad y la educación, por lo tanto con el adulto mayor es importante establecer contacto visual y mirarlo a la cara haciendo énfasis en las palabras y elegir los términos adecuadas.

Kozzier y Colbs (1999): destaca que una comunicación eficaz tiene los siguientes criterios:

(a)-Simplicidad, esto incluye palabras de fácil comprensión, breves y completas, muchas personas tienden a cargar mucho la comunicación.” (b)-Claridad. Decir exactamente lo que es también se relaciona con la significación de lo que se dice. (c)- El momento y la pertinencia. Por simple y claras que sean las palabras que se dicen o escriben, el tiempo tiene que ser el apropiado para asegurar que las mismas sean oídas. (d)- Adaptabilidad Los mensajes

hablados se deben modificar en función de la conducta que se percibe en el receptor. (p 273)

Para alcanzar esta actitud, los familiares deben transmitir confianza y seguridad al comunicarse con el adulto mayor, sin embargo; es importante no parecer autoritario o presumido al momento de comunicarse, esto se evita exponiendo los mensajes en el momento adecuado en forma constructiva, congruente, seria y honesta, centrándose en el mensaje, así mismo evaluar las formas y modos de comunicarse con los demás evitando emplear gestos o ademanes que dejan entrever el rechazo hacia el adulto mayor. La comunicación verbal como indicador es definida en este trabajo, como la disposición de los familiares del adulto mayor a intercambiar información y sentimientos relacionados tono de voz, atento a la conversación y escucha activa.

2.3.2.- COMUNICACIÓN NO VERBAL.

La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos y movimientos corporales, la mayor comunicación social es de este tipo, sin embargo no se puede estar seguro que sentimientos se expresan a través de ella, es decir, una misma emoción expresada con gestos, no siempre da cuenta de lo que quiere expresar el interlocutor.

Es decir, la ira se puede comunicar mediante un movimiento corporal agresivo o excesivo; o, a través de una fría inmovilidad. Por otro lado, el enrojecimiento facial puede indicar una serie de sentimientos, como turbación, placer, o la misma ira. Es por ello, los familiares generalmente son los indicados para interpretar el comportamiento no verbal de los adultos mayores, tal como lo expresa Kozier y Colbs “la apariencia física global, incluyendo el atuendo, la postura y la

marcha, la apariencia física incluye las características físicas y la forma de vestir, denotando el estado de salud” (Pág.272)

Sin embargo existen factores que perturban la comunicación; entre ellos; la capacidad del comunicante; las personas con discapacidad auditiva, el tipo de gesto como mensaje, algunas patologías interfieren en el proceso de la comunicación, la capacidad mental del adulto mayor así como la cultura y creencias y finalmente los hábitos psicobiológicos tales como drogas y alcohol. Por ello, se enfoca operacionalmente el indicador comunicación no verbal como, agrado experimentado por el adulto mayor en el hogar por la forma como los familiares le transmiten información cuando hacen gestos con las manos, expresiones faciales

2.4.- CAMBIOS SENSORIALES.

El ser humano experimenta cambios permanentes durante el ciclo de vida en relación con las funciones vitales; tales como: la capacidad de ventilación pulmonar, la fuerza osteomuscular así como el rendimiento cardiovascular y endocrino, las cuales aumentan desde la niñez y van alcanzando un punto máximo en la adultez, sin embargo, la declinación a lo largo de la vida suele estar determinada por múltiples factores externos o individuales que inciden negativamente en ese desarrollo; tales como: el fumar, hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo, contaminación ambiental, la pobreza, y la falta de educación, factores que pueden revertirse con un programa de intervención dirigidos a disminuir estos factores para un envejecimiento saludable.

Desde una perspectiva general, Parra y Salas (2005) citan a la (OMS) quien considera que un adulto mayor sano “es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” Es decir, senescentes autoválidos capaces de realizar sin ayuda de otras personas o redes

de apoyo las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana. De acuerdo con el grado de discapacidad son capaces de enfrentar los roles y planificar proyectos para una vida productiva.

Gerrig R. y Zimbardo P. (2005) señalan, “los cambios son fundamentales inevitables y que con frecuencia tienen un impacto en la forma en que los adultos piensan con respecto a su vida”. (pág. 323)

Si bien es cierto que con la edad se presentan una serie de transformaciones u alteraciones de orden fisiológico, psíquico y social, la actividad física va a permitir que el adulto mayor fomente alternativas para enfrentar los cambios y propicie redes comunitarias de ayuda hacia otros grupos comunitarios. La declinación natural en todas las funciones de orden fisiológico se suele acelerar a cualquier edad pero los estilos de vida juegan un papel preponderante durante el envejecimiento. En ese orden para la investigación las alteraciones sensoriales son todos aquellos aspectos que conllevan a la disminución de los sentidos; sea auditiva, visual y motora.

2.4.1.- CAMBIOS AUDITIVOS.

Muchos cambios en el sistema auditivo que se presentan durante el envejecimiento, ocasionan sensibilidad y distorsionan los sonidos en los adultos mayores, acarreándoles problemas para comprender el lenguaje y localizar los sonidos. Al respecto Kane, R. Ouslander, J. Abras, I. (1997) señalan, “la pérdida de la sensibilidad y distorsión de las señales, dificultan la audición bilateral y comprender el lenguaje en estados auditivos desfavorables. (pág. 879)

En ese mismo orden Ham y Sloane (1995) señalan, el cambio más conocido de la audición en el envejecimiento, es la presbiacusia que significa un descenso de la percepción de los tonos de alta frecuencia. (pág. 486); la OMS (2015) indica que “En todo el mundo, más de 180 millones de personas mayores de 65 años tienen hipoacusia que interfiere con la comprensión de una conversación normal” (pág. 57)

De acuerdo con los autores señalados, los adultos mayores experimentan una declinación auditiva natural frecuente que adquiere importancia debido a la interferencia que ocasiona con la socialización en el hogar y la comunidad respectivamente, es allí donde se hace necesario reeducar a los miembros de la familia sobre el proceso de envejecimiento para que la comunicación sea acorde y así evitar el aislamiento del anciano del grupo familiar, ya que a ellos se les dificulta comprender el lenguaje en situaciones desfavorables, cuando no pueden discriminar o comprender la voz o el tono que se desea escuchar sobre todo cuando se compite; con sonidos de fondo, hablar todos a la vez o hablar muy rápido. Todo esto en concordancia con Millán (2011) cuando señala; “la mala audición va a ser un obstáculo, muchas veces infranqueable, para establecer una buena comunicación verbal. (pág. 589)

Para el investigador los cambios auditivos, se refiere: a la información básica que poseen los familiares sobre los cambios experimentados por el adulto mayor cuando estos presentan sordera o tinnitus.

2.4.2.- CAMBIO VISUAL.

El sistema visual presenta muchos cambios con la edad, para el adulto mayor la disminución de la visión implica adaptarse a nuevos estilos de vida dada las posibles dificultades presentadas en su entorno. Millán (2011) hace referencia;

A partir de los 40 años aunque no de la misma forma en todos los individuos, la agudeza visual comienza a disminuir a medida que avanza la edad; al principio lentamente progresiva; para a partir de los 60 años hacerlo de manera más rápida; junto a esta disminución de la agudeza visual (Presbicia) también se da una disminución de la visión cercana (presbiopia). (Pág. 589)

De acuerdo con el párrafo precedente, la función visual del adulto mayor se ve afectada en diferentes contextos, grados y componentes, entre ellos; la percepción de la luz y contrastes de colores, las formas, la acomodación pupilar y la visión en profundidad. Esto ocasiona conflictos para realizar las actividades habituales de la vida, dado que son dependientes para ir de compras, aseo corporal, trasladarse de un lugar a otro dentro de la misma residencia.

Como lo demuestran otras evidencias científicas,” Jiménez, N.; Hajar O. (2007) las cuales ponen de manifiesto; “que las áreas más afectadas por el déficit visual son la lectura, la movilidad fuera del hogar, las actividades de diversión y el salir de compras” (pág. 17)

De allí la importancia para los enfermeros en motivar a los miembros de la familia, a crear condiciones seguras en la vivienda para los adultos mayores sienta seguridad en sus hogares y la comunidad, además evitarían el aislamiento y la depresión en este grupo etario. En relación con el indicador cambio visual se refiere a la información básica que poseen los familiares sobre las transformaciones experimentadas por el adulto mayor en relación con la alteración ocular.

2.4.3.- CAMBIOS MOTOR.

Los músculos, las articulaciones y los huesos se ven afectados por el proceso de envejecimiento, el adulto mayor va perdiendo la fuerza y resistencia muscular, limitando la movilidad para realizar actividades básicas en el hogar y la comunidad;

esto crea un hecho significativo para los profesionales de enfermería ya que propiciaría actividades de promoción para la salud dirigido a los miembros de la familia que puedan ayudar a incentivar las actividades en el anciano sin menoscabo de su salud. Burke y Walsh (1998) destacan.

La pérdida de la fuerza muscular crea un ciclo de hechos debilitadores, por lo que la persona comienza a pensar que, como es mayor, ha perdido su fuerza y no puede hacer ejercicio, cuando en realidad la pérdida de fuerza es debida a la falta de ejercicio. (pág. 321)

Son múltiples las limitaciones que causan las modificaciones motoras en el adulto mayor, ellas van a generar conflictos sociales, psicológicos y físicos, que van a minimizar la interacción con el entorno, es por ello, que el personal de salud debe concientizarse en estos cambios generados por el proceso de envejecimiento, y crear redes sociales de apoyo dirigido a la atención de este grupo etario.

En relación con el indicador cambio motor se refiere a la información básica que poseen los familiares sobre las transformaciones experimentadas por el adulto mayor con los cambios musculo esqueléticos

2.5.- SISTEMAS DE HIPÓTESIS

2.5.1.- HIPÓTESIS GENERAL.

Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el adulto mayor en sus factores apoyo emocional y Comunicación y su relación con los cambios sensoriales en sus factores visuales, auditivos y motores.

2.5.2.- HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Existe relación estadísticamente significativa entre actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor visual.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones funcionales en su factor motor.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor visual.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones funcionales en su factor motora.

2.6.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Actitud: En este trabajo se refiere a la disposición que tiene la enfermera (o) de atención directa cuando proporciona cuidados al adulto mayor hospitalizado.

Adulto mayor. Denominación dada en Venezuela a todo Individuo cuya edad está comprendida a partir de los 60 años de edad.

Alteraciones sensoriales: Se refieren a un estado en el que un individuo experimenta un cambio en la cantidad o tipo de estímulos que recibe, acompañado por disminución, exageración o trastorno de la respuesta frente a tales estímulos.

Familia: Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

2.7.- SISTEMAS DE VARIABLES

Variable 1: Actitud De Los Familiares

Definición conceptual. La variable se puede definir desde dos puntos de vista, el primer componentes a saber: Actitud donde señala Kozier B. (1999), “las actitudes transmiten creencias, ideas y sentimientos acerca de las personas y acontecimientos; transmiten un significado de cariño, interés, respeto y aceptación” (Pág.393). El segundo componente; familia, de acuerdo con Ximena M. (2007). “es un término polisémico que designa a la vez individuos y relaciones” (Pág. 186)

Variable 2. Alteraciones Funcionales De Los Adultos Mayores.

Definición conceptual Carnachione, M. (2008.) “Pérdida progresiva de la funcionalidad de los sentidos que afecta el estilo de vida cotidiana y las relaciones sociales de los adultos mayores” (Pág. 92)

2.8.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE 1. ACTITUD DE LOS FAMILIARES

Definición operacional, referida a la disposición de los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor en el hogar en su factor apoyo emocional y comunicación.

FACTORES	INDICADORES	SUBINDICADOR	ITEMS
<p>Apoyo Emocional. Referido al apoyo emocional que los familiares le brindan al adulto mayor en su proceso de envejecimiento en relación con la tolerancia y el compromiso.</p>	<p>Tolerancia. Relacionado con la aceptación de las opiniones y la paciencia que tienen los familiares cuando proporcionan cuidados al adulto mayor en el hogar.</p> <p>Compromiso. Relacionado con el compromiso de los familiares a satisfacer las necesidades de alimentación y vestido al adulto mayor en el hogar.</p>	<p>Aceptar opiniones Tiene paciencia</p> <p>Alimentación vestido</p>	<p>1,7 2,3,4,5,6</p> <p>9,10, 11</p>
<p>Comunicación Efectiva Referida a la disposición de los familiares a mantener la interacción con el adulto mayor cuando facilita la comunicación verbal y no verbal</p>	<p>Comunicación verbal. Relacionado con el intercambio de información entre el familiar y el adulto mayor en el hogar, relacionado con: atento a la conversación, tono de voz, escucha activa y palabras afectivas.</p> <p>Comunicación no verbal: referida con el intercambio de los familiares y el adulto mayor a interpretar los gestos y las expresiones corporales expresadas en el hogar.</p>	<p>Atento a la conversación. Tono de voz Escucha activa</p> <p>-Expresiones corporales -Interpretar gestos.</p>	<p>12,13 14,15 16,17</p> <p>18 19</p>

VARIABLE 2. CAMBIOS FUNCIONALES DE LOS ADULTOS MAYORES.

Definición operacional. Se refiere a la observación advertida por los familiares de adultos mayores en el hogar relacionado con los cambios funcionales durante el proceso de envejecimiento en sus factores: alteración visual, auditiva y motora

FACTORES	INDICADOR	SUBINDICADOR	ÍTEMS
<p>Cambios visuales.</p> <p>Se refiere a la información básica que poseen los familiares sobre las transformaciones experimentadas por el adulto mayor en relación con los cambios oculares</p>	Alteración Ocular. Se refiere a las modificaciones normales experimentados por el adulto mayor que provocan limitaciones en las actividades diarias en relación con: aumento a la sensibilidad a la luz, dificultad para adaptarse a la oscuridad, disminución de la visión, sequedad ocular, dificultad para enfocar objetos, reducción de la agudeza visual.	<p>Sensibilidad a la luz.</p> <p>Adaptarse a la oscuridad,</p> <p>Presbiopia,</p> <p>Presbicia,</p> <p>Sequedad ocular,</p>	<p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>
<p>Cambios Auditivos.</p> <p>Se refiere a la información básica que poseen los familiares sobre los transformaciones experimentados por el adulto mayor en relación con los cambios auditivos.</p>	Alteración Auditivo. Se refiere a las modificaciones experimentados por el adulto mayor que provocan limitaciones en las actividades diarias en relación con: Sordera, oír el teléfono, cerumen escuchar ruidos extraños.	<p>Sordera,</p> <p>Tinnitus,</p>	<p>25,26</p> <p>27</p>
<p>Cambio Motor.</p> <p>Se refiere a la información básica que poseen los familiares sobre los transformaciones experimentadas por el adulto mayor en relación con los cambios musculo esqueléticos</p>	Alteración musculo esqueléticos Se refiere a las modificaciones normales experimentadas por el adulto mayor que provocan limitaciones para las actividades diarias en relación con: Postura, marcha.	<p>Postura.</p> <p>Marcha.</p>	<p>28,</p> <p>29,30</p>

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

El presente capitulo se describirá del tipo y diseño de la investigación, población y muestra, instrumento utilizado para el procedimiento de la recolección de la información así como técnicas de tabulación y los aspectos éticos.

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación es descriptivo ex post facto correlacional quien de acuerdo a Tamayo M (2007) “persigue fundamentalmente en determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros factores “(Pág. 50). Es decir, se caracterizara por querer conocer el grado de relación que existe entre las dos variables propuestas y posteriormente analizar dicha relación.

3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el diseño de la investigación se tomó en cuenta los objetivos propuestos, utilizándose la modalidad de campo, dado que el problema surge de la realidad y la información se obtendrá de ella, diseño no experimental de corte transversal por cuanto se recolectara la información en un solo momento en un tiempo determinado, definido por Palella y Martins (2010) “como la estrategia que adopta el investigador para responder al problema dificultad o inconveniente planteado en el estudio. (Pág. 86)

3.3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Para delimitar la población estudiada y sobre la cual se generalizaron los resultados está conformada por 100 familias de la comunidad el Concejo representando el 100%, cuya característica de inclusión sea, que convivan en sus hogares con adultos mayores, con plenas facultades mentales, puedan hablar y quieran participar en la investigación.

3.4.- MUESTRA.

En lo que respecta a la muestra, Balestrini, M. (2006), expresa que “La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población” (Pág.141). En ese orden, la muestra intencionalmente la conformaron 30 familias correspondientes de la población en estudio. La selección se hizo a través de un muestreo probabilístico, aplicando la encuesta al familiar que convive con adultos mayores en sus hogares.

3.5.- INSTRUMENTO.

En el presente estudio se utilizó un instrumento estructurado sobre la revisión bibliográfica y de acuerdo a los objetivos formulados, referidas a las variables en estudio: actitud de los familiares hacia los cambios funcionales y su relación con las alteraciones sensoriales y motoras del adulto mayor para comprobar la relación existente entre las variables e hipótesis propuestas. La estructura del instrumento consta de lo siguiente: presentación, instrucciones generales y dos partes para las interrogantes. La primera parte referida a los datos demográficos. La segunda parte estará constituida por 27 preguntas con alternativas de respuestas construidas en escala tipo Likert: siempre (S), casi siempre (CS), algunas veces (AV), casi nunca (CN), nunca(N); que medirá la variable actitud de los familiares hacia los cambios funcionales

El instrumento se validó por expertos en el área de gerontología y geriatría, así mismo se aplicó una prueba piloto conformada por una muestra de 10 familias que cumplen con los criterios y características de los sujetos muestrales del estudio. La confiabilidad del instrumento se realizó a través de la prueba de alfa de cronbach dando como resultado una confiabilidad de 0,85 para la primera variable y 0,87 para la segunda variable respectivamente, ambos resultados fueron considerados como muy bueno y en consecuencia se empleó el instrumento para la recolección de la información al grupo en estudio

3.6.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En relación a este proceso la responsabilidad de la aplicación del instrumento estuvo a cargo del investigador y se procedió de la siguiente manera: se entregó comunicación escrita al familiar objeto de estudio responsable del cuidado del adulto mayor de la comunidad el Concejo a fin de solicitar el permiso respectivo para aplicarle la encuesta y explicarle el procedimiento y la finalidad del estudio así como su carácter de anónimo.

3.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

La técnica que se utilizó en la investigación fue las estadísticas descriptivas, para analizar y organizar los datos se hizo a través de cuadros y gráficos en porcentajes con interpretación cuantitativa.

CAPITULO IV

4.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

El presente capitulo está estructurado en dos partes los cuales contienen los resultados derivados de la información aportada por los adultos mayores, quienes conformaron la muestra; esta información estadísticamente se relaciona con las variables en estudio. A continuación se hace la presentación de los resultados y la interpretación de los mismos, para la comprobación de las hipótesis formuladas.

4.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

A continuación se dan a conocer los resultados de la investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información comenzando por mostrar las características demográficas y sociolaborales del grupo de adultos mayores y familiares con quienes conviven. Luego, se obtuvo el valor medio de ocurrencia, partiendo de las escalas aplicadas a las dos variables. Según el valor promedio obtenido, en cada factor y variables, fueron agrupados en tres categorías de niveles de ocurrencia: BAJA (NUNCA y CASI NUNCA); MEDIA (A VECES) y ALTA (CASI SIEMPRE y SIEMPRE).

Los resultados de las relaciones establecidas se muestran en cuadros de asociación, donde se cruzaron los factores y variables en estudio de acuerdo a los tres niveles

Para complementar el análisis de la información presentada, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para medir la fuerza de la asociación, el cual se computó con los valores medios de ocurrencia y no con las categorías.

El porcentaje de significación es de menos de 5% ($P < 0.05$) para la comprobación de la relación significativa o no, según las asociaciones establecidas a fin de verificar las hipótesis de la investigación.

La información presentada, según lo explicado anteriormente, se expresan también en gráficas estadísticas correspondientes a cada tipo de información.

TABLA 1

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES *SEGÚN EDAD*

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
60 – 69	15 (50,0)
70 – 79	9 (30,0)
80 O MÁS	6 (20,0)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

En los treinta adultos mayores que conviven con los familiares entrevistados, el 50% tenía una edad comprendida entre 60 y 69 años, mientras que entre 70 y 79 años constituyen el 30% del grupo, habiendo un 20% con una edad de 80 años o más.

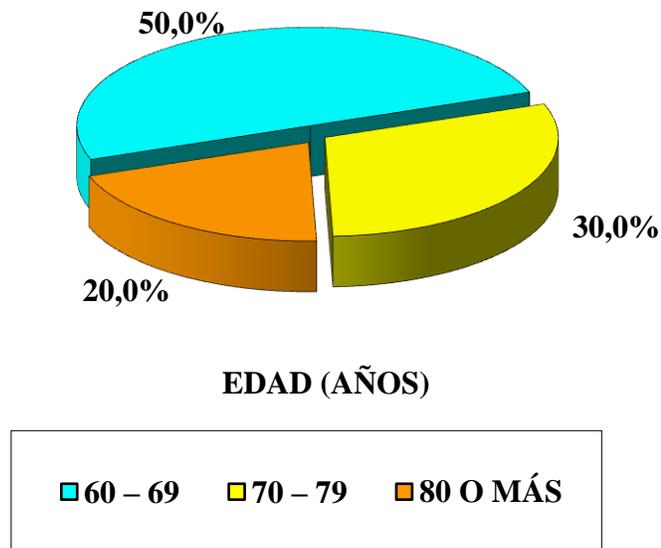
La tabla precedente muestra un predominio del grupo entre las edades de 60 a 69 años, es una etapa de la vida donde los adultos mayores son productivos. Materano J. (2016) quien cita a la demógrafa Anitza Freitez indicando “que de 55.000 mujeres que viven solas en Caracas, 18.333 tienen 60 años y más. Y de los 84.000 hombres solos en la ciudad, 16.800 se ubican en ese rango”. (pág.3) Igualmente se aprecia una tendencia significativa sumada de adultos mayores entre 70 a 79 y 80 años y más, esta circunstancia es propicia para crear redes de apoyo que permitan ejecutar actividades recreativas para mejorar los estilos de vida en las personas mayores.

GRAFICO 1

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES **SEGÚN EDAD**

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

TABLA 2
 ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
 FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES **SEGÚN SEXO**
 COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
 VALENCIA, JUNIO 2016

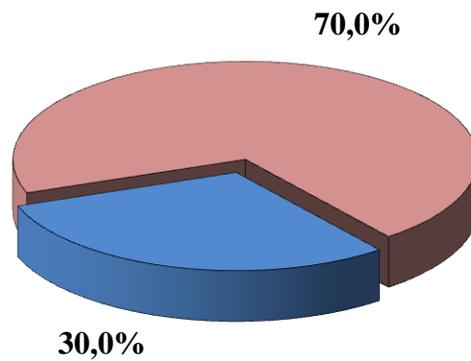
SEXO	FRECUENCIA (%)
FEMENINO	21 (70,0)
MASCULINO	9 (30,0)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

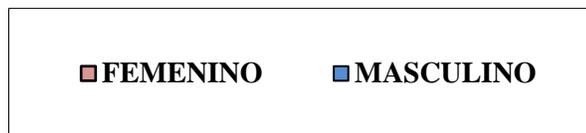
De los treinta familiares entrevistados, el 70% es del sexo femenino y el 30% del masculino. Esto es indicativo que la responsabilidad sobre los cuidadores en el proceso de acompañamiento de sus familias continua predominando el sexo femenino factor determinado por la cultura asignándole a la mujer el rol cuidador por su experiencia del cuidado de los hijos, planteamiento que coincide con Flores, E.; Rivas, E.; Seguel F. (2012) Expresan. “Los cuidadores continúan siendo mayoritariamente mujeres, fenómeno que se puede explicar por los patrones culturales imperantes en nuestra sociedad de machismo y patriarcado, que asigna a la mujer el papel de cuidadora”. (Pág. 3) Sin embargo es notorio el incremento del sexo masculino, esto se debe a que la mujer está incorporada al mundo laboral y por tanto el hombre puede asumir las responsabilidades en torno al cuidado del adulto mayor. Crespo, M y López, J. (2008) indican,

De cada 10 cuidadores varones, 6 cuidan de su esposa o pareja, 9 cuidan de una mujer y 6 están jubilados. La edad media se sitúa entorno a los 67 años, mientras que la de la persona cuidada supera los 76 años. (pág. 23)

GRAFICO 2
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN SEXO
COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016



SEXO



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

TABLA 3
 ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
 FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES **SEGÚN EDAD**
 COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
 VALENCIA, JUNIO 2016

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
20 – 39	8 (26,7)
40 – 59	14 (46,6)
60 O MÁS	8 (26,7)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayoría de los familiares la edad oscila entre 40 y 59 años, con el 46,7% siendo por igual con 26,7% los familiares entre 20 a 39 años y de 60 años o más.

Los resultados evidencian claramente, que la mayoría de los familiares que cuidan a los adultos mayores están cerca de la edad de jubilación y próximos a constituirse en adultos mayores, algunas evidencias científicas sugieren que existen similitudes notables; Cardona, D.; Segura, A.; Berbesi, D.; Ordoñez, J.; Agudelo, A. (2011) señalan que, “los cuidadores primarios del adulto mayor fue de 54 años y la más frecuente de 50 años; el 50% de los encuestados registró 54,5 años, siendo la edad mínima de 16 años y la máxima de 88 años” (pág. 6).

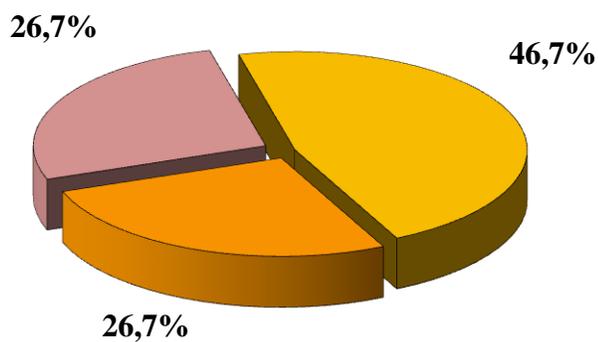
Así mismo, Espinoza, K.; Aravena, V. (2012) exponen; “entre las características biosociodemográficas del cuidador/a informal, se estableció que el 90% de los cuidadores/as informales son mujeres, cuyas edades fluctúan entre 37 y 86 años, con un promedio de 57 años” (s.p)

GRAFICO 3

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES **SEGÚN EDAD**

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA,
JUNIO 2016



EDAD (AÑOS)

■ 20 - 39 ■ 40 - 59 ■ 60 O MÁS

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

TABLA 4
 ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
 FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES **SEGÚN NIVEL ACADEMICO**
 COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
 VALENCIA, JUNIO 2016

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA (%)
PRIMARIA INCOMPLETA O COMPLETA	7 (23,3)
SECUNDARIA INCOMPLETA O COMPLETA	13 (43,3)
UNIVERSITARIA INCOMPLETA O COMPLETA	10 (33,3)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayoría (43,3%) de los familiares tenían escolaridad de nivel secundario, ya fuera incompleta o completa, siguen los de nivel universitario incompleto o completo con 33,3% y finalizan los familiares con primaria incompleta o completa con 23,3% de representación.

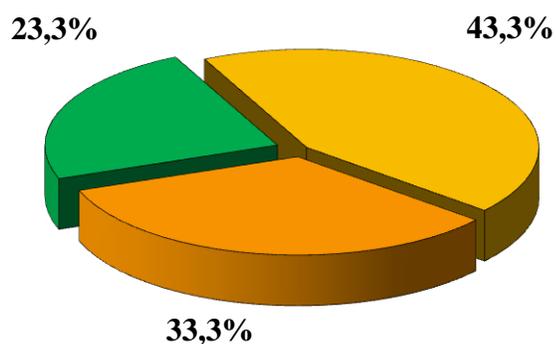
El proceso de envejecimiento es un fenómeno multifactorial con consecuencias económicas, políticas, educativas y de salud que involucra a la familia, la comunidad y el estado en general, al poseer la familia un nivel educativo que permite identificar, y reflexionar sobre la vejez, es un indicativo que abre la posibilidad de intervenir con programas educativos en los grupos familiares y comunitarios sobre los cuidados que deben proporcionárseles a los adultos mayores.

GRAFICO 4

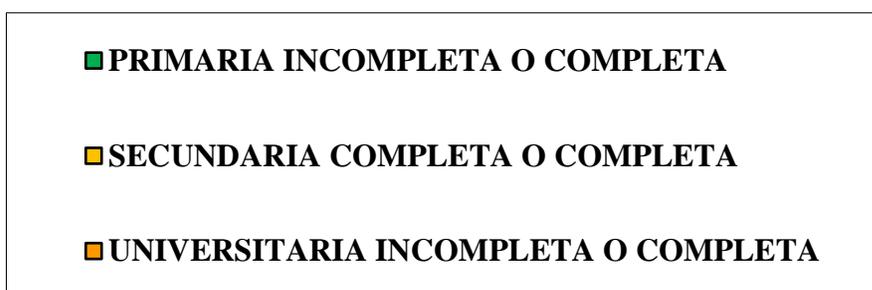
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR**

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN NIVEL ACADÉMICO

**COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA,
JUNIO 2016**



ESCOLARIDAD ALCANZADA



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

TABLA 5

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
 FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES **SEGÚN OCUPACIÓN**
 COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
 VALENCIA, JUNIO 2016

OCUPACIÓN	FRECUENCIA (%)
DEL HOGAR	12 (40,0)
OBRERO	9 (30,0)
TÉCNICO MEDIO	6 (20,0)
PROFESIONAL	3 (10,0)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

Del hogar fue la ocupación mayoritaria, pues estuvo presente en el 40% del grupo en estudio, sigue obrero con 30%, técnico medio con 20% y profesional el 10%.

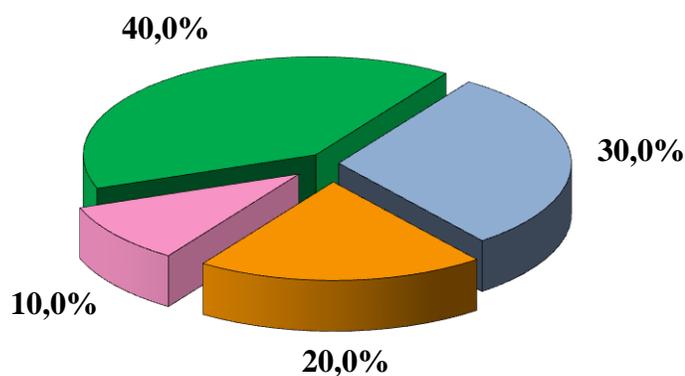
Al sumar a obreros, técnico medio y profesional, se obtiene un 60% de familiares que deben ausentarse de sus hogares para trabajar, esto puede interferir sobre el acompañamiento que requieren los adultos mayores para socializar con los familiares, por lo que se puede inferir que de acuerdo con la realidad actual estas ausencias justificadas, propicia la soledad en el adulto mayor en consecuencia la Organización Panamericana de la Salud (2012) propone, “Estimular la creatividad en los estudiantes para el diseño de materiales didácticos, programas recreativos, sociales y educativos dirigidos al adulto mayor”. (Pág. 19), como una acción para apoyar el acompañamiento en este grupo etareo.

GRAFICO 5

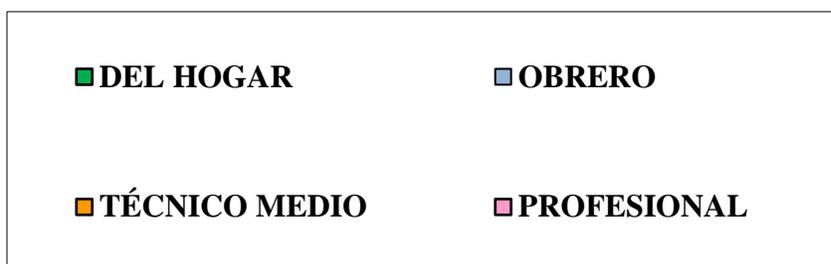
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCUPACIÓN

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA,
JUNIO 2016



OCUPACIÓN



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

TABLA 6
 ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
 FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR
 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYOR
 SEGÚN **FILIACIÓN CON SUS FAMILIARES**
 COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
 VALENCIA, JUNIO 2016

FILIACIÓN	FRECUENCIA (%)
MADRE / PADRE	19 (63,3)
ABUELA / ABUELO	4 (13,3)
HERMANA / HERMANO	3 (10,0)
ESPOSA / ESPOSO	2 (6,7)
TÍA / TÍO	2 (6,7)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

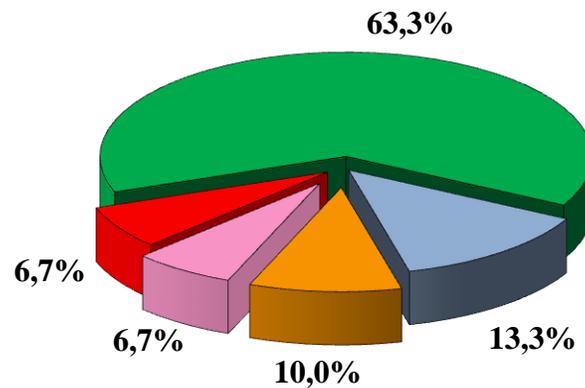
El 63,3%, de los adultos mayores eran madre o padre, mientras que abuela o abuelo fueron el 13,3%, un 10% eran hermana o hermano, esposa o esposo el 6,7% al igual que tía o tío. Es evidente que en el grupo de los encuestados, destaca el sector madre/padre, al sumar el resto de los renglones de la tabla se obtiene 36,7% que son significativos para el estudio. Algunas personas sufren pérdidas importantes, enfrentando el proceso de envejecimiento sin sus parejas, por lo que requiere una relación de ayuda por parte de sus familiares, profesionales y estudiantes de enfermería en el área gerontológica, esto con la finalidad de brindar seguridad, confianza, respeto, solidaridad y acompañamiento en actividades recreativas; al respecto, Martínez, R.(2010) considera: “el cuidado de personas mayores requiere de una formación específica tanto física como emocional que se traducen en bienestar y consuelo” (pág. 242).

GRAFICO 6

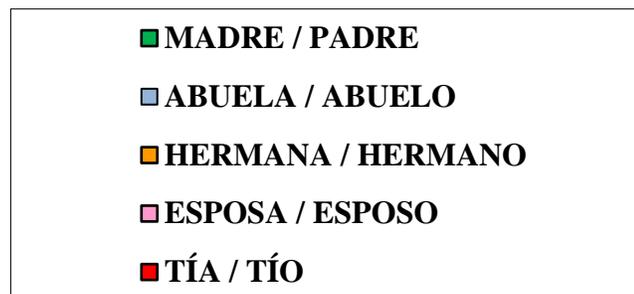
ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYOR
SEGÚN **FILIACIÓN CON SUS FAMILIARES**

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA,
JUNIO 2016



FILIACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES,

HIPOTESIS ESPECIFICA N° 1

TABLA 7

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES APOYO EMOCIONAL Y CAMBIOS VISUALES
COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE APOYO EMOCIONAL</i>	<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIOS VISUALES</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	0 (0,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (23,3)
MEDIA	4 (40,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	10 (33,3)
ALTA	0 (0,0)	3 (23,0)	10 (77,0)	13 (43,3)
TOTAL	4 (13,3)	9 (30,0)	17 (56,7)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = +0,615 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayor frecuencia de los familiares de los adultos mayores fue, con respecto al factor APOYO EMOCIONAL, en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 43,3% del grupo, seguido por el nivel de MEDIA ocurrencia con 33,3% .y de 23,3% para el nivel de BAJA ocurrencia.

En el factor CAMBIOS VISUALES, la mayoría respondió en ALTA ocurrencia, luego ocurrencia BAJA con 30% y en MEDIA con 13,3%. Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores APOYO EMOCIONAL y CAMBIOS VISUALES respectivamente, se determinó, como se puede observar en la tabla 7, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor APOYO EMOCIONAL se determinó que es

mayoritario el porcentaje correspondiente al nivel de ALTA ocurrencia del factor CAMBIOS VISUALES con un 57,1%, quedando el 42,9% para el nivel de ocurrencia MEDIA.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor APOYO EMOCIONAL predomina el nivel de BAJA ocurrencia del factor CAMBIOS VISUALES con un 40% y con un 30% por igual aparecen los niveles de MEDIA y ALTA ocurrencia. Para ALTA ocurrencia del factor APOYO EMOCIONAL, en el factor CAMBIOS VISUALES hay predominio de ALTA ocurrencia con 77% y el restante 23% se ubicó en el nivel de ocurrencia MEDIA.

Como se puede apreciar, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores una variabilidad de incremento, en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha en sentido descendente (0,0%; 30% y 77%), lo que determina que a una mayor ocurrencia de APOYO EMOCIONAL expresado en disposición de los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor, se da una mayor ocurrencia de observación advertida de los CAMBIOS VISUALES en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento. Lo anterior, es confirmado por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que mide la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituidos.

El valor del coeficiente de correlación es de +0,615, presentándose con significación estadística ($P < 0,001$), dejando entender que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de APOYO EMOCIONAL y CAMBIOS VISUALES de los adultos mayores de la familia. Por lo tanto, hay una relación significativa en la variación de la ocurrencia conjunta de dichos factores.

Los resultados pueden interpretarse como una respuesta positiva por parte del familiar como proveedor del cuidado, la disminución de la visión pueden afectar la realización de algunas actividades de la vida diaria del adulto mayor, sobre todo cuando se acompaña con problemas funcionales discapacitantes.

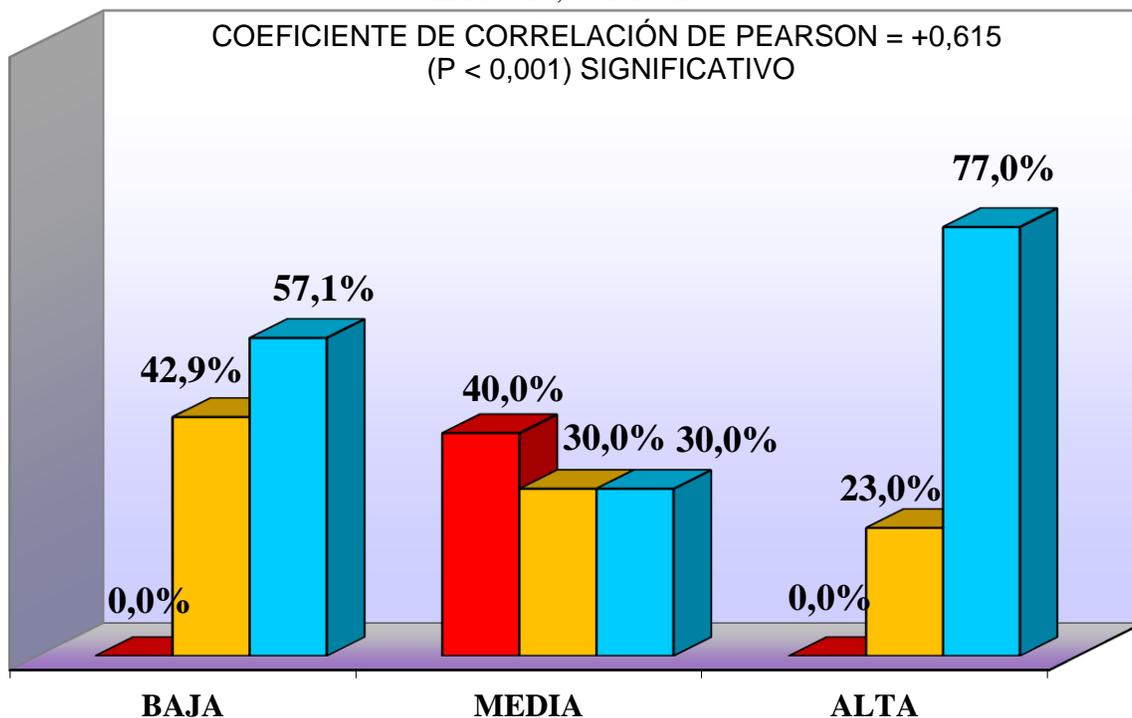
Al respecto Trevithick, P (2006) considera que el apoyo emocional “responde a la necesidad de recurrir a una persona, que puede dar un respaldo adecuado en periodo de tensión, estrés o crisis para continuar desenvolviéndose” (pág. 193) Esa correspondencia de apoyo emocional dada en la socialización, está motivada por la compasión y empatía que permite entender la otredad en periodos de crisis o tensión en la convivencia familiar.

De esta manera se verifica la hipótesis específica N° 1 la cual plantea que, existe relación estadísticamente significativa entre actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor cambio visual.

GRÁFICO 7

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS *FACTORES APOYO EMOCIONAL Y CAMBIOS VISUALES* COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA, JUNIO 2016



NIVEL DE OCURRENCIA FACTOR APOYO EMOCIONAL

NIVEL DE OCURRENCIA FACTOR CAMBIOS VISUALES

■ BAJA

■ MEDIA

■ ALTA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

HIPOTESIS ESPECIFICA N° 2

TABLA 8

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES APOYO EMOCIONAL Y CAMBIOS AUDITIVOS
COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE APOYO EMOCIONAL</i>	<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIOS AUDITIVOS</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	0 (0,0)	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (23,3)
MEDIA	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	10 (33,3)
ALTA	2 (15,4)	2 (15,4)	9 (69,2)	13 (43,3)
TOTAL	4 (13,3)	8 (30,0)	18 (56,7)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,582 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayor frecuencia con respecto al factor CAMBIOS AUDITIVOS, fue en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 56,7% del grupo, luego el nivel de MEDIA ocurrencia con 30% .y con 13,3% en el nivel de BAJA ocurrencia.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores APOYO EMOCIONAL y CAMBIOS AUDITIVOS, se establece, como se observa en la tabla 8, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor APOYO EMOCIONAL se determinó que es mayoritario el nivel de ALTA ocurrencia del factor CAMBIOS AUDITIVOS con un 85,7%, siendo el 14,3% para el nivel de ocurrencia MEDIA.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor APOYO EMOCIONAL predomina el mismo nivel de ocurrencia del factor CAMBIOS AUDITIVOS con un 50%, con un 30% aparece el nivel de ALTA ocurrencia y el resto 20 % el de BAJA ocurrencia. En ALTA ocurrencia del factor APOYO EMOCIONAL, para el factor CAMBIOS AUDITIVOS sobresale ALTA ocurrencia con 69,2% y con 15,4% se ubicó por igual el grupo en MEDIA y BAJA ocurrencia.

Se puede apreciar, que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores un incremento en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha en sentido descendente (0,0%; 50% y 69,2%), que determina que a una mayor ocurrencia de APOYO EMOCIONAL expresado en disposición de los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor, se da una mayor ocurrencia de observación advertida de los CAMBIOS AUDITIVOS en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

En base a lo dicho, es confirmada la relación explicada a través del signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que mide la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de +0,582, con significación estadística ($P < 0,001$), habiendo una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de APOYO EMOCIONAL y CAMBIOS AUDITIVOS de los adultos mayores de la familia. Por consiguiente, hay una relación significativa entre los dos factores.

Las opiniones emitidas por los adultos mayores investigados relacionados con los factores apoyo emocional y cambios auditivos coincide con lo planteado por Brubaker; citado por Orozco, C. M. y Martínez, A. C. (2015) quien expresa “la familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales” (pág. 3)

El apoyo emocional produce en las personas sensación de bienestar y seguridad cuando el adulto mayor presenta déficit auditivo y debe enfrentar la “indiferencia progresiva hacia el mundo exterior e interpretación de los sonidos del lenguaje” (Rodríguez, N. 2006, p. 27)

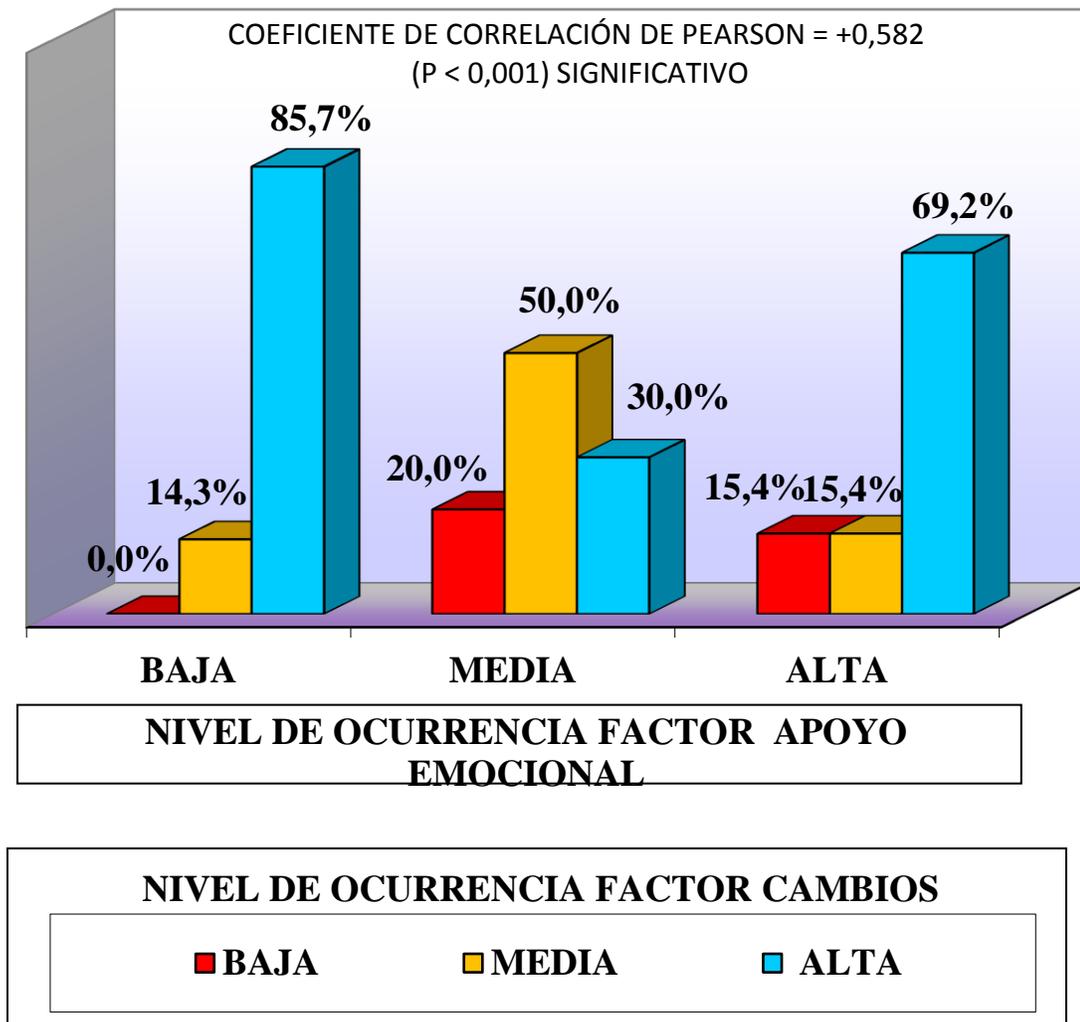
Estos referentes teóricos confirman la hipótesis específica N° 2 la cual indica que, existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo.

GRÁFICO 8

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES APOYO EMOCIONAL Y CAMBIOS AUDITIVOS

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

HIPOTESIS ESPECIFICA N° 3

TABLA 9

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES APOYO EMOCIONAL Y CAMBIO MOTOR

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

NIVEL DE OCURRENCIA DE APOYO EMOCIONAL	NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIO MOTOR			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	1 (14,3)	3 (42,9)	3 (42,9)	7 (23,3)
MEDIA	1 (10,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	10 (33,3)
ALTA	2 (15,4)	0 (0,0)	11 (84,6)	13 (43,3)
TOTAL	4 (13,3)	7 (23,3)	19 (63,3)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = +0,653 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayor frecuencia con relación al factor CAMBIO MOTOR, se presentó en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 63,3% del grupo, continua el nivel de MEDIA ocurrencia con 23,3% y finaliza con 13,3% el nivel de BAJA ocurrencia.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores APOYO EMOCIONAL y CAMBIO MOTOR, se observa en la tabla.9, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor APOYO EMOCIONAL se determinó que se dieron dos niveles (MEDIA y ALTA) con igual porcentaje de 42,9%, siendo 14,3% para el nivel

de BAJA ocurrencia del factor CAMBIO MOTOR. En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor APOYO EMOCIONAL predomina el nivel de ALTA ocurrencia del factor CAMBIO MOTOR con un 50%, sigue con 40,0% el nivel de MEDIA ocurrencia y el resto 10,0% es para BAJA ocurrencia. Para ALTA ocurrencia del factor APOYO EMOCIONAL, para el factor CAMBIO MOTOR ALTA ocurrencia tiene una gran presencia con 84,6% y el restante 15,4% correspondió a BAJA ocurrencia.

Una explícita tendencia se da en la relación de ambos factores a través de un incremento porcentual sostenido en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha, en sentido descendente (14,3%; 40% y 84,6%), que determina que a una mayor ocurrencia de APOYO EMOCIONAL expresado en disposición de los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor, se da una mayor ocurrencia de observación advertida del CAMBIO MOTOR en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

Los datos presentados en este cuadro revelan resultados positivos en relación con el apoyo emocional, donde la familia considera importante motivar, apoyar y darle confianza y equilibrio al adulto mayor, ya que los cambios musculo esqueléticos reducen la capacidad de esfuerzo en la cotidianidad de las actividades que realiza el adulto mayor, la declinación de la motricidad y la disminución del tono muscular pone en riesgo para caídas a este grupo etareo que pudieran ser muy graves o mortales.

Algunas evidencias científicas citadas por: Calero, M. López, G.; Ortega, A. y Cruz. A. (2016) reportan “La frecuencia anual de caídas en los mayores es del 30% en la comunidad y del 50% en instituciones” (pág. 3); además citan a Marcen, López-Bernués, y Sieso, quienes sostienen que “Los factores de riesgo intrínsecos son déficit cognitivo y visual, debilidad muscular, problemas neurológicos y cardiovasculares, problemas de marcha y equilibrio. (pág. 3)

En base a lo anterior, es confirmada de hecho la relación entre los factores por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que mide la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituidos.

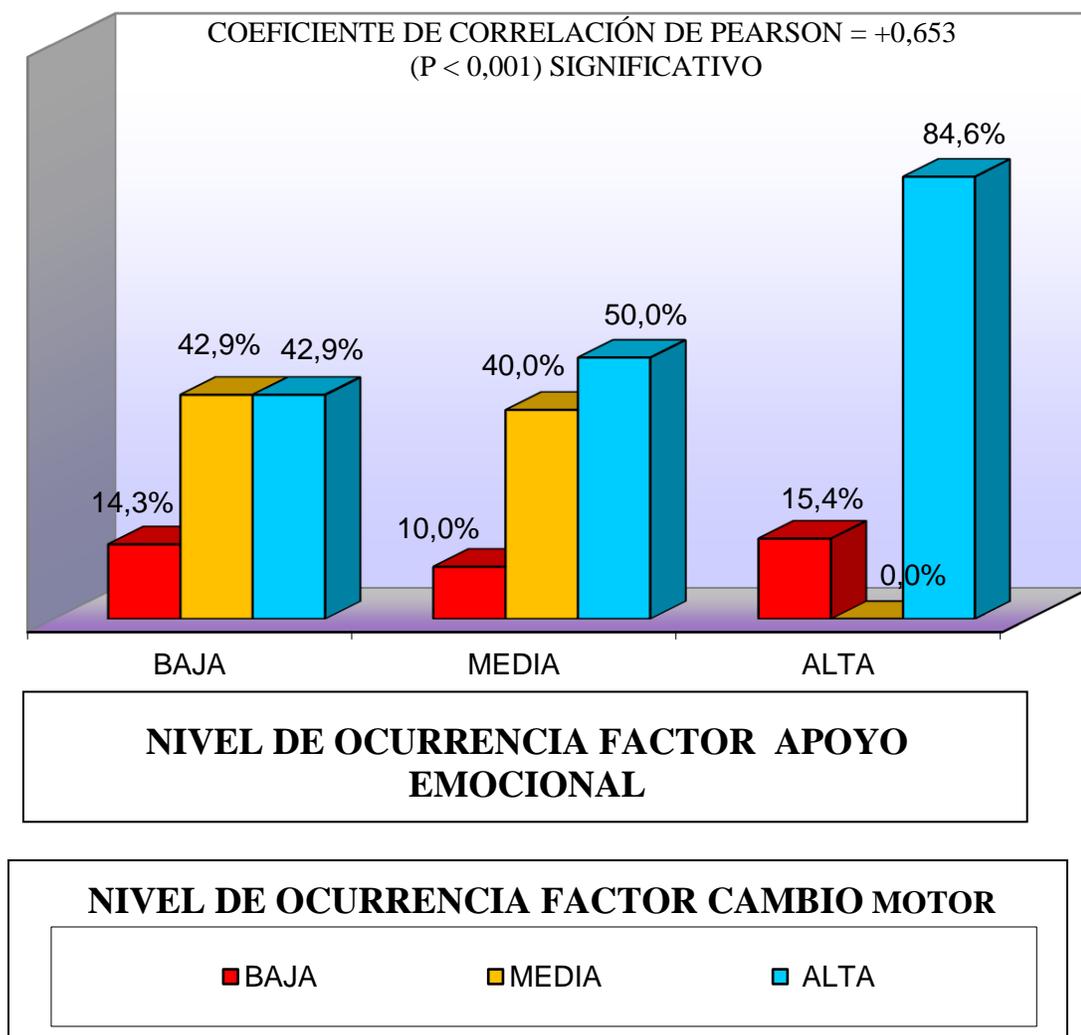
El valor del coeficiente de correlación es de +0,653, con significación estadística ($P < 0,001$), lo que da para decir que hay una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de APOYO EMOCIONAL y CAMBIO MOTOR de los adultos mayores de la familia, llevando a concluir la existencia de relación significativa entre los dos factores, por lo tanto se confirma la hipótesis específica N° 3 que contempla la relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones funcionales en su factor motor

GRÁFICO 9

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS *FACTORES APOYO EMOCIONAL Y CAMBIO MOTOR*

BARRIO EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA, JUNIO 2016



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

HIPOTESIS ESPECIFICA N° 4

TABLA 10

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES COMUNICACIÓN EFECTIVA Y CAMBIOS VISUALES

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA</i>	<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIOS VISUALES</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)	9 (30,0)
MEDIA	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	9 (30,0)
ALTA	0 (0,0)	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (40,0)
TOTAL	4 (13,3)	9 (30,0)	17 (56,7)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = +0,597 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayor frecuencia de los familiares de los adultos mayores fue, con respecto al factor COMUNICACIÓN EFECTIVA, en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 40% del grupo, luego los niveles de MEDIA y BAJA ocurrencias con 30% cada uno.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores COMUNICACIÓN EFECTIVA y CAMBIOS VISUALES, se dio, como se puede observar en la tabla 10, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA son mayoritarios los porcentajes correspondientes a

los niveles de MEDIA y ALTA ocurrencia del factor CAMBIOS VISUALES con 44,4% cada uno, siendo 11,1% para el nivel de ocurrencia BAJA.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA no hay predominio de algún nivel, pues todos presentan un 33,3% en el factor CAMBIOS VISUALES. Para ALTA ocurrencia del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA, en el factor CAMBIOS VISUALES hay predominio de ALTA ocurrencia con 83,3% y el restante 16,7% es para el nivel de ocurrencia MEDIA.

Se da entonces una tendencia que establece la relación de ambos factores, con una variabilidad de incremento en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla de izquierda a derecha en sentido descendente (11,1%; 33,3% y 83,3%), determinando que a una mayor ocurrencia de COMUNICACIÓN EFECTIVA expresada en la disposición de los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor, se dé una mayor ocurrencia de observación advertida de los CAMBIOS VISUALES en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

Lo anterior, es confirmado por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que mide la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de +0,597, significativo desde el punto de vista estadístico ($P < 0,001$), por lo que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de la COMUNICACIÓN EFECTIVA y CAMBIOS VISUALES de los adultos mayores de la familia.

La comunicación definitivamente influye en las relaciones humanas, condiciona la vida porque es una necesidad esencial en la socialización del ser humano para expresar lo que piensan y comprenden la familia y el adulto mayor, por lo tanto, las opiniones emitidas por los sujetos encuestados confirman lo planteado por Robbins, S.

(2004) quien establece que la comunicación es la “la transferencia y comprensión de significados” (pág. 284)

De acuerdo con el párrafo anterior, la familia que cuida al adulto mayor transmite las ideas pero para que este proceso sea efectivo requiere la comprensión del receptor en este caso el geronte, y así se da la retroalimentación.

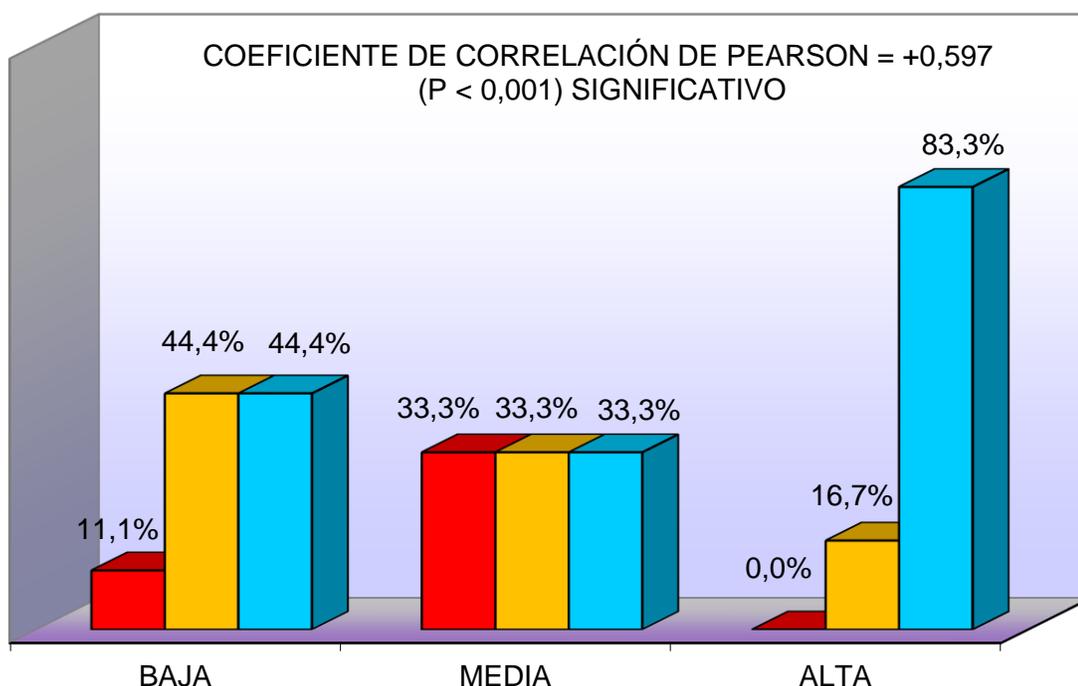
Otros autores como Kozzler B. y Colbs (1999) consideran “la comunicación como sinónimo de relación”, (Pág. 272) Por ende, a través de los sentimientos se dan las interacciones en el núcleo familiar, la sociedad y el adulto mayor cuyo producto final es la comprensión y reflexión de las negociaciones transferidas en el proceso de socialización.

Por lo tanto, se confirma la hipótesis específica N° 4 la cual señala existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor visual.

GRÁFICO 10

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES COMUNICACIÓN EFECTIVA Y CAMBIOS VISUALES
BARRIO EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016



**NIVEL DE OCURRENCIA
FACTOR COMUNICACIÓN EFECTIVA**

NIVEL DE OCURRENCIA FACTOR CAMBIOS

■ BAJA

■ MEDIA

■ ALTA

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

HIPOTESIS ESPECIFICA N° 5

TABLA 11

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES COMUNICACIÓN EFECTIVA Y CAMBIOS AUDITIVOS

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

NIVEL DE OCURRENCIA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA	NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIOS AUDITIVOS			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	2 (22,2)	1 (11,1)	6 (66,7)	9 (30,0)
MEDIA	0 (0,0)	4 (44,4)	5 (55,5)	9 (30,0)
ALTA	2 (16,7)	3 (25,0)	7 (58,3)	12 (40,0)
TOTAL	4 (13,3)	8 (30,0)	18 (56,7)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,566 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores COMUNICACIÓN EFECTIVA y CAMBIOS AUDITIVOS, se establece, como se observa en la tabla 11, que para el nivel de ocurrencia BAJA del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA es mayor el nivel de ALTA ocurrencia del factor CAMBIOS AUDITIVOS con un 66,7%, siendo el 11,1% para el nivel de ocurrencia MEDIA y 22,2% para el nivel de BAJA ocurrencia

Por su parte en el nivel de ocurrencia MEDIA del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA se destaca el nivel de ocurrencia ALTA del factor CAMBIOS AUDITIVOS con un 55,5%, siendo para el nivel de ocurrencia MEDIA 30%. En ALTA ocurrencia del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA, para el factor CAMBIOS AUDITIVOS aparece ALTA ocurrencia con 58,3%, 25% para ocurrencia MEDIA y 16,7% en BAJA ocurrencia.

La relación investigada de ambos factores muestra un incremento en los porcentajes que están en la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha en sentido descendente (22,2%; 44,4% y 58,3%), por lo que a una mayor ocurrencia de COMUNICACIÓN EFECTIVA que se exprese en la disposición de los familiares a proporcionar cuidados al adulto mayor, se produce una mayor ocurrencia de observación advertida de los CAMBIOS AUDITIVOS en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

La relación mencionada se refuerza por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que sirve para medir la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de +0,566, con una significación estadística de $P < 0,001$, generando así una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de COMUNICACIÓN EFECTIVA y CAMBIOS AUDITIVOS de los adultos mayores de la familia. Por consiguiente, se asegura que existe una relación significativa entre los dos factores.

La presbiacusia constituye una importante causa de deterioro funcional en las personas, estos cambios contribuyen y circunscriben la socialización global para la realización de las actividades cotidianas en el geronte, este elemento es particularmente importante ya que algunos miembros de la familia tienden a elevar el tono de voz cuando se comunican con el adulto mayor, al respecto; Cano, C., Borda,

M.; Arciniegas, A., Parra J. (2014), señalan “la presbiacusia, resulta en un deterioro de la calidad de vida, lo cual se ve reflejado en múltiples esferas, especialmente en el ámbito social, pero también en las esferas mental, emocional y funcional.” (pág. 4). De la misma manera Kiely, K. M., Anstey, K. J., y Luszcz, M. A. (2013). Coinciden en que “la audición es el deterioro más frecuente que afecta a los ancianos, a menudo no se reconoce y se trata con deficiencia, son graduales y sus efectos son sustanciales y de gran alcance. (Pág. 837)”

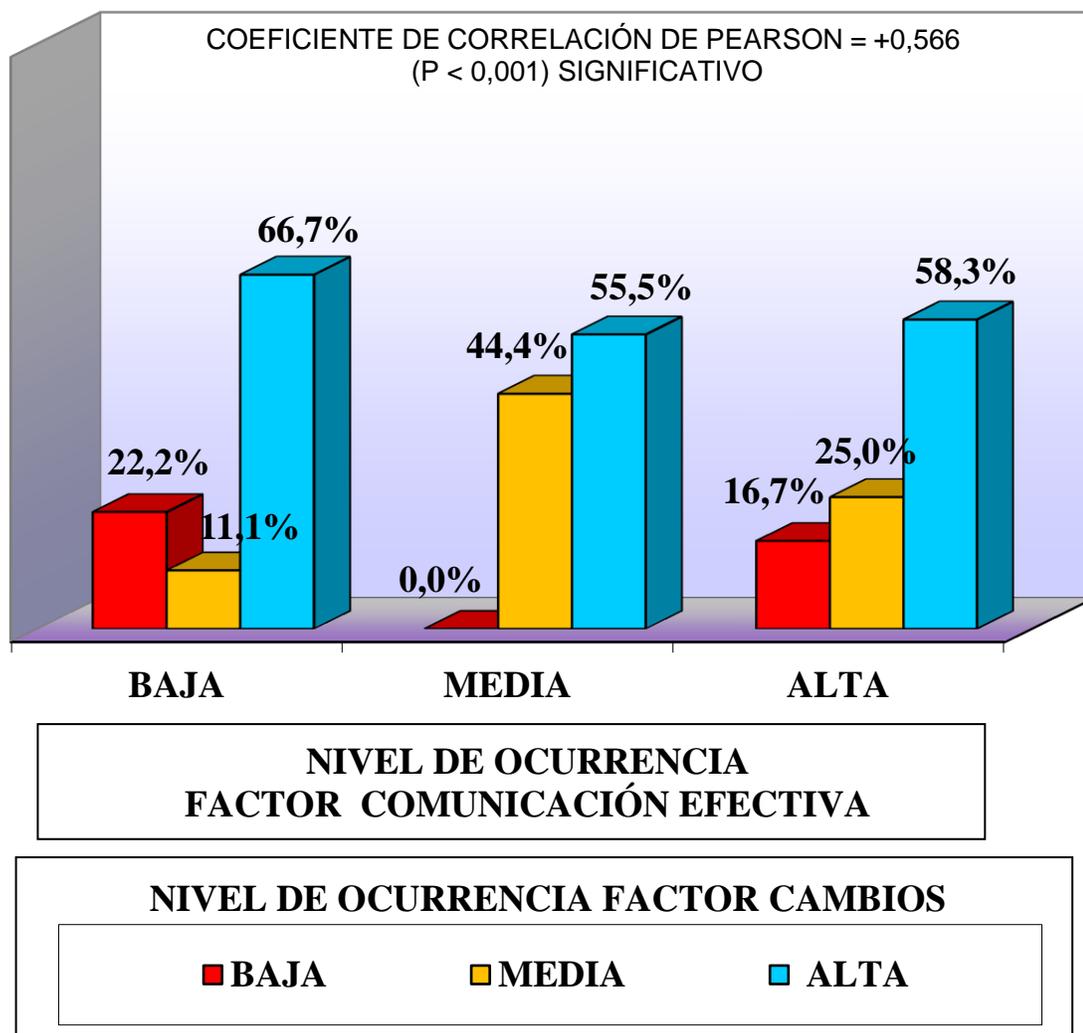
En ese orden de ideas, la familia con sus características peculiares es todavía la fuente de apoyo que fortalece a cada uno de sus miembros, es factor determinante para la transformación y equilibrio en la sociedad, de la misma manera el personal de salud en especial enfermería tiene las herramientas necesarias para planificar estrategias dirigidas a prevenir consecuencias ocasionadas por la pérdida o disminución en la audición, como por ejemplo el maltrato o el aislamiento en el hogar.

Estos referentes teóricos confirman la hipótesis específica N° 5, la cual indica que existe relación estadísticamente significativa entre actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo.

GRÁFICO 11

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES COMUNICACIÓN EFECTIVA Y CAMBIOS AUDITIVOS
COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA,
JUNIO 2016



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

HIPOTESIS ESPECIFICA N° 6

TABLA 12

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES COMUNICACIÓN EFECTIVA Y CAMBIO MOTOR

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA</i>	<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIO MOTOR</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,5)	9 (30,0)
MEDIA	2 (22,2)	3 (33,3)	4 (44,4)	9 (30,0)
ALTA	1 (8,3)	1 (8,3)	10 (83,3)	12 (40,0)
TOTAL	4 (13,3)	7 (23,3)	19 (63,3)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = +0,644 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

Al fijar la atención en la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores COMUNICACIÓN EFECTIVA y CAMBIO MOTOR, se puede observar en la tabla.12, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA, 1 mismo nivel de CAMBIO MOTOR representa un 11,1%, mientras que la ocurrencia MEDIA tiene 33,3% y la ALTA 55,5%.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA predomina el nivel de ALTA ocurrencia del factor CAMBIO MOTOR con un 44,4%,

luego con 33,3% el nivel de MEDIA ocurrencia y el resto 22,2% es para BAJA ocurrencia.

Para ALTA ocurrencia del factor COMUNICACIÓN EFECTIVA, para el factor CAMBIO MOTOR en ALTA ocurrencia se presenta con 83,3% y el restante 16,7% se divide en 8,3% por igual para MEDIA y BAJA ocurrencia.

Se da una tendencia evidente en la relación de ambos factores, que se muestra en un incremento porcentual sostenido en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha, en sentido descendente (11,1%; 33,3% y 83,3%), que determina que a una mayor ocurrencia de COMUNICACIÓN EFECTIVA expresado en disposición de los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor, aparece una mayor ocurrencia de observación advertida del CAMBIO MOTOR en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

Lo dicho, se confirma en cuanto a la relación entre los factores por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que mide la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de +0,644, con significación estadística ($P < 0,001$), por lo que puede decirse que hay una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de COMUNICACIÓN EFECTIVA y CAMBIO MOTOR de los adultos mayores de la familia, llevando a concluir la existencia de relación significativa entre los dos factores.

La información presentada en el cuadro es fiel reflejo de la disposición que tienen los familiares de abocarse responsablemente del adulto mayor cuando presenta limitaciones en la movilidad, ya que; “las caídas tienen numerosas consecuencias, desde la lesión física hasta la inmovilidad, el trauma psicológico, o miedo a caerse de nuevo” (Tideiksaar, R, 2005.)

De acuerdo con el autor precedente, las limitaciones en la movilidad producto de los cambios fisiológicos en la vejez, tienen repercusiones sobre los estilos de vida de las personas de la tercera edad, por ejemplo; se quedan en sus habitaciones solas, producen temor y ansiedad, participan menos en las actividades recreativas o de ocio, se aíslan y se deprimen al perder la sociabilidad con sus pares.

Tideiksaar, R. (2005.) indica que, “la deambulaci3n se acompa1a de mucha ansiedad y con frecuencia se consigue por que la persona se agarra de los muebles para apoyarse, una estrategia que puede aumentar el riesgo a ca3da”. (Pag.10)

Lo anterior conduce a pensar, la incapacidad de realizar las actividades b1sicas de la vida y el autocuidado para el bienestar f3sico y mental. Por otro lado, la capacidad que tiene la persona de la tercera edad para llevar una vida independiente en el hogar o la comunidad se lograra con la interacci3n de los vecinos y sus iguales, pero es la familia, quien sentirse responsable de las ca3das y culparse por no estar presente all3 en el hogar para evitarla.

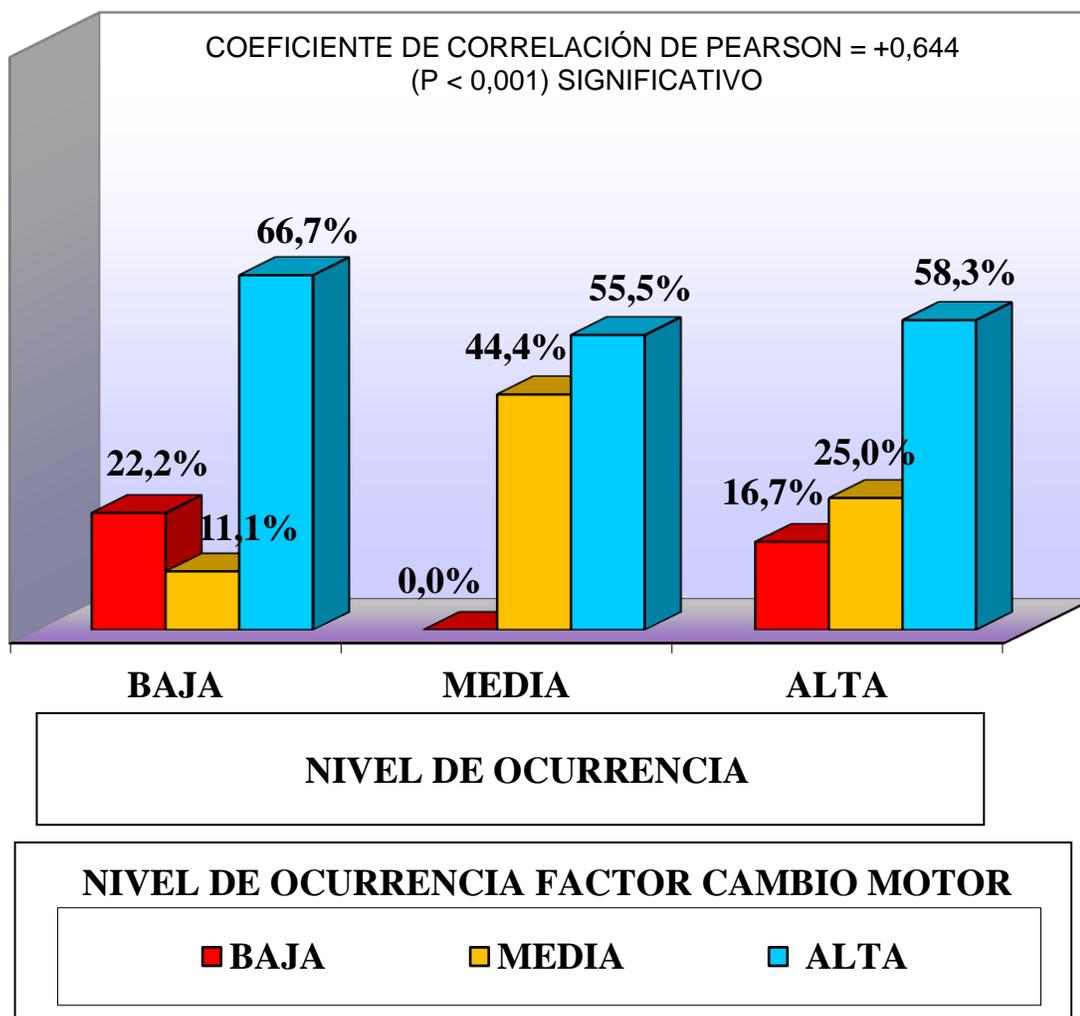
De esta manera se verifica la hip3tesis espec3fica N° 6 existe relaci3n estad3sticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicaci3n y la relaci3n con las alteraciones funcionales en su factor motora.

GRÁFICO 12

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LOS
FACTORES COMUNICACIÓN EFECTIVA Y CAMBIO MOTOR

BARRIO EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

HIPOTESIS GENERAL

TABLA 13

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN
OCURRENCIA CONSOLIDADA DE LAS RESPUESTAS
A LOS ÍTEMS DE LAS *VARIABLES* EN ESTUDIO

COMUNIDAD EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA.
VALENCIA, JUNIO 2016

<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE ACTITUD DE LOS FAMILIARES</i>	<i>NIVEL DE OCURRENCIA DE CAMBIOS FUNCIONALES DE LOS ADULTOS MAYORES</i>			TOTAL (%)
	BAJA F (%)*	MEDIA F (%)*	ALTA F (%)*	
BAJA	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (6,7)
MEDIA	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	10 (33,3)
ALTA	2 (11,1)	3 (16,7)	13 (72,2)	18 (60,0)
TOTAL	5 (16,7)	9 (30,0)	16 (53,3)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = +0,621 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

La mayor frecuencia de los familiares de los adultos mayores fue, con relación a la variable ACTITUD DE LOS FAMILIARES (AF), se presenta en la ocurrencia ALTA con 60,0%, luego la que corresponde al nivel de ocurrencia MEDIA con un 33,3% y, por último, al nivel de ocurrencia BAJA con solo 6,7%. Para la variable CAMBIOS FUNCIONALES DE LOS ADULTOS MAYORES (CFAM), hay predominio de ocurrencia ALTA porque representa el 53,3% de los familiares, a continuación el nivel de ocurrencia MEDIA con 30,0% y sigue el nivel de ocurrencia BAJA con 16,7%.

Si se observa la relación entre las dos variables, en cuanto a los niveles de ocurrencia, se precisa que en el nivel de ocurrencia BAJA de la variable AF, los dos familiares se reparten por igual en los niveles de MEDIA y ALTA ocurrencia con 50% cada uno de la variable CFAM.

En el nivel de MEDIA ocurrencia de la variable AF, el nivel de BAJA ocurrencia aparece con 30%, el de MEDIA con 50% y el de ALTA con 20% que corresponden a la variable CFAM.

Para ALTA ocurrencia de la variable AF, en la variable CFAM la ocurrencia BAJA tiene representación del 11,1%, mientras que el nivel de ocurrencia MEDIA es de 16,7% y la ALTA de 72,2%.

Tal como sucedió con las relaciones entre los factores, en las variables también se presenta una tendencia evidente en la relación de ambas, que se manifiesta en un incremento porcentual sostenido en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha, en sentido descendente (0,0%; 50,0% y 72,2%), que determina que a una mayor ocurrencia de la ACTITUD DE LOS FAMILIARES en tener disposición para proporcionar cuidados al adulto mayor, surge una mayor ocurrencia de observación advertida de los CAMBIOS FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR durante el proceso de envejecimiento.

Los resultados anteriormente expuestos de la relación entre las dos variables del estudio vienen a ser confirmados por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que mide la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por las variables constituidas.

Estos resultados expresan claramente que existe una actitud positiva que motiva a la familia a asumir el rol del cuidado de las personas mayores en reconocer, valorar

y respetar la dignidad del anciano, esos valores producen un efecto significativo de arraigo, libertad y apoyo social, ya que la familia es el principal proveedor del cuidado y en ella descansa las relaciones afectivas de amor y de parentesco.

La OMS (2009), “expresa claramente el rol protagónico como agente de cuidado de los adultos mayores que tiene y asume la familia”. (s.p) Una familia que cumple con sus deberes de protección y cuidado, es capaz de fomentar el desarrollo de las capacidades en sus miembros, esto favorece la forma de prevenir o enfrentar las problemáticas derivadas de la socialización con el entorno; relacionados con la salud, educación.

Aun cuando la familia desempeñe adecuadamente sus funciones, las instituciones de salud tienen la obligación de intervenir con programas educativos para fortalecer los cuidados y evitar la fatiga del cuidador; en ese sentido enfermería debe abarcar y liderizar los cuidados del adulto mayor. Staab, y Compton (1998) consideran “el rol de la enfermera debe ser de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familias”. (pág.5).

Lo anterior se articula con el artículo 10 Protección a la Familia. Establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966) “Se alienta a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales a establecer servicios sociales de apoyo a las familias cuando existan personas mayores dependientes en el hogar y a que apliquen medidas destinadas a familias con bajos ingresos”(s.p)

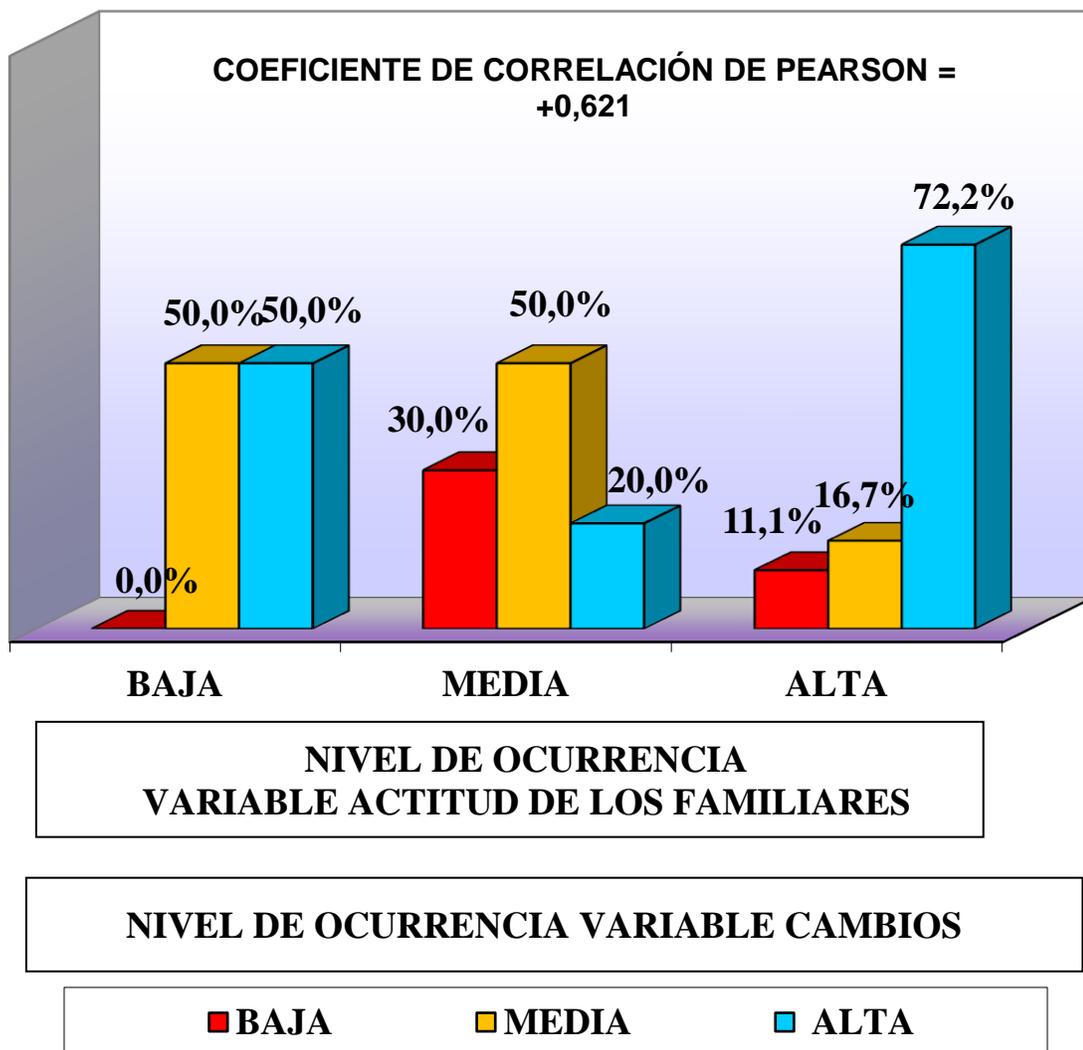
El valor del coeficiente de correlación es de +0,621, con significación estadística ($P < 0,001$), por lo que puede decirse que hay una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de la ACTITUD DE LOS FAMILIARES y los CAMBIOS FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR, teniendo como conclusión la existencia de relación significativa entre las dos variables investigadas.

Los resultados proyectados consienten la hipótesis general de este estudio, la cual establece, Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el adulto mayor en sus factores apoyo emocional y Comunicación y su relación con los cambios sensoriales en sus factores visuales, auditivos y motores.

GRÁFICO 13

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES SEGÚN OCURRENCIA
CONSOLIDADA
DE LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO
BARRIO EL CONCEJO. PARROQUIA MIGUEL PEÑA. VALENCIA, JUNIO
2016



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (CARRIZALES, 2016)

CAPITULO V

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1.- CONCLUSIONES.

- En relación con la edad de los adultos mayores que conviven con los familiares objetos de estudio, el 50% tenían edad entre 60 y 69 años, el 30% corresponde a las edades entre 70 y 79 años. Finalmente el 20% corresponde con las edades entre 80 años y más.
- De los familiares encuestados predomina el sexo femenino con un 70% mientras que el 30% corresponde con el sexo masculino.
- La edad de los familiares encuestados oscilan entre 40 y 59 años con un 46,6%, siendo igual para las edades entre 20 a 39 y de 60 años y más con el 26,7%.
- En relación con la escolaridad del familiar el 43,3% tienen nivel secundaria completa, seguidamente nivel universitario completo o incompleto con el 33,3% y por último el 23,3% para los familiares con primaria completa o incompleta.
- Según la ocupación del familiar mayoritariamente está representada por el hogar en un 40%, seguidamente el 30% para obreros, 20% para técnico medio y 10% profesional.
- La filiación del familiar con el adulto mayor, el 63,3% de los elementos muestrales están representados por madre o padre, con el 13,3% abuela y abuelo, el 10% hermana o hermano, para esposa o esposo, tía o tío el 6,7%.

- En cuanto a la hipótesis N° 1 y de acuerdo con los resultados se observa una tendencia de 77%, que establece que a una mayor ocurrencia de apoyo emocional mostrada por los familiares hacia al adulto mayor, se incrementa la observación advertida de los familiares hacia los cambios visuales, comprobándose que existe relación estadísticamente significativa entre actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor cambio visual.
- En relación con la hipótesis específica N° 2, se determina que a una mayor ocurrencia de apoyo emocional expresado por los familiares al proporcionar cuidados al adulto mayor, se da una mayor ocurrencia de observación advertida hacia los cambios auditivos durante el proceso de envejecimiento, confirmando la hipótesis específica N° 2 la cual indica que, existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo.
- Para la hipótesis específica N° 3. El valor del coeficiente de correlación es de +0,653, con significación estadística ($P < 0,001$), presenta una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de apoyo emocional y cambio motor de los adultos mayores de la familia, llevando a concluir la existencia de relación significativa entre los dos factores, por lo tanto se confirma la hipótesis específica N° 3 que contempla la relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor apoyo emocional y la relación con las alteraciones funcionales en su factor motor
- En cuanto a la hipótesis específica N° 4 El valor del coeficiente de correlación es de +0,597, significativo desde el punto de vista estadístico ($P < 0,001$), por lo que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de la comunicación efectiva y cambios visuales de los adultos mayores de la familia, confirmándose la hipótesis

la cual señala que existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor visual.

- Para la hipótesis específica N° 5 se muestra un incremento en los porcentaje de izquierda a derecha en sentido descendente; (22,2%; 44,4% y 58,3%), por lo que a una mayor ocurrencia de comunicación efectiva, se produce una mayor ocurrencia de observación advertida de los cambios auditivos en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento, confirmándose la hipótesis específica, la cual indica que existe relación estadísticamente significativa entre actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones sensoriales en su factor auditivo.
- En relación con la hipótesis específica n° 6, el coeficiente de correlación de pearson, es de +0,644, con significación estadística ($p < 0,001$), indica que hay una asociación significativa entre los niveles de ocurrencia de comunicación efectiva y cambio motor de los adultos mayores de las familias encuestadas., llevando a concluir la existencia de relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares en su factor comunicación y la relación con las alteraciones funcionales en su factor motora.
- En a la hipótesis General: los niveles de ocurrencia de actitud de la familia y los cambios funcionales del adulto mayor, sobresale la categoría alta con 60,0%, de la primera variable y un 53,3% de la categoría alta de la segunda variable, lo cual expresa la disposición de los familiares de proporcionar cuidados al adulto mayor, cuando advierten los cambios funcionales del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento. Esto permite consentir que existe relación estadísticamente significativa entre la actitud de los familiares hacia los cambios funcionales en el

adulto mayor en sus factores apoyo emocional y Comunicación y su relación con los cambios sensoriales en sus factores visuales, auditivos y motores.

5.2.- RECOMENDACIONES.

Presentar los resultados derivados de esta investigación al departamento enfermería en salud integral del adulto y la escuela en general.

Promover programas o proyectos educativos de acuerdo con los resultados para fortalecer los valores y actitudes de la familia en las comunidades.

Presentar los resultados de la presente investigación en eventos científicos, locales, nacionales e internacionales

Abrir líneas de investigación que apunten a generar propuestas en la escuela de enfermería u otras instituciones de salud o educativas.

Incorporar a los estudiantes de postgrados a las prácticas gerontológicas que permitan elaborar propuestas tendientes a mejorar la enseñanza de los cuidados hacia el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abad, M. Llor, B. García, M. Nieto, J. (1995) Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Interamericana McGraw – Hill España.
- Acevedo, E.; Acevedo, Y. y Sposito, C. (2008). Propuesta de un programa de orientación sobre el cuidado del anciano en el hogar dirigido a familiares que habitan en la urbanización “altos de Cayaurima” Parroquia Marhuanta, Ciudad Bolívar. Caracas Venezuela. Documento en línea, disponible en: saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/.../TESIS%20empastada. 08/02/15
- Arboleda A. Vargas D. Galicia J. (2008) Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en el adulto mayor. En línea, disponible en: repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897A666.pdf. 08/02/15
- Balestrini, M. (2006) Como se elabora el proyecto de investigación. Séptima edición. BI Consultores y Asociados. Servicio Editorial. Caracas Venezuela.
- Bouza, J; López, J.; Macías, J. (2005) Biología del Envejecimiento. En Geriatria desde el principio. Tema I. 2da Edición. Editorial Glosa. <https://books.google.co.ve/books?isbn=8474292328>. 25/01/2015
- Burke, M.; Walsh, M. (1998) Enfermería Gerontológica. Cuidados Integrales del Adulto Mayor. Segunda Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid España.
- Cabedo, S. (2006) Filosofía y cultura de la tolerancia. Coleccio Humanitats Publicacions de la Universitat Jaume I Sevei de Comunicacio I Publicaccions- texto en línea disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8480215585>. 16/02/2015.
- Calero, M.; López, G.; Ortega, A. y Cruz, A. (2016). Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2016, Vol.6, Nº 2 (Págs.71-82). En línea. Disponible en: MJ Calero, G López-Cala, AR Ortega... - ... of Investigation in ..., 2016 - formacionasunivep.com
- Cano, C. A., Borda, M. G., Arciniegas, A. J., & Parra, J. S. (2014). Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia. Biomédica, 34(4), 574-9. En línea disponible en: CA Cano, MG Borda, AJ

- Arciniegas, JS Parra - Biomédica, 2014 - revistabiomedica.org. Consultado el 07/10/2016
- Cardona, D.; Segura, A.; Berbesi, D.; Ordoñez, J.; Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Revista Investigaciones Andina*, vol. 13, núm. 22, abril-septiembre, 2011, pp. 178-193. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304007>. Consultado el 01/10/2016
- Carnachione, M. (2008) *psicología del Desarrollo. Vejez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. 2^{da} Edición. Editorial Brujas. Argentina. [Texto en línea] Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9875911259>. Recuperado el 16/10/2015
- Castro, F. (2008). *El proceso de investigación y su esquema de elaboración*. Editorial Uyapar. Caracas Venezuela
- Crespo, M.; López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y Tendencias*. N° 35. 2008 Primera Edición. Madrid España
- Dance; F. (1973) *Hacia una teoría de la comunicación humana*. Tomado de estudios generales Lengua y Comunicación. Universidad Nacional Abierta.
- Espinoza, C., Gualpa, P. (2013). Prevalencia y factores asociados a caídas, en adultos mayores del Centro de Atención Gerontológica del Seguro Social. En línea recuperado el 30 /05/2015. Disponible en: CM Espinoza Serrano, PN Gualpa Erráziz - 2014 - dspace.ucuenca.edu.ec
- Espinoza, K.; Aravena, V. (2012) Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Rev. Cienc. enferm.* vol.18 no.2 Concepción ago. 2012. Chile. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>. Consultado el 01/10/2016.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. Disponible en: E Flores, E Rivas, F Seguel - *Ciencia y enfermería*, 2012 - SciELO Chile Consultado el 01/10/ 2016
- García, J.; López. C. (2009) *Medios de Comunicación y Publicidad y Adicciones*. Editorial Edaf. S.L Madrid España. Texto en línea, disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8441421099> Consultado el 12 de enero 215

- Gerrig, J.; Zimbardo, P. (2005) *Psicología y vida*. Pearson Educación. Decimoséptima edición. México.
- Gómez, V. y G. Marti (2005). *Enfermería medico quirúrgica. Necesidad de Comunicación y Seguridad*. 2da. Edición Editorial Masso México. Disponible en: books.google.co.ve/books?isbn=844581463X. Consultado. 12/01/2015
- Ham, R.; Sloane, P. (1995) *Atención Primaria en Geriatría. Casos Clínicos*. 2^{da} Edición. Mosby. España.
- Haub, C. (2007): "2007 World Population Data Sheet." The 2007 World Population Data Sheet Disponible en: www.prb.org/SpanishContent/Articles/2007/wpdsSPA.aspx. Consultado 16/01/2015
- Hogg, M.; Vaughan, G. y Morado, M. (2010) *Psicología Social*. Editorial Panamericana. 5^{ta} edición. Madrid España
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Proyecciones de la Población al 30 de junio. Según Entidad Federal Municipios y Parroquias, 2000 – 2050* Disponible en: www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/.../Proyecciones/xls/Parroquias.xls. Consultado el 12 de junio 2016
- Instituto Nacional de Estadísticas de la República Bolivariana de Venezuela (2011) disponible en ine.gov.ve Consultado el 16/01/2015
- Instituto Nacional de Estadística INE (2014) *XIV Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados por Entidad Federal y Municipios del Estado Carabobo 2011*. [Documento en línea] Disponible en: www.ine.gov.ve/documentos/.../CensodePoblacionyVivienda/.../carabob... Consultado el 05/11/2015
- Jiménez, N.; Hajar O. (2007) Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. *Revista en línea Gerokomos*; 18 (1): 16-23. Consultado el 14/05/2015. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n1/16rincon
- Kane, R.; Ouslander, J.; Abrass, I. (1997) *Geriatría Clínica*. 3^{era} Edición. McGraw-Hill Interamericana. México

- Kiely, K. M., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2013). Dual Sensory Loss and Depressive Symptoms: The Importance of Hearing, Daily Functioning, and Activity Engagement. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 837. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00837>. Consultado el 07/10/2016
- Kozier, B.; Erb G. y Olivieri, R. (1999) Fundamentos de Enfermería. Conceptos procesos y Practicas. Volumen 1 quinta edición. Interamericana Mc Graw Hill España.
- Leddy, S. y Pepper, L. (1989) Bases Conceptuales de Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. Washington.
- Martínez, R. (2010). Bienestar y Cuidados: El oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos. Consejo superior de Investigaciones Científicas. [Texto en línea] disponible en la Word wide web. <https://books.google.co.ve/books?isbn=8400091833>. Consultado el 03/10/2016. Madrid España.
- Materano J. (17 de julio de 2016). La Población Envejece y Exige Repensar la Ciudad. Sección Caracas. El Universal [Prensa en línea]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com/>. Consultado el 02/10/2016.
- Millán, J. (2011) Gerontología y geriatría. Valoración e intervención. Editorial medica panamericana. Madrid España
- Montilla, Esteban (2009) Viviendo la tercera edad. Un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento. 2^{da} edición. Editorial Clie- España. Texto en line disponible en: <https://books.google.es/books?isbn=8482674374>. Consultado el 25/01/2015
- OMS (2015) Envejecimiento y ciclo de vida. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF) Impreso en Estados Unidos de América. [Documento en línea] disponible en: www.who.int/ageing/es/ Recuperado el 05/11/2015
- Organización Mundial de la Salud (2009). Medicine geriatrics and evidency -based aproach. 4^oedition.Estadísticas Sanitarias Mundiales.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). Enseñanza de la Enfermería en Salud del Adulto Mayor. Serie Recursos Humanos para la Salud. N° 59. Washington DC.

- Orozco, C. M., y Martínez, A. C. (2015). Dinámica familiar del anciano residente en el barrio Modelo de la ciudad de Barranquilla. *Psicogente*, 13(23). [Texto en línea] disponible en la CM Orozco, AC Martínez - *Psicogente*, 2015 - publicaciones.unisimonbolivar.edu. Consultado el 05/10/2016
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966) Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. [Texto en línea]. Disponible en la Word wide web. www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/desc_05.pdf. Consultado el 07/10/2010
- Páez, G. (1984). La familia como institución social. La sociología de la familia. Elementos de análisis en Colombia y América Latina. Recuperado en: G Páez Morales - 1984 - Bogotá. Universidad Santo Tomas...15/02/2015
- Parella, S.; Martins, F. (2010) Metodología de la Investigación Cuantitativa. 3^{Era} edición. Fondo editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas Venezuela.
- Parra, M. S., y Salas, M. C. (2005). Adultos Mayores Funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11, 1. Recuperado de: ms parra, mc salas - ciencia y enfermería, 2005 - scielo chile. 17/02/2015
- Poblete, C. (1997) El valor del compromiso: Una invitación al desarrollo pleno de nuestro potencial. 1era edición. Ediciones Fiscales. México
- Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, (2014) 23.ª ed. Madrid: España, [Texto en línea] Disponible en: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lenguaespanola#sthash.MAmV2Po9>. Consultado el 24/01/ 2015.
- Robbins, S. (2004.) Comportamiento Organizacional. 10ª Edición. MÉXICO: Pearson Educación. Chile.

- Rodríguez, N. (2006) Manual de Sociología Gerontológica. Publicacions I Edicions de la Universitat de Barcelona. Disponible en: <https://books.google.com/books?isbn=8447531058>. Consultado el 05/10/2016
- Rodríguez, R. Morales. J, Encinas, J. Trujillo, Z. D'Hyver, C. (2000). Geriatria. Reimpresión de la primera edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
- Staab, S.; Compton, L. (1998). Enfermería Gerontológica. Adaptación a la Vejez. Primera edición. McGraw-Hill Interamericana. Mexico.
- Tamayo, M. (2007) El proceso de la investigación científica. 4ta edición. Editorial Limusa. México Dto. Federal
- Tideiksaar, R. (2005.) Caídas en Ancianos, Prevención y Tratamiento. Ediciones Masson Doyma Mexico SA. Mexico.
- Trevithick, P. (2006) Habilidades de Comunicación e Intervención Social. Manual Práctico. 2da Edición. Narcea SA Ediciones. Madrid.
- Vallejo B. (2011). Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. *En-Clave Pedagógica*, 3. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/605>. 15/02/2015
- Velásquez, Á. (2007). El diccionario especializado en familia y género: Investigación terminológica y documental. *Revista interamericana de bibliotecología*, 29(2), 61-78.
- Velásquez. D. y Ramírez G. (2012) Condiciones socioeconómicas, familiares y de participación comunitaria del adulto mayor en la urbanización de la llanada, sector II de la ciudad de Cumaná. Texto en línea: disponible en: ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3700/1/Tesis-Velasque. Consultado el 08/02/15
- Véliz, A. (2008) Como hacer y defender una tesis. Décima edición. Editorial Texto Caracas Venezuela.

Vera, M. (2007) Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Trabajo publicado en la revista Anales de la Facultad de Medicina versión impresa, vol. 68 n° 3. ISSN 1025-5583

Ximena, M. (2007) Arqueología e historia en la colonia española de florida blanca. Patagonia Siglo. XVIII. Editorial Teseo. Argentina. [Texto en línea] Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9871354088>. Recuperado 16/10/2015.

ANEXO A

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DRA GLADYS ROMÁN DE CISNEROS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SALUD INTEGRAL DEL ADULTO

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS
FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR

Autor:
Carrizales Douglas

Valencia, Octubre 2016

PRESENTACIÓN

Estimado adulto mayor:

El propósito de este instrumento es, obtener información para medir actitud de los familiares hacia los cambios funcionales y su relación con las alteraciones sensoriales y motor del adulto mayor, la información suministrada es de uso confidencial y será utilizada solo con fines de investigación.

Los resultados obtenidos contribuirán al mejoramiento de la calidad de los cuidados que proporcionan los familiares y la comunidad al adulto mayor, fomentando una mejor calidad de vida.

Responda con la mayor libertad y sinceridad posible a todas las interrogantes que encontrara en las páginas siguientes según las instrucciones especificadas.

Por favor no escriba su nombre ni firme el cuestionario

Gracias por su participación

El autor.

INSTRUCCIONES.

Este cuestionario está estructurado en tres partes a saber: en la primera parte encontrara alternativas relacionadas con los datos demográficos. Marque colocando una equis (X) en el espacio correspondiente; en la segunda parte del cuestionario encontrara afirmaciones relacionados con los cambios funcionales y la tercera parte referido con la discapacidades sensoriales. Marque con una equis (x) la alternativa que mejor exprese su opinión

Responda todos los enunciados para que exista mayor confiabilidad de la información recabada, **si existe alguna duda consulte al encuestador.**

Valencia a los _____ días del mes de _____ del año 2016

PARTE. I DATOS DEMOGRAFICOS.

Marque con una equis (X) la opción que corresponda.

1. Edad en años del Adulto Mayor. _____

2. Sexo del familiar

M_____

F _____

3. Edad del familiar cuidador del Adulto Mayor. _____

4. Escolaridad del familiar

Sin Estudios _____

Primaria: Completa_____ Incompleta_____

Secundaria: Completa_____ Incompleta_____

Universitaria Completa_____ Incompleta_____

5. Ocupación del familiar

Del Hogar____ Obrero____ Técnico ____ Profesional____ Ninguno_____

6. Filiación del familiar con el adulto mayor

Padre._____

Madre_____

Abuelo_____

Abuela_____

Tío_____

Tía_____

Otros Indique_____

PARTE II

Marque con una equis (x) la alternativa que mejor exprese su opinión.

Nº	ITEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	¿Usted acepta las opiniones que el adulto mayor aporta cuando toma una decisión en el hogar?					
2	¿El adulto mayor participa en las decisiones que se toman en el hogar?					
3	¿Usted muestra paciencia hacia el adulto mayor cuando expresa como le gustaría que lo traten en el hogar?					
4	¿El adulto mayor participa en todas las actividades que realizan los miembros de la familia?					
5	¿Usted considera que tiene paciencia cuando el adulto mayor realiza las actividades básicas muy lentamente?					
6	¿Usted considera que el adulto mayor que cuida requiere de ayuda para comer?					
7	¿Consideras que el adulto mayor que cuidas recibe la alimentación adecuada?					
8	¿Consideras que el adulto mayor que cuidas requiere de ayuda para vestirse?					
9	¿Consideras que el adulto mayor que cuidas usa la vestimenta adecuada?					
10	¿Consideras que dedicas tiempo del día para conversar con el adulto mayor en el hogar?					
11	¿Modificas el tono de voz a muy bajo cuando hablas con el adulto mayor?					
12	¿Modificas el tono de voz a muy alto cuando habla con el adulto mayor?					
13	¿Durante la conversación con el adulto mayor le miras a la cara?					
14	¿En las conversaciones con el Adulto Mayor esperas que termine la idea para no interrumpirle?					
15	¿Durante las conversaciones con el adulto mayor en el hogar usas expresiones faciales, en señal de disgusto?					

N°	ITEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
16	¿Durante las conversaciones con el adulto mayor en el hogar haces gestos con las manos para explicarte mejor?					
17	¿Consideras que los adultos mayores presentan cambios visuales que les impide adaptarse a los cambios bruscos de luz?					
18	¿Consideras que el adulto mayor presenta cambios visuales que les impide adaptarse a la oscuridad?					
19	¿Consideras que el adulto mayor que cuidas en el hogar presenta problemas para ver de cerca?					
20	¿Consideras que el adulto mayor experimenta problemas para enfocar objetos con nitidez a distancia cortas?					
21	¿Consideras que el adulto mayor que cuida en el hogar se queja de resequedad ocular?					
22	¿Consideras que el adulto mayor tienen dificultad para oír?					
23	¿Consideras que, para que el adulto mayor escuche, hablas en tono voz alto?					
24	¿Consideras que el adulto mayor se queja de oír zumbidos?					
25	¿Durante el proceso de envejecimiento el adulto mayor pierde la capacidad para levantarse de la silla?					
26	¿Durante el proceso de envejecimiento el adulto mayor disminuye el ritmo de la marcha?					
27	¿Durante el proceso de envejecimiento el adulto mayor disminuye la fuerza muscular para caminar?					

ANEXO B

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DRA GLADYS ROMÁN DE CISNEROS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SALUD INTEGRAL DEL ADULTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En virtud de realizar una investigación titulada **ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CAMBIOS FUNCIONALES EN EL ADULTO MAYOR.**

Yo, _____ Titular de la CI: _____

Domiciliado (a) en, _____

En pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración y propósito relacionado con la investigación declaro mediante la presente:

1. Haber sido informado(a) de manera objetiva, clara y sencilla por parte del autor de la investigación Lic. Douglas Carrizales, de todos los aspectos relacionados con la investigación.
2. Tener conocimiento claro que el objetivo del trabajo es estrictamente científico para fortalecer el cuidado proporcionado al adulto mayor hospitalizado.
3. Haber sido informado (a) que mi participación en este estudio consiste en responder el cuestionario.
4. El investigador garantiza la confidencialidad relacionada tanto de mi identidad, como cualquier información relativa a mi persona, a la que tengan acceso por concepto de mi participación en esta investigación.
5. Que estoy de acuerdo con el propósito de los resultados obtenidos en este estudio.
6. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconvenientes para mi salud
7. Que cualquier pregunta que tenga en relación con este estudio me será respondida oportunamente por el autor del mismo.

8. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido, ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que pueden producirse en la referida investigación.
9. Que se me informara sobre los resultados de esta investigación.

DECLARACION DE VOLUNTARIADO.

Luego de haber leído, comprendido y aclarado mis dudas y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntario acuerdo:

A.- Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a _____, para realizar el referido proyecto.

B._ Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en el proyecto, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa hacia mi persona.

Voluntario: _____ CI. _____ Firma: _____

Investigador. _____ CI. _____ Firma. _____

Testigos: _____ CI: _____ Firma _____

DECLARACION DEL INVESTIGADOR.

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario la naturaleza del protocolo mencionado. Certifico mediante la presente que; a mi leal saber, la persona que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos y beneficios de la participación en este estudio.

Investigador.
Nombre Y apellido. _____ CI. _____

Firma _____

Lugar y Fecha _____

Tomado: Oberto, D. Y cols. 2008

ANEXO C

INFORME DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD REALIZADA A LOS
INSTRUMENTOS ELABORADOS POR EL LIC. DOUGLAS CARRIZALES
PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE "ACTITUD DE LOS
FAMILIARES" (VARIABLE I) Y "CAMBIOS FUNCIONALES DE
LOS ADULTOS MAYORES (VARIABLE II)"

VARIABLE I.-

El instrumento está conformado por 19 ítems en escala de Likert, por lo que se le aplicó la prueba de ALFA DE CRONBACH que tiene la siguiente fórmula.

$$\text{ALFA} = (n / n-1) * (1 - (\text{SUMA VARIANZA ÍTEMS} / \text{VARIANZA TEST}))$$
$$\text{ALFA} = (19 / 18) * (1 - (30,46 / 156,01)) = 0,85$$

Como se observa al sustituir los valores (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad sea 0,85 cuyo valor es MUY BUEN RESULTADO y puede por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio

VARIABLE II.-

El instrumento está conformado por NUEVE ítems en escala Likert, por lo que se le aplicó la prueba del ALFA DE CRONBACH (Alfa) que tiene la siguiente fórmula.

$$\text{ALFA} = (n / n-1) * (1 - (\text{SUMA VARIANZA ÍTEMS} / \text{VARIANZA TEST}))$$
$$\text{ALFA} = (9 / 8) * (1 - (30,46 / 128,90)) = 0,87$$

Como se observa al sustituir los valores (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad sea 0,87 cuyo valor es MUY BUEN RESULTADO y puede por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

Prof. José A. García A.
C. I. N° 3.518.248
Profesor Titular Jubilado de la
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Carabobo

Valencia, 25 de Abril del 2016