

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



**RELACIONES FAMILIARES Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD
EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO POBLADO
DE SALCEDO-PUNO.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. INÉS LLANOS NINA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PUNO - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

TESIS

Relaciones familiares y su influencia en la salud emocional del adulto mayor en el
Centro Poblado de Salcedo - Puno.

PRESENTADA POR:

Bach. INÉS LLANOS NINA



Escrito
Dr. JOSE OCTAVIO ESCOBEDO REVERA
UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

APROBADA POR:

PRESIDENTE :

Dr. Guillermo Antonio Zevallos Mendoza

PRIMER MIEMBRO :

Dra. Bestsabé Aurora Llerena Zea

SEGUNDO MIEMBRO :

M.Sc. Maritza Castro Távora

DIRECTOR / ASESOR :

Dra. Luz María Meneses Cariapaza

TEMA: Familias: realidades, cambio y dinámicas de intervención

ÁREA: cambios en la estructura de las familias

Fecha de sustentación: 19/04/2018

DEDICATORIA***A Dios***

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre agustina

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Javier

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizaron y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A Marcel Felipe, y a mi hijo Alejandro

Que siempre me han motivado a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Luz María Meneses Cariapaza por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a los miembros del jurado por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia.

Así mismo agradezco a Dios por darme la salud que tengo, por tener una cabeza con la que puedo pensar muy bien y además un cuerpo sano y una mente del bien.

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	10
Abstract.....	11

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Problema de investigación	12
1.2 Formulación de la pregunta de investigación	15
1.3 Antecedentes de la investigación	15
1.4 Objetivos de la investigación	21
1.4.1 Objetivo general.....	21
1.4.2 Objetivos específicos.....	21

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 La familia desde el enfoque de sistemas	22
2.1.1 Funciones básicas de la familia	29
2.1.2 Familia disfuncional	30
2.1.3 Familias y terapia familiar sistémica	31
2.1.4 Configuraciones familiares de los adultos mayores	33
2.2 Relaciones familiares.....	34
2.2.1 Relaciones familiares en el adulto mayor.....	36
2.2.2 Relaciones familiares y vida afectiva en el adulto mayor	37
2.2.3 Tipos de relaciones familiares	37
2.3 Comunicación familiar	38
2.4 Salud emocional	38
2.4.1 Salud emocional del adulto mayor	40
2.4.2 Factores de la salud emocional en el adulto mayor	42
2.4.3 Clasificación de la salud emocional	45
2.4.4 El papel de la resiliencia en la salud emocional.....	47
2.5 Adulto mayor	49
2.5.1 Depresión en adultos mayores	55
2.5.2 Suicidio en adultos mayores	56
2.5.3 Principales características psicológicas de adulto mayor.....	56

CAPÍTULO III**MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1	Tipo de investigación.....	59
3.2	Método de investigación.....	59
3.3	Método estadístico	59
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	59
3.5	Población y muestra.....	61
3.5.1	En estudio.....	61
3.5.2	Muestra.....	61
3.5.3	Diseño y procesamiento de datos.....	61

CAPÍTULO IV**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1	Relaciones familiares y salud emocional del adulto mayor	63
4.2	Salud emocional del adulto mayor a nivel de satisfacción con las actividades que realiza.....	65
4.3	Salud emocional del adulto mayor a nivel de optimismo.....	67
4.4	Salud emocional del adulto mayor a nivel de autopercepción.....	68
4.5	Prueba de hipótesis.....	70
4.5.1	Prueba de hipótesis general	70
4.5.2	Prueba de hipótesis específica 1	71
4.5.3	Prueba de hipótesis específica 2	72
4.5.4	Prueba de hipótesis específica 3	73
	CONCLUSIONES	74
	RECOMENDACIONES.....	75
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
	ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01 Tipo de relaciones familiares según estado de salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo.	64
Tabla N°02 Salud emocional del adulto mayor según satisfacción con las actividades que realiza, en casa en el centro poblado de Salcedo.	66
Tabla N°03 Salud emocional del adulto mayor a nivel de optimismo en el centro poblado de Salcedo.....	67
Tabla N°04 Salud emocional del adulto mayor a nivel de autopercepción en el centro poblado de Salcedo.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico N°01 Centro poblado de Salcedo: grupos de edad al 2014.....	54
Gráfico N°02 Centro poblado de Salcedo: Estructura poblacional por sexo 2014	55

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AM Adulto mayor

AVD Actividades de la vida diaria

ENAHO Encuesta nacional de hogares

MCS-ENIGH Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares de México

OMS Organización mundial de la salud

OPS Organización panamericana de la salud

RESUMEN

La investigación “Relaciones familiares y su influencia en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo-Puno, 2016”, tiene como objetivo determinar que las relaciones familiares influyen significativamente en el estado de la salud emocional del adulto mayor. La muestra para esta investigación está conformada por 80 adultos mayores, enmarcado en el paradigma cuantitativo; así mismo el tipo de investigación es explicativo; en el que se utilizó el método hipotético- deductivo; así mismo para la obtención de datos se utilizó el cuestionario escala Likert. Según la comprobación de hipótesis mediante la prueba de chi cuadrado indican que: Las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor, en el centro poblado de Salcedo con un porcentaje del 43.8 %; de la misma forma, se evidencia que el 52.4% de adultos mayores no siente satisfacción por las actividades que realiza a diario cuyo estado de salud emocional es inestable; así mismo a nivel de optimismo se observa que el 57.6 % de adultos mayores mencionan que no creen que el futuro les depare paz, tranquilidad y felicidad cuyo estado de salud emocional es inestable; de la misma forma a nivel de autopercepción se observa que el 32.6% de adultos mayores, se muestra insatisfecho consigo mismo siempre, cuyo estado de salud emocional es inestable.

PALABRAS CLAVE: Familia, relaciones familiares, salud emocional, adulto mayor

ABSTRACT

This research, "Family Relations and Their Influence on the Emotional Health of the Elderly in the Populated Center of Salcedo-Puno, 2016" aims to determine that family relationships significantly influence the emotional health status of the elderly. This research is of an explanatory type, of the quantitative paradigm; in which the hypothetical-deductive method was used; the Likert questionnaire was used to obtain data. According to the hypothesis test using the chi square test, they indicate that: family relationships significantly influence the emotional health of the older adult, in the population center of Salcedo with a percentage of 43.8%; Likewise, it is evident that 52.4% of older adults "do not feel satisfied with the activities they perform at home" whose emotional health is unstable; also at the level of optimism it is observed that 57.6 % of older adults mention that they do not believe that the future gives them peace, tranquility and happiness whose emotional state is unstable; in the same way at the level of self-perception it is observed that 32.6% of older adults indicate that he feels that his life does not make sense frequently, in the course of his life whose state of emotional health is unstable.

KEYWORDS: Family, family relationships, emotional health, older adult

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación Relaciones familiares y su influencia en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo-Puno, 2016 se realizó debido a los altos índices de relaciones familiares conflictivas en los hogares de los adultos mayores .siendo estas frías y tirantes. Es decir, son familias que gritan, regañan, los tienen abandonados a su suerte; así mismo se observa la escasa atención, comunicación, afecto por parte de la familia al adulto mayor (P.A.R) Salcedo.

Lo cual, influye significativamente en el estado de la salud emocional del adulto mayor, evidenciándose a adultos mayores con un estado de salud emocional inestable ya que estas personas no están en la capacidad de manejar adecuadamente sus emociones. Ante cualquier problema la única solución es la muerte, sentimientos de inutilidad, frustración, desesperanza lo cual les impide sentir satisfacción por las actividades que realiza, tiene una autopercepción más negativa que en periodos anteriores, no son optimistas.

En México, de acuerdo con los datos del módulo de condiciones sociales de la encuesta nacional de ingresos y gastos en los hogares, de México (MCS-ENIGH, 2012), las personas adultas mayores, y en mayor medida las mujeres que

los hombres, perciben gran dificultad e incluso imposibilidad de conseguir ayuda de redes familiares o sociales. Un 77.7% de los hombres y 82.6% de mujeres adultas mayores perciben difícil o imposible recurrir a alguien para conseguir apoyo.

En el Perú, la inestabilidad de la salud emocional del adulto mayor se va agudizando cada día más debido, a las relaciones familiares conflictivas o el abandono a los adultos mayores. Al respecto los resultados de la encuesta nacional de hogares (ENAH) indican que el 38,2% de los hogares del país vive al menos una persona de 60 y más años de edad; de cuyo total el 16,4% se trata de una familia unipersonal, es decir, que está habitado solamente por el adulto mayor afectando de manera directa sus condiciones de salud tanto física como emocional, provocando un proceso acelerado de envejecimiento.

En Puno, según el programa de asistencia solidaria “Pensión 65” a nivel de la región de Puno menciona que el 47.3% de los adultos mayores manifiestan que el trato que reciben de sus familias es con afecto y cariño. Mientras que un 11.1% manifiesta que el trato por parte de su familia es sin afecto, Un 3.7% indica que los tratan con indiferencia. Y un 3.3% expresa que su familia los maltrata.

Siendo la principal función de la familia ayudar a encontrar alguna actividad al adulto mayor que le permita sentirse cómodo, aceptado, querido, sobre todo sentirse útil ya que este, se percibe así mismo como un ser de valía siempre y cuando se sienta útil hacia los demás, así mismo evitar que se aparte o aislé del grupo familiar, ya que la familia es la principal entidad encargada del cuidado, proveedora de ayuda material (servicios) y de apoyo psicosocial a sus miembros

es más de lo bien que la familia funcione dependerá en buena medida la salud emocional de sus integrantes.

Con el presente trabajo de investigación se pretende demostrar que; las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo; los adultos mayores en el centro poblado de Salcedo viven dentro de un hogar cuya relación familiar es conflictiva; la salud emocional del adulto mayor a nivel de la satisfacción con las actividades que realiza, optimismo y autopercepción de sí mismo en el centro poblado de Salcedo es nula.

Para lo cual se plantea como objetivos: Determinar que las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor; identificar y explicar el tipo de relaciones familiares que se presentan con frecuencia en los hogares de los adultos mayores del centro poblado de Salcedo; conocer y explicar la salud emocional del adulto mayor a nivel de la satisfacción con las actividades que realiza, optimismo y autopercepción en el centro poblado de Salcedo.

Este trabajo de investigación consta de 4 capítulos:

En el capítulo I da a conocer el problema de investigación, Formulación de la pregunta de investigación, antecedente de la investigación y objetivo de la investigación.

En el capítulo II se da a conocer El marco teórico, que ha sido de gran utilidad para realizar esta informe de investigación, cuyo contenidos son: aspectos teóricos relacionados a la familia, funciones de la familia, familias ideales, desintegración familiar, familia disfuncional, relaciones familiares, tipos de

relaciones familiares, estructura y calidad de las relaciones familiares en el adulto mayor, salud emocional, salud emocional del adulto mayor, factores de la salud emocional del adulto mayor, clasificación de la salud emocional del adulto mayor, principales características psicológicas del adulto mayor, la resiliencia y la salud emocional, depresión en adultos mayores, suicidio en adultos mayores.

En el capítulo III se dio a conocer tipo de investigación, método de investigación, método estadístico, técnicas e instrumentos de recolección de datos, población y muestra, diseño y procesamiento de datos.

En el capítulo IV se dio a conocer los resultados de la investigación.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las relaciones familiares influirán significativamente en la salud emocional del adulto mayor?

1.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Moya Solís, Adriana M. y Álvarez Zayas, Rafael E. "Influencia de las Relaciones Familiares en el Sentimiento de Abandono del Adulto Mayor Institucionalizado del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Ambato" Ecuador Marzo 2015. cuyo objetivo es determinar cómo las relaciones familiares influyen en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado. Y como hipótesis se tiene: si existen adecuadas relaciones familiares disminuye el sentimiento de abandono en el adulto mayor institucionalizado.

Y como conclusiones se tiene, Los adultos mayores institucionalizados manifiestan un tipo de relación familiar conflictiva con una totalidad del 89% lo que nos traduce a una dinámica familiar deteriorada donde se revela escasa atención, comunicación, afecto por parte de las familias hacia los ancianos. Se ha

comprobado que los adultos mayores muestran un nivel de sentimiento de abandono alto, siendo perjudicial para su área familiar, interpersonal, social, física y conductual. Se ha evidenciado que es factible concluir con una propuesta de solución para contribuir con la problemática a investigar.

La imagen del adulto mayor en el hogar como base fundamental en la transmisión de experiencias y cultura a otras generaciones se ha visto deteriorada dentro del ámbito familiar; a pesar de que son una gran fuente de conocimientos adquiridos a partir de sus experiencias sin embargo son abandonados por sus familias, perdiendo así el vínculo y la relación familiar dejando como consecuencia la presencia de sentimiento de abandono en el anciano el cual desencadenará conductas de inseguridad, culpa, impotencia en los adultos mayores. Causando consecuencias perjudiciales para adaptarse a su nuevo entorno y afectando su área afectiva, social, interpersonal y familiar.

Vanessa González Herero “Bienestar Personal y Actividades en la edad Adulta Tardía” Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad de Málaga Facultad de Psicología, cuyo Objetivo fundamental de este estudio es examinar la conexión existente entre las medidas o variables de bienestar subjetivo, por un lado, y dimensiones de personalidad, por otro, junto con la participación en actividades; y estudiar eso en la adultez tardía (entre los 50 y los 82 años). Al lado de ese objetivo básico, se propone también analizar cómo se relacionan todas ellas con otras variables de naturaleza sociodemográfica: edad, género, situación laboral. Y las hipótesis de la investigación es; Siendo consistentes con los resultados del trabajo de Harlow y Cantor, “esperamos que las actividades más frecuentes encajen principalmente dentro de dos grupos: actividades sociales y uso de medios de comunicación”.

Con respecto a los restantes análisis descriptivos no se postula ningún resultado en particular.

Las conclusiones de la investigación dan a conocer los resultados provenientes de los análisis descriptivos parecen indicar que los participantes de este estudio son personas que, por término medio, sienten bienestar personal, se hallan felices, satisfechas con sus vidas, y que han desarrollado más afecto positivo que negativo. Asimismo, tienden a ser optimistas y a tener una alta autoestima. Por el contrario, no es un grupo que suela participar con frecuencia en las actividades, aunque sí lleven a cabo un número variado de ellas, y obtengan una satisfacción moderada con las actividades que realizan. En cuanto a los grupos de actividades que los participantes (N = 250) llevan a cabo con mayor frecuencia, encontramos, por orden, los siguientes: actividades sociales, uso de medios de comunicación, actividades en casa y hobbies, actividades fuera de casa, juegos, actividades de servicio comunitario, actividades creativas y construcción del conocimiento. De manera similar, Harlow y Cantor encuentran que los grupos de actividades más realizados fueron, también por orden, el uso de medios de comunicación, las actividades sociales, las actividades en casa y hobbies, la construcción del conocimiento, los juegos, las actividades de servicio comunitario, las actividades fuera de casa y las actividades creativas.

Lilia I. Paucar Paucar y Vanessa Verónica Quezada “El Abandono Familiar y su Incidencia en el Estado Emocional del Adulto Mayor de la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez de la Ciudad de Loja”, Ecuador 2012, el objetivo de la investigación es: Conocer como incide el abandono familiar en el estado emocional del adulto mayor de la Casa hogar del Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja, que permita plantear alternativas para minimizar esta

problemática social fortaleciendo su estado emocional – psicológico. Y cuya hipótesis es: El abandono familiar incide significativamente en el Estado emocional del Adulto Mayor de la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez, considerándose además que la razón por la cual ingresan a la institución es por abandono, así como el estado de ánimo que presenta el Adulto Mayor interno es de tristeza, lo que evidencia la incidencia del abandono familiar en el estado emocional de los adultos mayores.

Las conclusiones a la que arribaron los autores fueron: Las razones por las cuales ingresan los Adultos Mayores a la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez son varias, como la indigencia, transferidos de otros centros y por abandono, indicándose primordialmente este último factor el de elevado índice para su ingreso en la institución. Son varios los estados de ánimo que presenta el Adulto Mayor interno en el Hogar Daniel Álvarez desde la irritabilidad y tristeza, siendo más evidente el estado de tristeza, el mismo que incide en el estado emocional de los adultos mayores. La casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez no cuenta con una planificación acorde a las necesidades de cada Adulto Mayor enfocado a actividades ocupacionales y recreativas que favorezca la salud integral del Adulto Mayor Interno.

Julio Jorge Fernández Garrido “determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes”, España y Cuba. Cuyo objetivo de la investigación fue: conocer los niveles de calidad de Vida Percibida por los ancianos institucionalizados en Residencias de Tercera Edad. Y cuya hipótesis es; La Calidad de Vida Percibida por los residentes, depende más directamente de los aspectos subjetivos de la misma que de sus variantes objetivas. Es decir, que no

va a depender tanto de los aspectos relacionados principalmente con los factores materiales y económicos, como de los factores culturales, vinculados a la sensación de autonomía, seguridad personal, que influyen en su percepción. Por ello, cabe esperar que en un centro con menor dotación estructural puedan obtenerse niveles iguales, o incluso superiores, de Calidad de Vida Percibida que en otro con mayores recursos.

Y las conclusiones son; Se han revelado en primer lugar datos relacionados con el género que evidencian una diferente calidad de vida para hombres y para mujeres dentro del entorno residencial. Por otra parte, también hemos descubierto la presencia de dos ‘culturas residenciales’ antitéticas entre los residentes: la ‘Cultura de la Dependencia’ y la “Cultura de la Actividad”.

Ámbito nacional

Nery Heine Córdova Calle, (2010) “Calidad de Vida del Adulto Mayor”, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú .Chiclayo, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; Este trabajo tuvo como objetivo identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo.

Y las conclusiones del presente son; los adultos mayores referentes a la forma como perciben su satisfacción e insatisfacción de su vida. Esas voces se presentan muchas veces, como un tono sordo, de lamento, de expectativas, de posibilidades, de negatividad, de placer, de sufrimiento; tantos sentimientos que emergen de la forma como el adulto mayor percibe su calidad de vida y de la forma como la familia y la misma sociedad hace eco de ella.

Escuchar esas voces nos trae una comprensión más aproximada de un cuadro de la realidad que se presenta y se vive en los espacios construidos, por el adulto mayor y su contexto. En este estudio la calidad de vida del policía en calidad de retiro que asiste al programa del adulto mayor de la policía nacional del Perú, está determinado por la realización de su familia, a quien le otorga un amplio valor, principalmente en la forma como la familia los acoge y valora, dejando de lado el aspecto personal y su propio bienestar.

La dimensión familiar, se convierte en un factor determinante en el nivel de calidad de vida de este grupo de personas. Así, de acuerdo a la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares que generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determina un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su vida.

El adulto mayor peruano. Que influenciado por un contexto histórico social, se percibe así mismo. Como un ser de valía. siempre y cuando se sienta útil hacia los demás: en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos y americanos ,donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas ,culturales, sociales o de ocio, que no pudo hacerlo en su etapa de juventud; al contrario, la mayoría delos adultos mayores de nuestro país ,viven los últimos años apoyando en la vida familiar, haciendo encargos “menores” sobre todo de índole “de labores domésticas”, ayudando a cuidar a los nietos, barrer, hacer pequeños mandados, cuidar mascotas, etc.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar que las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar y explicar el tipo de relaciones familiares que se presentan con frecuencia en los hogares de los adultos mayores del centro poblado de Salcedo.

-Conocer y explicar la salud emocional del adulto mayor a nivel de la satisfacción con las actividades que realiza, optimismo y autopercepción en el centro poblado de Salcedo

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 LA FAMILIA DESDE EL ENFOQUE DE SISTEMAS

La familia se define como un sistema, es decir: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”, (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. Esta definición de familia supone un gran avance para el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema -conjunto, estructura, personas, interacción- y otras atribuibles a los sistemas sociales -abierto, propositivo, complejo-, además de las características específicas del sistema familiar -intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros- empezando por los términos que aparecen en la definición de sistema, vemos que la familia es:

Conjunto.

La familia es una totalidad, más allá de los miembros que componen la familia. Esta totalidad se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente. Esta cultura familiar fraguada con el tiempo da una identidad al grupo, fortaleciendo el sentido de pertenencia de sus miembros, dando respuesta a sus necesidades de filiación y contribuyendo a la construcción de la propia identidad personal frente al medio, respondiendo a la propiedad de homeostasis o morfostasis de la TGS según Ochoa de Alda (1995).

Estructurado.

La familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacción y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes; también incluye unas reglas que regulan las relaciones entre los familiares y las relaciones con el exterior y que indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar (Parson y Bales, 1955). Es importante el conocimiento de estas reglas, tanto explícitas como implícitas, que condicionan las propias relaciones familiares, para conocer y comprender a la familia y sentar las bases de cualquier tipo de intervención sobre ella, pues pueden incidir de forma significativa en cómo la familia hace frente a los problemas de cada uno de sus miembros y a su propia problemática como grupo.

Las reglas suelen ser acordes con los valores y creencias de la familia y regulan también la detección de las necesidades de sus miembros, la comunicación y las conductas de dar y recibir ayuda, que son de suma

importancia para conocer la funcionalidad del sistema. Las reglas responden a Metarreglas, que son reglas de orden superior, como por ejemplo la que regula la posibilidad de cambiar, o no, las reglas, o como la que establece reglas diferentes en función del género. En concreto, la metarregla que regula el cambio es de suma importancia, pues si se opone al cambio, bloquea el desarrollo familiar, e incluso la posibilidad de cambiar, aunque el cambio suponga mejorar la calidad del sistema. En esta línea apuntan Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) al hablar de la incapacidad de algunos sistemas para generar metarreglas que les lleven a reconocer las propias debilidades y cambiar sus metas, su roles o sus patrones de interacción. Las reglas de funcionamiento rígido e incuestionable se manifiestan en el propio repliegue de la familia hacia sí misma, pues cualquier cambio se percibe como una traición, como una amenaza o intromisión, hasta el punto de rechazar cualquier intervención guiada desde el exterior, como sucede con la terapia.

La estructura familiar supone que existe una o unas figuras que asumen el liderazgo, por tanto, ellas ejercen una mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares, y también en las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. El líder familiar ejerce también una mayor influencia en el modo de pensar, sentir y comportarse de los miembros de la familia. La estructura familiar es asimétrica y la funcionalidad del sistema requiere que así lo sea, siendo mayor la competencia en aquellas familias cuyo liderazgo recae en los adultos (Beavers y Hampson, 1990). La funcionalidad del sistema también es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin, 1984), mientras las familias caóticas, en primer lugar, y las

rígidamente autoritarias luego, generan modelos familiares con más carencias para el desarrollo y con menos satisfacción entre sus miembros.

Personas.

Desde la perspectiva sistémica se ha olvidado a menudo al sujeto psicológico en aras de la relevancia concedida a la interacción. No obstante, la psicología familiar y la psicología del desarrollo han retomado su papel dentro de la familia como sujeto activo con capacidad de modificar el sistema y de cambiar las metas y los procedimientos internos, sin que el sujeto quede reducido a un mero producto de la globalidad.

La principal crítica dirigida hacia el olvido del sujeto psicológico surge de la terapia familiar, al ver los sentimientos de culpa que se generan en la familia cuando se le asigna al sistema la responsabilidad de la patología de alguno de sus miembros: el paciente sintomático. La familia se resiste a asumir toda la responsabilidad de tener una hija anoréxica, una madre esquizofrénica o un padre con intentos de suicidio. Sin que la crítica suponga una vuelta a la causalidad unidireccional e individual, y conscientes de que no todos los miembros de la familia tienen el mismo poder para producir o generar el cambio, los estudios de enfoque sistémico reconsideran el papel del individuo.

En esta línea se mueve el constructivismo, paradigma de gran relevancia en psicología y que integran también los psicólogos sistémicos que estudian la familia. Entre ellos es Kriz (1994) quien con más precisión resalta el papel activo del sujeto, pues lo considera activo en tres dimensiones:

Como procesador activo de la información, como estímulo con impacto en el resto del sistema y como sujeto capaz de desarrollar una comunicación

autorreferente, es decir, capaz de entablar un diálogo interior. En la misma línea de defensa del individuo, la psicología del Desarrollo reivindica el fenómeno de la resiliencia (CyruLink, 2002) como un proceso de desarrollo, que supone una resistencia individual a los entornos adversos y devastadores, entre ellos a la familia; en los casos de resiliencia la persona se desmarca de los modelos que le ofrece la familia, buscando referentes o tutores más allá del entorno próximo, en los que se apoya para potenciar su desarrollo personal y social más allá de todo pronóstico.

Propositivo.

Desde esta concepción más ecológica, se puede hablar de sistema evolutivo como otra característica del sistema familiar, que en la terminología empleada en psicología es análogo a “sistema propositivo”, es decir, orientado a la consecución de determinadas metas. Las metas del sistema familiar son en principio asignadas socialmente, y luego interiorizadas; y son básicamente la protección y educación de los hijos y su integración en la comunidad como miembros activos.

Si bien esta doble meta es el denominador común de todas las culturas y momentos históricos, su concreción ha ido cambiando, y aún hoy es diferente en cada comunidad y en cada etapa de desarrollo de la familia. Además, a pesar de que siempre se ha considerado a la familia como un sistema orientado principalmente a la protección y desarrollo de los hijos, la protección es una meta que se hace extensiva a todos los miembros de la familia, especialmente a aquellos más frágiles o vulnerables: enfermos, mujeres, ancianos..., de modo que en las sociedades occidentales se han ido creando leyes y sistemas de protección orientados a que la familia proteja y vele por los derechos de todos.

Autoorganizado.

La familia plantea sus metas y los medios para lograrlas, de ahí que hablemos de un sistema autoorganizado. La familia es pues agente de su propio desarrollo, de sus propios cambios a través de estrategias, normas, recursos y procedimientos aportados por todos sus miembros, que van asimilando del mismo entorno en el que la familia se desenvuelve o bien de su particular historia familiar. Además la autoorganización se une a la capacidad de retroalimentación, es decir, de recabar información sobre el proceso de desarrollo familiar, sobre los niveles de logro de las metas y sobre la eficacia de las reglas y de las estrategias activadas a tal efecto.

La retroalimentación posibilita una autoorganización más eficaz, aunque no siempre las familias dominan estas competencias, y al valorar su funcionalidad surgen distorsiones cognitivas en la valoración de resultados o de medios, y encontramos resistencia al cambio para reorganizar el sistema. Esta idea de autoorganización guarda estrecha relación con el término autopoiesis definido por Maturana y Varela, que significa también una resistencia a los cambios que provienen del exterior, para los que la familia desarrolla procesos de asimilación e integración de lo nuevo en la estructura existente y de rechazo a lo que se considera extraño al sistema. (Maturana y Varela, 1990). La autopoiesis explica también la ya mencionada resistencia al cambio que vemos en terapia familiar, que encuentra muchos sistemas familiares con episodios de crisis recurrentes o con estructuras disfuncionales que se mantienen a pesar de su poca eficacia, o incluso a pesar del sufrimiento que generan.

Interacción.

Los miembros de la familia permanecen en contacto entre sí a partir de una serie continua de intercambios que suponen una mutua influencia bidireccional o circular, que tiende a mantenerse estable. Este rasgo de circularidad, unido a la idea de totalidad a la que anteriormente hemos aludido, es en nuestra opinión uno de los rasgos que ha servido de apoyo a las terapias e intervenciones de origen sistémico, contribuyendo a debilitar las terapias centradas en la causalidad lineal y en la persona. Por el contrario, las terapias sistémicas tratan de cambiar el sistema familiar, más que a los miembros designados como enfermos - pacientes sintomáticos- y a reestructurar las interacciones que implican a todos, adultos y niños, enfermos y sanos, dominantes y dominados, porque todos contribuyen a configurar el sistema.

Abierto.

Desde el punto de vista termodinámico y de la organización, los sistemas se clasifican en abiertos o cerrados, según se intercambie, o no, energía, materia o información con el exterior del mismo. Los sistemas vivos, como los organismos o los ecosistemas, se consideran sistemas abiertos, y también la familia se puede considerar como sistema abierto (Musitu et al., 1994), en tanto que presenta unos límites permeables a la influencia de otros sistemas, como pueden ser la escuela o el barrio. La familia, como sistema abierto, significa que está en continua interacción con otros sistemas. Existe, por lo tanto, una vinculación dialéctica respecto a las relaciones que tienen lugar en el interior de la familia y el conjunto de relaciones sociales; aquellas están condicionadas por los valores y normas de la sociedad de la cual la familia forma parte.

Malde (2012), para la psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que es considerada un subsistema social que hace parte del macro sistema social denominado sociedad; esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad.

De otro lado, se podría definir a la familia según la psicología como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Son fines de la familia, bajo este aspecto:

- Proporcionar a todos y a cada uno de sus miembros, seguridad en el campo afectivo.
- Preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos.
- Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad.
- Manejar bajo esquemas adecuados las crisis, angustia y en general las emociones y frustraciones, a través del autocontrol.
- Dirigir el desarrollo personal hacia la independencia.
- Canalizar energías y manejar impulsos, la violencia y autoritarismo.
- Proteger a todos sus miembros y prepararlos para la independencia a través de la educación y el respeto.

2.1.1 FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA

-Socialización

-Cuidado

-Afecto

-Estatus

-Reproducción

Para este estudio se tomara en cuenta dos funciones que detallaremos a continuación:

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera cuidadosa y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar.

Alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

2.1.2 FAMILIA DISFUNCIONAL

Hunt (2007), menciona que una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los miembros de la familia que inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente en la familia. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

Además, se habla de familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, los abuelos, los tíos, un trabajador social, entre otros.

Debemos explicar que la palabra disfuncional nos dice que la familia 'no funciona', es decir, no cumple las labores que le atribuye la sociedad, pero esto no es tan literal. Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven.

Considerando lo señalado en todo este apartado, es necesario tener presente el valor que tiene la familia como sistema, el cual permite que un individuo se introduzca a la sociedad, es por ello necesario adentrarnos un poco en dicho tema.

2.1.3 FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Minuchin (1977), la terapia familiar sistémica se ocupa de los problemas dentro del funcionamiento de la familia. Se tratara de profundizar dentro del sistema familiar, con el fin de comprender las reglas invisibles que rigen su funcionamiento, el mapa de relaciones entre los miembros de la familia o subgrupos cercanos, donde además se podrá analizar las disfunciones dentro de la familia, logrando establecer patrones más saludables.

Además afirma que el problema no reside en el individuo, sino en la dinámica de las relaciones y en la forma en que se estructuran los vínculos dentro del sistema familiar.

Es por ello que los objetivos que persigue la terapia sistémica enfocada en el adulto mayor estarían enfocados a:

- Evitar que se aparte o aislé del grupo social o familiar totalmente.
- Ayudar a encontrar alguna función dentro del entorno que ahora lo rodea.
- Permitirle la revisión y relectura de su vida en forma positiva.

El enfoque sistémico se distingue de los otros enfoques por su manera de comprender las relaciones humanas. La persona no es el único elemento analizado en el proceso ya que el psicoterapeuta se da importancia también a diferentes sistemas como lo son el área familiar, profesional, social, etc. Al punto que toda dificultad psicológica tiene que ver con una perturbación en las comunicaciones interpersonales.

Es decir que a diferencia de las psicoterapias tradicionales que enfocan sus teorías y explicaciones en la investigación de los orígenes de las dificultades psicológicas, el enfoque sistémico se interesa en la manera en que los problemas se manifiestan en el presente, y utiliza el contexto de la vida actual de los pacientes para resolverlos.

La idea fundamental del enfoque sistémico es que las personas adulto mayores no son las que están enfermas, sino que es el conjunto de relaciones y situaciones en las que está inmerso el individuo es lo que está enfermo, o es inadecuado. Evidentemente, son las personas las que se sienten mal y presentan los síntomas llamados patológicos, pero no porque estén enfermos sino porque han entrado en situaciones y relaciones que las debilitan, las entristecen y las conducen a vivir en malestar.

Esta prioridad que se le da a la interacción, a las relaciones, es una característica esencial del enfoque sistémico, por ello es importante atender el conjunto de percepciones, decisiones y maneras de ver el mundo que llevan a la persona a entrar en situaciones que no le convienen, pues lo debilitan, es decir lo enferman. Por ende el punto de partida es que toda conducta es comunicación, y que es imposible no comunicar.

La institucionalización del paciente anciano por decisión de sus familiares conlleva a una transformación en su red social, donde la dirección de la comunicación entre el anciano residente y su red tanto como primaria e institucional suele manifestarse unidireccional, es por ello que la terapia sistémica permitirá la creación de nuevas redes de comunicación y la consolidación del apoyo del grupo que se encuentra en las mismas condiciones donde se lograra soporte en cuanto a la contención que el grupo familiar ya no lo puede hacer.

2.1.4 CONFIGURACIONES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES

Herrera (2002), según cálculos obtenidos a partir de los censos, se puede constatar que más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares extensos, con presencia de otros familiares, especialmente hijos. En 2002 un 48% de la tercera edad encabezaba como jefe o pareja un hogar con presencia de otros familiares y/o no familiares de distintas edades y un 12% vivía en casa de otros en posición principalmente de padres o suegros (es decir, estarían “allegados” en hogares de otras personas). Un 30% de los adultos mayores vive en hogares independientes (18% en pareja y 12% solos) y un 10% de los hogares corresponden a formas compartidas, por ejemplo, hermanos o amigos.

Y que, en general los adultos mayores no tienen buenas relaciones con sus familiares. Debido a que los vínculos con los hijos se suelen debilitar con la edad. Es decir el hogar se convierte en un espacio de marginación, falta de solidaridad

2.2 RELACIONES FAMILIARES

Heredía (2010), las relaciones familiares son el resultado de la interacción dinámica que se produce de forma continua y relativamente estable entre los miembros de la familia, a través del intercambio material y espiritual necesario para el cumplimiento de las funciones familiares.

A su vez manifiesta que es representado desde el punto de vista de la familia que trabaja como un sistema flexible donde se manifiestan la fuente nutriente de los más profundos sentimientos humanos positivo o negativo, de amor, odio, contención, discriminación, desprotección, seguridad, inseguridad donde la familia es un grupo con un espacio y un tiempo compartido, donde cada sujeto tiene su propia representación interna de lo que constituye su dinámica familiar, donde la tarea del grupo es la reproducción social de la vida según funciones y roles.

Palacios (2004), manifiesta que las relaciones familiares son aquellas que se desarrollan y se fortalecen mediante una comunicación fluida, clara y enriquecedora para sus miembros. Sin una comunicación fluida las relaciones familiares cambian, se vuelven conflictivas; así mismo se rompen las relaciones entre los miembros de la familia.

Torres (2008), las relaciones familiares, son el tejido de las relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, que se genera entre los miembros de la familia, de acuerdo a la comunicación que se da dentro del hogar.

Rodríguez (2009), las familias deben basarse en la transición de valores como la tolerancia, cariño, respeto mutuo y la cooperación entre todos los miembros de la familia, la comunicación familiar es muy importante para el desarrollo y la armonía de la familia dentro del hogar, si la relación entre los miembros es

afectuosa y el ambiente del hogar es armoniosa cada miembro de la familia sentirá deseos de superarse.

Estableciendo relaciones familiares armónicas, donde la relación familiar es positiva, clara, directa, continua, asertiva para la convivencia familiar con los valores y la comunicación fluida entre los miembros de la familia, transmitiendo sus emociones y estados de ánimo, que se desarrolló en el escuchar, como en el hablar, en fin que represente una ventana abierta a los demás, comprensivo porque cada miembro de la familia sabe cuál es su papel, generando así un sentimiento de pertenencia, tolerancia y entendimiento que permita a cada miembro de la familia la seguridad, confianza para el desarrollo personal y familiar. Conflictiva donde suelen provocar confusión porque los miembros de la familia a un buen entendimiento, comprensión y comunicación asertiva, afectando la armonía de los miembros de la familia además puede generar tensiones, problemas, discusiones, preocupaciones, peleas.

Bowlby (1990), afirma que el intercambio afectivo es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo el afecto es clave para comprender la dinámica familiar. Sin ello las relaciones se romperían entre los miembros de la familia.

De acuerdo a los anteriores autores se puede decir que las relaciones familiares son interacciones entre los miembros de la familia a través de la comunicación, práctica de valores en la convivencia familiar en donde dichas reglas regulan las funciones que tienen los miembros de la familia.

2.2.1 RELACIONES FAMILIARES EN EL ADULTO MAYOR

Sánchez (2010), las relaciones son muy importantes para los adultos mayores, la familia es aun la fuente primaria de apoyo emocional. Es así que las relaciones entre hermanos se vuelven más estrechas al final de la vida que a comienzos de la edad adulta, en particular las hermanas hacen el esfuerzo de mantener esos lazos.

Además los matrimonios que subsisten hasta el final de la edad tardía tienden a ser relativamente satisfactorios, pero las dificultades surgen en aspectos de personalidad, salud y cambio en los roles, que pueden requerir ajustes de ambas partes.

Durante la vejes, las relaciones personales y familiares siguen siendo un aspecto fundamental en la vida de las personas, en esta etapa más que en otras, se suelen acumular pérdidas afectivas. El grupo familiar cercano suele verse reducido debido a las exigencias de la sociedad actual y la forma en que se organiza el cuidado de los mayores ya no es exclusivo de la familia sino que tiende a compartirse con otros apoyos más formales.

Las relaciones del adulto mayor con la familia cambian porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos cuidando a los nietos, transfiriendo recursos económicos y/o permitiendo el allegamiento de sus hijos y sus familias en sus viviendas. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones familiares se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano a una residencia.

2.2.2 RELACIONES FAMILIARES Y VIDA AFECTIVA EN EL ADULTO MAYOR

Sánchez (2010), en el adulto mayor se da una frecuente regresión afectiva por lo que fácilmente tiende a establecer de nuevo una antigua relación de dependencia de alguien que lo proteja, esta regresión hace que busque de alguien que comprenda su necesidad acentuada de afecto, de seguridad, y que le haga sentir que no es inútil para la sociedad, sino que sigue teniendo su propio valor por sí mismo, el valor de todo ser humano en cualquier momento y condición de vida: Un hombre capaz todavía de amar, servir, de dar.

2.2.3 TIPOS DE RELACIONES FAMILIARES

Rodríguez (2009), denomina tipos de relaciones familiares a:

-Relación familiar distante: Las relaciones son separadas por actividades que realizan los miembros de la familia, no se practican las normas, los límites establecidos por diferentes circunstancias, los integrantes de la familia se alejan y no logran relacionarse de manera adecuada.

-Relación familiar conflictiva: Las relaciones son frías y tirantes, la comunicación que se da entre ellos es negativa, sus miembros apenas se toleran y rara vez tienen contacto entre ellos. El clima de conflictos que viven estas familias genera una alta dosis de violencia intrafamiliar.

-Relación familiar armoniosa.- Este tipo de relación muestra mayor disponibilidad en cuanto a la realización de los quehaceres del hogar, comparten responsabilidades dentro de la familia para establecer una relación asertiva, una comunicación clara, directa con sus hijos para resolver los problemas y necesidades de la familia.

2.3 COMUNICACIÓN FAMILIAR

Méndez (2005), plantea que la comunicación es el proceso vital mediante el cual un organismo establece una relación funcional consigo mismo y con el medio que lo rodea, refleja su propia integración de estructuras y funciones, de acuerdo con las influencias que recibe del exterior en un permanente intercambio de información y conductas, en ese entender la comunicación en una familia debe ser recíproco ya que sirve de punto de partida para establecer situaciones vivenciales.

Magaña (2006), por su parte, insiste que la comunicación permite que el ser humano se exprese como es, a la par que interactúa con sus semejantes; dicha interacción potencia el desarrollo individual, cultural, y social de las diferentes comunidades en tanto existe retroalimentación e intercambio en las ideas, sentimientos y deseos.

Sánchez (2010), el adulto mayor necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad.

2.4 SALUD EMOCIONAL

Garzón (2000), la salud emocional es el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores. Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de sí mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana.

Hay (2001), las emociones son inherentes a nuestro ser desde antes del nacimiento. Ellas revelan quiénes somos y cómo nos sentimos. Por lo que dependerá en gran medida de la relación con nuestro entorno, es decir, con amigos, con la familia, del rol que desempeñemos y de las expectativas de vida que tengamos.

Ahora bien, el bienestar de cada ser está estrechamente vinculado a sus emociones. Muchos estudios revelan que la inestabilidad emocional desencadena innumerables tipos de sufrimientos y padecimientos, justamente por esa función adaptativa del organismo a lo que lo rodea. Por ello, al ser las emociones estados afectivos, indican cambios internos relacionados con nuestros anhelos y querencias, pero también con nuestras carencias y necesidades, tal y como lo sostiene la autora quien habiendo investigado durante décadas al ser, sus emociones y padecimientos.

De tal manera que las emociones son básicas e inseparables del ser y su sentir. Ellas están inmersas dentro de cualquier actividad diaria que ejecuta el ser humano, desde las etapas más tempranas de su formación, hasta la etapa de la senectud.

Las emociones son la muestra de que existimos y de que esa existencia se ve afectada de manera positiva o negativa por nuestro entorno familiar, laboral o académico y se presentan de manera ordenada a lo largo de nuestra existencia, dependiendo de la etapa de desarrollo donde nos encontremos, es decir, infancia, adolescencia, juventud, adultez o senectud.

Retana (2012), tener salud emocional implica un estado de paz interior que permite gestionar adecuadamente diversos ámbitos de la vida y que se vincula a

la energía que un individuo posee para alcanzar los propósitos en los que cree. Se trata del bienestar psicológico integral.

Agrega además que las personas que logran un buen estado de salud emocional tienen una mejor gestión de sus emociones y de su comportamiento. Están mejor preparadas para manejar la adversidad, construir relaciones sólidas, y llevar vidas productivas y plenas.

2.4.1 SALUD EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Sánchez (2010), cuando los adultos mayores entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como lo han vivido sin arrepentimientos y creer que lo hicieron lo mejor posible.

El adulto mayor emocionalmente sano sabe cuándo aceptar los cambios y cuando oponerse al mismo, cuando sentarse en silencio y cuando luchar, sabe aceptar sus limitaciones y de esa manera llegar exitosamente a esta nueva etapa.

En la etapa de la senectud, el adulto mayor, se encuentra en una fase de crecimiento personal, emocional y psicológico, donde se realiza el recuento y meditación de lo que se ha vivido y donde se experimenta inigualable satisfacción por la vida que se ha conseguido y por los logros personales. Se hace también reflexión y reconocimiento de los fracasos y errores, constituyéndose la vejez como una etapa de la aceptación y renovación del ciclo vital, para el logro de una vida digna y plena.

Cuando éste logra insertarse en el ambiente familiar, sus lazos afectivos suelen ser más dinámicos y expresivos. Por ser el hombre de naturaleza

social, el adulto mayor buscará formas de permanecer en constante conexión con los demás seres de su entorno. Por esta razón, la familia se vuelve un factor de suma importancia para la concreción de las relaciones socio-afectivas dentro del hogar. En otras palabras, un buen balance socio-afectivo constituye la base primordial en el moldeo y la construcción de la salud emocional de los adultos mayores.

El mal proceder de algún miembro de la familia, una mala palabra, un gesto despreciativo e incluso no emitir juicio alguno e ignorar al adulto mayor genera en éste un sin fin de emociones negativas que lo conducen a un estado depresivo y de negatividad importante. Estar inmerso dentro de este tipo de emociones conlleva al individuo a sentirse preocupado, derrotado, estresado, hostil, agresivo, resentido, desesperanzado, y con una actitud negativa ante la vida.

Por esta razón el adulto mayor mantiene niveles en su autopercepción negativa más altos que en los periodos anteriores; así mismo una de sus mayores preocupaciones en esta etapa de vida, es la representación de la muerte como evento próximo, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

Sabogal (2012), la salud emocional del individuo dependerá de la relación del adulto mayor con su entorno, es decir, con sus amigos, con la familia, del rol que desempeñe y de las expectativas de vida. Sin embargo, Existen familias que no logran un equilibrio o estabilidad. Que al investigar

su origen se encuentra en que las familias no están ejerciendo el rol que tienen.

Los adultos mayores emocionalmente sanos controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de si mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana, manteniendo un estado de equilibrio y búsqueda de actividades que proporciona felicidad y le permite al individuo mejorar su vida.

El bienestar deseado, entonces, se obtiene mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación de los componentes del bienestar en cualquier nivel del proceso salud-enfermedad. El mismo está en función de la predominancia de las experiencias afectivas positivas sobre las experiencias afectivas negativas.

2.4.2 FACTORES DE LA SALUD EMOCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Hay (2001), menciona como factores de la salud emocional: la satisfacción, optimismo, autopercepción, etc.

Autopercepción:

Cuando el adulto mayor atraviesa la barrera de los 65 años, mantiene niveles en su autopercepción negativa más altos que en los periodos anteriores. De algún modo debemos tener en cuenta como el sujeto, según aumenta su edad, va sufriendo una involución en sus características físicas y psíquicas que tiene como consecuencia un deterioro mayor en la propia percepción que en otras edades debido al hecho de que las personas no

aceptan los valores negativos y estereotipados del estatus del anciano, y que por tanto no son capaces de asumir el fenómeno del envejecimiento.

Satisfacción

Córdoba (2014), el adulto mayor peruano, se percibe así mismo como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de ocio que no pudo hacerlo en su etapa de juventud. Al contrario, la mayoría de adultos mayores de nuestro país, viven los últimos años de su vida apoyando a la vida familiar.

Las familias que tienen un adulto mayor en casa, lo ocupan haciéndolos encargos menores, sobre todo de índole de labores domésticas, ayudando a cuidar los nietos, barrer, hacer pequeños mandados, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinden una sensación de sentirse útil, y por ende un nivel de satisfacción de vida. Como se mencionó anteriormente. Esta realidad contrasta con la forma como viven en otros países, donde el adulto mayor, cuenta con espacios de sano esparcimiento, de desarrollo de habilidades, enfatizando en esta etapa de vida el desarrollo de su máxima potencialidad, dejando quizá entrever una mejor calidad de vida.

La forma como vive el adulto mayor en el Perú es consecuencia de una falta de definición respecto al rol que deben desarrollar estas personas en el medio familiar y social. Para explicar mejor este hecho. Podemos afirmar

que nadie duda, que el niño tiene como única obligación jugar y estudiar; el adolescente principalmente busca estudiar y prepararse para su futuro. Los jóvenes orientan sus objetivos a formar una familia e iniciar un trabajo que les garantice su futuro. Sin embargo ¿qué hacen, los adultos mayores? ¿Cuál es el rol que la sociedad espera de ellos? No es fácil de dar una respuesta rápida, lo primero que se nos ocurre es que ayudan, apoyan en la casa o en pequeños mandados; sin embargo, nos hemos puesto a pensar. Si ese rol les ayuda a tener una satisfacción plena de su vida.

Esta indefinición de rol social del adulto mayor ocasiona que la familia directa u otras personas, exijan de él, actividades que no le corresponde; al contrario muy pocos se preocupan de cumplir con su responsabilidad. De velar por su salud, llevándolos a sus controles o permitirles que salgan a lugares de esparcimiento y recreación, darles las facilidades para desarrollar sus habilidades, hacer una vida social activa y tener su propia independencia en el seno familiar.

En muchas ocasiones e influenciado por este contexto, son los mismos adultos mayores que perciben como natural vivir una vida dependiente de otros y no necesariamente de la forma como ellos quisieran vivir e incluso. Sucede con algunos adultos mayores pensionistas que su sueldo no lo disfrutan ellos, sino sus familiares.

Optimismo

El optimismo no es sólo un requisito para la supervivencia, sino además una condición indispensable para una vida plenamente humana: como una de las mejores armas para adaptarnos al medio y transformarlo. Que

permite que las personas sean capaces de superar el infortunio y esperar que el futuro le depare resultados favorables.

Sin embargo para el adulto mayor, una de sus mayores preocupaciones en esta etapa de vida, es la representación de la muerte como evento próximo, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

2.4.3 CLASIFICACIÓN DE LA SALUD EMOCIONAL

-Salud emocional estable

Escaño (2014), las personas con salud emocional estable tienen un mayor control de sus emociones y no se ven afectadas con facilidad por los problemas o reveses de la vida, tienen un enfoque realista de la vida, son pacientes, tranquilas, perseverantes y confiables. Son personas emocionalmente maduras, con una buena capacidad para manejar sus emociones y planear su vida, resistir sus impulsos y funcionar de una manera flexible y a la vez controlada. Saben afrontar la realidad sin huir de ella. Y se ha relacionado con una mayor satisfacción en las diversas áreas de la vida así como con la capacidad de manejar la propia vida en general.

Aunque puedan sentirse mal de vez en cuando, por lo general suelen estar libre de emociones negativas persistentes. Cuando experimentan un nivel de estrés considerable y, por tanto, emociones negativas más intensas, son también capaces de controlarlas sin dejarse llevar por ellas y reponerse con facilidad, dejando atrás el

pasado. Toleran bien el estrés de la vida, los problemas y dificultades sin sentirse especialmente ansiosas, tensas, enfadas, tristes o indefensas, siendo capaces de mantener la compostura en estas situaciones.

-Salud emocional inestable

Escaño (2014), la inestabilidad de la salud emocional es una característica de la personalidad, quien la sufre cambia constantemente de estado de ánimo sin causa aparente ni razonable.

Las personas inestables emocionalmente no toleran las frustraciones. Es decir, si algo no va como a ellos les gustaría que fuese despliegan una serie de respuestas emocionales y conductuales muy intensas y extremas como la ira, la agresividad (ya sea con uno mismo o con los demás), problemas de comunicación y pocos recursos para afrontar situaciones difíciles. Son además personas muy impulsivas, no piensan las consecuencias antes de actuar y luego se encuentran con más problemas de los que tenían que, a su vez, tampoco saben gestionar, lo que les lleva a ser muy dependientes emocionalmente.

La salud emocional o salud mental es el bienestar psicológico general. Incluye la manera de sentirse hacia uno mismo, la calidad de las relaciones y la capacidad para manejar los sentimientos y hacer frente a las dificultades.

La salud mental y emocional se refiere a la presencia de características positivas, como autoconfianza, alta autoestima, capacidad para lidiar con el estrés y recuperarse de la adversidad, gusto por la vida, capacidad para reír y divertirse, capacidad para

construir y mantener relaciones satisfactorias y flexibilidad para aprender cosas nuevas y adaptarse a los cambios, entre otras.

Estas características positivas de la salud emocional permiten participar en la vida plenamente a través de actividades significativas y relaciones sólidas. Además, estas características positivas también ayudan a hacer frente a retos y tensiones de la vida.

La salud emocional es un pilar muy importante en cualquier momento de la vida, por ello, conviene pedir ayuda especializada ante posibles dolencias emocionales que limitan la vida del sujeto. Desde el punto de vista general existen algunos rasgos saludables para potenciar el bienestar: descanso, compartir tiempo con los amigos, una alimentación saludable, caminar y hacer deporte, los Abrazos.

La buena salud emocional no es sólo la ausencia de problemas de salud mental. Estar mentalmente o emocionalmente sano es mucho más que estar libre de la depresión, ansiedad u otros problemas psicológicos.

Font (1983), la salud emocional es aquella manera de vivir que se da cuando la persona va alcanzando la propia realización - un "buen ser" individual y social- mediante un proceso dinámico que parte de unas capacidades genéticas en constante interacción con el medio.

2.4.4 EL PAPEL DE LA RESILENCIA EN LA SALUD EMOCIONAL

Retana (2012), estar emocionalmente sano no significa no pasar por malos momentos o experimentar problemas emocionales. La diferencia es que las personas con buena salud emocional tienen una gran capacidad para recuperarse de la adversidad, el trauma y el estrés. Esta capacidad se

denomina resiliencia . Los adultos mayores que están emocionalmente sanas tienen las herramientas para hacer frente a situaciones difíciles y mantener una actitud positiva.

Uno de los factores clave en la resiliencia es la capacidad de equilibrar el stress y las emociones. La capacidad de reconocer las emociones y expresarlas adecuadamente ayuda a evitar quedarse atascado en la depresión, la ansiedad u otros estados de ánimo negativos. Otro factor clave es tener una red de apoyo fuerte. Tener gente de confianza a la que poder acudir en busca de aliento y apoyo, aumentará la capacidad de recuperación en tiempos difíciles.

Las personas que están mental y emocionalmente saludables tienen las siguientes características:

- Un sentimiento de satisfacción.
- Un entusiasmo por la vida y la capacidad de reír y divertirse.
- La capacidad de lidiar con el estrés y recuperarse de la adversidad.
- Un sentido de significado y propósito, tanto en sus actividades como en sus relaciones.
- La flexibilidad para aprender cosas nuevas y adaptarse al cambio.
- Un equilibrio entre el trabajo y el juego, el descanso y la actividad.
- La capacidad de construir y mantener relaciones satisfactorias.
- confianza en sí mismo y una autoestima alta.

Estas características positivas de la salud mental y emocional te permiten participar en la vida a través de actividades productivas y significativas. Estas características positivas también te ayudan a hacer frente los desafíos de la vida.

2.5 ADULTO MAYOR

Gómez (2006), menciona que “el adulto mayor es la persona que pasa la edad de los 65 años, que experimenta un conjunto de cambios psicológicos, sentimientos de temor, hostilidad, inseguridad, desasosiego, ansiedad o depresión”.

Por lo general, se considera adultos mayores, por haber alcanzado este rango de edad y son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad. Etapa de la vida que se considera a la última en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas adultas mayores que han dejado de trabajar o bien se han jubilado, su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto a los problemas de salud asociadas a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad, El concepto presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un (AM) adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van

deteriorando. Actualmente se vive un proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial.

La cantidad de adultos mayores de 65 años de edad se ha incrementado en los últimos 20 años de 150 a 370 millones de habitantes. En México en el año 2010 el 9.4 % de la población tienen arriba de 60 años (cerca de 10 millones de habitantes) y el 6.6% tiene más de 65 años de edad y de acuerdo a las proyecciones del banco mundial, se calcula que para el año 2050 sobrepase los 35 millones.

El incremento absoluto y proporcional de adultos mayores es explicado por una parte por la disminución de la tasa de natalidad, y al mejor control sanitario de procesos infecciosos agudos, lo que lleva a la disminución en la morbilidad y mortalidad principalmente infantil y con ello permite que un mayor número de infantes alcance la edad adulta, y por otra, a un mejor control médico, cuidados de enfermería y en general del personal de atención a la salud, de los procesos crónicos y de enfermedades degenerativas, situación conocida como transición epidemiológica.

Lo anterior tiene como consecuencia una transición demográfica ya que apreciamos incremento en la esperanza de vida y longevidad de la población, lo que genera una inversión de la estructura de la pirámide poblacional.

El incremento en la población de adultos mayores tiene impacto en diversas esferas, como es en el ámbito de la Salud, ya que el individuo al vivir más años tiene más tiempo para manifestar más enfermedades, problemas crónicos y discapacidades que le llevan a requerir atención médica y de enfermería, medicamentos y atenciones de rehabilitación. También existe impacto social y

económico, ya que por una parte, la necesidad de atenciones en salud implican gastos personales y de las instituciones de salud, y por otra, dada la realidad laboral del país que privilegia las oportunidades de trabajo a personas jóvenes, el 72.3% de mayores de 65 años no contribuyen a la producción económica del país por no tener trabajo, por lo que se observa que un porcentaje elevado no tienen ingresos económicos, y de los que reciben por alguna vía un ingreso, este es mínimo e insuficiente .

La estructura familiar también resiente este fenómeno de transición demográfica, porque se vuelven el sustento de los adultos mayores ya que al no tener ingresos, y al tener enfermedades y/o discapacidades, se ven en la necesidad de depender económica y físicamente de la familia y/o amigos.

La parte más importante, es el impacto personal, ya que por causa de sus problemas de salud, discapacidades y dependencia física y económica, el adulto mayor está en riesgo de cursar con depresión, desánimo y una percepción de la vida negativa, lo cual a su vez le hace sentirse como una carga y aislarse, o ser objeto de alguna forma de discriminación o hasta violencia social y/o familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido como un estado aceptable de salud para el adulto mayor, la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno familiar y de la sociedad, lo cual le permite de una forma dinámica realizar sus actividades de la vida diaria; es decir, es un enfoque de salud centrado en el concepto de preservar la calidad de vida bajo la premisa de que es necesario buscar la salud integral, y en donde la funcionalidad física, mental, y social constituyen los indicadores objetivos fundamentales del concepto de salud bajo un enfoque geriátrico y gerontológico.

La misma OMS define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”.

Para poder evaluar la calidad de vida, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye los niveles intelectual, emocional, familiar, vida física, vida social, vida económica, vida espiritual, vida laboral. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”

El estudio del bienestar en el seno de la psicología se remonta a la década de los sesenta, y ha desarrollado dos vertientes, por una parte, el estudio del bienestar subjetivo que trata de cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva, esto es, la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones). Se inscribe dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad, satisfacción con la vida y afectos positivos o negativos que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia.

Se ha entendido también como una expresión de la afectividad, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida,

y como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos. Es en suma, un balance global que hace la persona sobre su satisfacción con la vida, el grado en que evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva.

Por otra parte, el estudio del bienestar psicológico, que es más reciente, y se ha centrado en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir las metas personales, habiéndose propuesto seis dimensiones psicológicas para su medición, que son:

- Autonomía
- objetivos vitales
- auto-aceptación
- relaciones positivas con otros
- dominio ambiental
- crecimiento personal

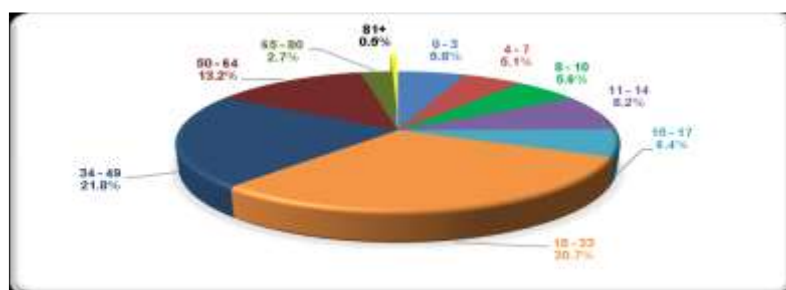
Entre los dominios que exploran los diferentes instrumentos que miden calidad de vida, se encuentra la dimensión emocional, que tiene un vínculo estrecho con el dominio de salud, y es un vínculo mutuo ya que la dimensión emocional afecta a la salud y las alteraciones en salud afectan el dominio emocional.

Grupos de edad en el centro poblado de Salcedo.

El análisis del crecimiento de la población por grupos de edad, advierte un comportamiento diferenciado en los grupos etarios. Este comportamiento define la estructura por edad, lo mismo que se puede visualizar, gráficamente, mediante pirámides de población.

Gráfico N°01

Centro poblado de Salcedo: grupos de edad al 2014



Fuente: Encuesta Socio Económica – 2014

Grupos de 65 a más años, que considera a los segmentos de población (ancianos y jubilados) que teóricamente no participan y aportan en las actividades económicas; sin embargo, en el medio rural este segmento de la población sigue participando activamente en las labores de las actividades agropecuarias. Este grupo de edad está compuesta de 18,148 habitantes, que representa el 7.92% de la población de la provincia de Puno, comparativamente resulta ligeramente superior al presentado el año 1993 que es de 6.42%; este grupo demanda asistencia, apoyo social, recreación y en algunos casos una pensión equitativa.

La jubilación también constituye un tema preocupante en este período etéreo, ya que muchas mujeres y hombres llegan a la edad establecida, sintiéndose aún a plenitud para seguir desarrollándose dentro del ámbito laboral. Frecuentemente

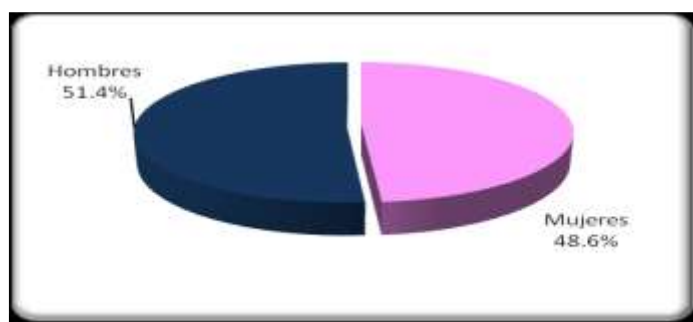
se encuentran personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. A pesar de que ellos se aprecian bien a sí mismos, la sociedad les dice por medio de la jubilación, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. Este sentimiento en la mayoría de las ocasiones le trasfiere al anciano una gran frustración que muchas veces suele acompañarlo en su diario vivir, entorpeciendo su eficiente desenvolvimiento posterior a la jubilación.

Estructura poblacional por sexo

Respecto a la población por sexo del centro poblado Salcedo, el ámbito propuesto para la creación del nuevo distrito urbano, el comportamiento es diferente, pues la población femenina alcanzó el 48.6% y la masculina el 51.4%, según los datos de la encuesta socio económica.

Gráfico N°02

Centro poblado de Salcedo: Estructura poblacional por sexo 2014



Fuente: Encuesta Socio Económica – 2014

2.5.1 DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Sánchez (2010), las múltiples patologías que afectan a los adultos mayores, la depresión constituye un importante problema de la salud emocional y mental por su mayor gravedad, elevado riesgo de suicidio y la

influencia que esta tiene sobre las otras patologías orgánicas agravándolas.

Entre los acontecimientos vitales desencadenantes se considera el duelo, un determinante primordial de las depresiones en la ancianidad, es este el periodo vital, donde ocurren importantes pérdidas de seres queridos: la propia pareja, los hermanos y amigos.

2.5.2 SUICIDIO EN ADULTOS MAYORES

Sánchez (2010), el suicidio es más común entre los adultos mayores que en cualquier otro grupo de edad.

Los pensamientos de suicidio en adultos mayores suelen asociarse con enfermedades psiquiátricas o síntomas Psiquiátricos, sobre todo depresión, sin embargo, la incapacidad física, el dolor, los problemas sensoriales, la institucionalización y estar soltero se asocian con pensamientos suicidas en el anciano, incluso cuando la depresión está controlada.

Los ancianos pueden estar especialmente predispuestos a conductas que, aunque no sean directamente suicidas aumentan la probabilidad de morir, como el rechazo a comer con el fin de morir de hambre o no tomar la medicación prescrita.

2.5.3 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE ADULTO MAYOR

Sánchez (2010), sin la intención de abarcar todas las aristas de esta etapa de la vida, ni pretender agotar las posibles condiciones que la caracterizan, señalemos algunos elementos que permitan comprender cuáles recursos se demandan en función de los retos a enfrentar en este período.

-declive y deterioro cognitivo: influencias en el proceso de envejecimiento

Al estudiar el clásico patrón de envejecimiento se hace referencia a un declive del funcionamiento cognitivo. Aunque la variabilidad interindividual es notable, existen sujetos que no sufren ningún declive, mientras que otros muestran más amplios y extensos decrementos en su funcionamiento intelectual.

En el proceso de envejecimiento la acumulación de experiencias, puede notar un incremento o por lo menos se mantendría, mientras que la inteligencia fluida tiende a declinar con el paso de los años, ya que la misma depende de la capacidad de evolucionar y adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas. De este modo se explica que la memoria (por lo menos la de largo plazo) y el conocimiento experiencial se convierten en los principales recursos cognitivos a que apelan las personas a medida que envejecen para afrontar tareas que involucren sus capacidades intelectuales.

- mundo afectivo-emocional: pérdidas y ganancias

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida es la representación de la muerte como evento próximo, la cual también debe tenerse en cuenta desde una concepción del desarrollo humano, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo explicativa - causal, que nos permite estudiar el porqué de las cosas, hechos, fenómenos y probar hipótesis

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación es hipotético – deductivo, es el procedimiento que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El mismo que enfatiza la medición y procesamiento de datos según el objetivo planteado en la investigación.

3.3 MÉTODO ESTADÍSTICO

Para la comprobación de la hipótesis planteada se utilizó el método estadístico de chi – cuadrado, haciendo el baseado de datos, dado que la información es tratada con variables cuantitativos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos de investigación que se utilizó son las siguientes: encuesta, entrevista, observación, cuestionario tipo escala likert.

Encuesta.- es la presentación de un cuestionario, la misma que está dirigido a los adultos mayores del centro poblado de Salcedo.

Entrevista.-la finalidad es reforzar las encuestas, está dirigida a informantes clave.

Observación sistemática.- Proceso riguroso de investigación que permite describir situaciones y/o contrastar hipótesis

Cuestionario Escala de Likert.- Es la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones dadas.

Descripción

El cuestionario tipo escala Likert consta de 15 preguntas referidos a relaciones familiares que hemos evaluado; su calificación resulta de 5 categorías a las que se les asigna una puntuación entre 4 y 0 de la siguiente forma:

Siempre	4
frecuentemente	3
Algunas veces	2
Rara vez	1
Nunca	0

En el caso de los ítems 1, 9, 10, 14, 15 la norma de calificación se invierte por estar redactado en sentido negativo. Luego se utilizaron medidas descriptivas de posición (cuartiles) para confeccionar la escala tipo Likert de la siguiente forma:

BAREMO	TIPO DE RELACIÓN FAMILIAR
60-45	Relación familiar armoniosa
45-30	Relación familiar distante
30-15	Relación familiar conflictiva

El cuestionario tipo escala Likert consta de 13 preguntas referidos a salud emocional, que hemos evaluado; su calificación resulta de 5 categorías a las que se les asigna una puntuación entre 4 y 0 de la siguiente forma:

Siempre	4
frecuentemente	3
Algunas veces	2
Rara vez	1
Nunca	0

Y en el caso de los ítems 1 y 3 La norma de calificación se invierte por estar redactado en sentido negativo. Luego se utilizaron medidas descriptivas de posición (cuartiles) para confeccionar la escala tipo Likert de la siguiente forma:

BAREMO	ESTADO DE SALUD EMOCIONAL
52-39	Salud emocional inestable
39-13	Salud emocional estable

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 EN ESTUDIO

La población identificada para el presente informe de investigación está conformada por aproximadamente 200 adultos mayores de ambos sexos que oscilan entre los 65 a más años de edad.

3.5.2 MUESTRA

Se determinó trabajar según la siguiente fórmula con una muestra que equivale a 80 adultos mayores aproximadamente.

3.5.3 DISEÑO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La medición y procesamiento de datos obtenidos según el objetivo planteado y para el procesamiento de datos se utilizó el SPSS versión 23.

La fórmula es la siguiente:

N =total de la población=200

P =proporción favorable=0.5=50%

Q =proporción no favorable= $1-P=1-0.5=0.5=50\%$

$Z_{(1-\alpha/2)}$ Valor de la distribución normal según tablas estadísticas

$$Z_{(1-\alpha/2)}=Z_{(1-0.05/2)}=Z_{(1-0.025)}=1.96$$

E =margen de error muestra 5%=0.05

Para hallar el tamaño de la muestra óptimo usamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2(p)(q)}{(N-1)e^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Reemplazamos los datos en la fórmula que tenemos:

$$n_0 = \frac{(200)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(200-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 132$$

Ajuste muestral:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{132}{1 + \frac{132}{200}} = 80$$

Entonces el tamaño óptimo de la muestra es de 80 adultos mayores.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RELACIONES FAMILIARES Y SALUD EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

La salud emocional en el adulto mayor, implica el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos, los adultos mayores emocionalmente sanos controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de si mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana.

A continuación se busca comprobar que las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo.

Tabla N°01
Tipo de relaciones familiares según estado de salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo.

ESTADO DE SU SALUD EMOCIONAL	TIPO DE RELACIONES FAMILIARES						TOTAL	
	Armoniosa		Conflictiva		Distante		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Estable	2	2.5	6	7.5	23	28.8	31	38.8
Inestable	0	0.0	35	43.8	14	17.5	49	61.3
TOTAL	2	2.5	41	51.3	37	46.3	80	100.0

Fuente: encuesta realizada por la tesista

En la tabla N° 01 se aprecia que el 43.8% de adultos mayores viven dentro de un hogar con relaciones familiares conflictivas, es decir las relaciones son frías y tirantes, ya que son familias que regañan, gritan, amenazan; así mismo son ignorados por completo, abandonados a su suerte, de la misma forma la comunicación que se da entre el adulto mayor y los miembros del hogar es negativa, cuyo estado de salud emocional es inestable; y un 2.5% de los encuestados tienen un tipo de relación familiar armoniosa. Cuyo estado de su salud emocional es estable.

Las relaciones familiares son el resultado de la interacción dinámica que se produce de forma continua y relativamente estable entre los miembros de la familia que se desarrollan y se fortalecen mediante una comunicación fluida y clara. Hay (2001), por lo que se logra un ambiente armonioso dentro de la familia, las emociones positivas fluyen desmedidamente, los pensamientos positivos nacen, la estabilidad emocional se instaura, el optimismo llena los rincones, la flexibilidad y la relajación emergen, la extraversión opaca a la introversión, el

acercamiento combate el aislamiento social y emocional, renace la solvencia espiritual y con ello, un ser feliz, dichoso y pleno.

Sin embargo, como dice Sánchez (2010), el mal proceder de algún miembro de la familia, una mala palabra, un gesto despreciativo e incluso no emitir juicio alguno e ignorar al adulto mayor genera en éste un sin fin de emociones negativas que lo conducen a un estado depresivo y de negatividad importante. Estar inmerso dentro de este tipo de emociones conlleva al individuo a sentirse preocupado, derrotado, estresado, hostil, agresivo, resentido, desesperanzado, y con una actitud negativa ante la vida.

Por lo que, según Sabogal (2012), salud emocional estable del individuo, dependerá de la relación del adulto mayor con su entorno, es decir, con sus amigos, con la familia, debido a que del rol social que desempeñe y de sus expectativas de vida.

4.2 SALUD EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR A NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA.

Los adultos mayores en esta etapa de su vida deberían llevar una vida colmada de actividades que permitan la satisfacción plena de los anhelos y sueños que atesoran en lo más íntimo de su ser. Sentirse saludable y equilibrado además tiene que ver con sentirnos útil, ser de ayuda para otros y encontrarle sentido a nuestra propia existencia. Hay (2001)

Disfrutan de cada actividad que realizan, las diferentes situaciones que pasan son más significativas.

Por lo que a continuación los resultados obtenidos demostraran la hipótesis planteada.

Tabla N°02

Salud emocional del adulto mayor según satisfacción con las actividades que realiza, en casa en el centro poblado de Salcedo.

SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA	ESTADO DE SU SALUD EMOCIONAL				TOTAL	
	Estable		inestable		N	%
	N	%	N	%		
Nunca	25	31.3	39	52.4	64	83.7
Siempre	6	7.5	10	8.8	16	16.3
TOTAL	31	38.8	49	61.2	80	100,0

Fuente: encuesta, realizada por la tesista

En la tabla N° 02 se evidencia que el 52.4% de adultos mayores no siente satisfacción por las actividades que realiza en casa o trabajo cuyo estado de salud emocional es inestables decir son adultos mayores que cambian constantemente de estado de ánimo sin causa aparente ni razonable, no toleran las frustraciones. Por lo que se evidencia claramente que realizan las tareas del hogar o trabajo solo por cumplir, y no porque les gusta, así mismo un 7.5% de adultos mayores siente satisfacción por las actividades que realiza en casa siempre cuyo estado de salud emocional es “estable”

Hay (2001), el adulto mayor peruano, se percibe así mismo como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de aseo que no pudo hacerlo en su etapa de juventud. Al contrario, la mayoría de adultos mayores de nuestro país, viven los últimos años de su vida apoyando a la vida familiar.

El adulto mayor necesita autorrealizarse, deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas o manualidades, jardinería de su agrado que le

permitan mantener su autoestima, se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad. Sin embargo el adulto mayor solamente lleva a cabo actividades simples y bien conocidas, soliendo rechazar los paseos y las salidas del hogar.

4.3 SALUD EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR A NIVEL DE OPTIMISMO

Hay (2001), Para el adulto mayor ser optimista es el hecho de esperar que le futuro les depare resultados favorables, sin embargo, para este grupo poblacional una de sus mayores preocupaciones en esta etapa de vida, es la representación de la muerte como evento próximo, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera.

Con la tabla N° 03 se demuestra la hipótesis planteada.

Tabla N°03

Salud emocional del adulto mayor a nivel de optimismo en el centro poblado de Salcedo.

ESTADO DE SALUD EMOCIONAL	OPTIMISMO				TOTAL	
	Nunca		Siempre		N	%
	N	%	N	%		
Estable	30	37.6	1	1.0	31	38.6
Inestable	46	57.6	3	3.8	49	61.4
TOTAL	76	95.0	4	5.0	80	100,0

Fuente: encuesta, realizada por la tesista

En el cuadro N°03 se observa que el 57.6 % de adultos mayores a nivel de optimismo mencionan que “no creen que el futuro les depare paz, tranquilidad y felicidad” cuyo estado de salud emocional es inestable; es decir en esta etapa de vida lo más cercano para el adulto mayor esta la muerte, seguido de un 1.0% de

los encuestados, mencionan que creen que el futuro les depare paz, tranquilidad y felicidad siempre cuyo estado de salud emocional es estable.

Como dice Hay (2001), en la etapa de la senectud, el adulto mayor se encuentra en una fase de crecimiento personal, emocional y psicológico, donde se realiza en recuento y meditación de lo que se ha vivido y donde se experimenta inigualable satisfacción por la vida que se ha conseguido y por los logros personales. se hace también reflexión y reconocimiento de los errores y fracasos, constituyéndose la vejez como una etapa de la aceptación y renovación del ciclo vital, para el logro de una vida digna.

Font (1983), la Salud emocional es aquella manera de vivir que se da cuando el adulto mayor va alcanzando la propia realización un "buen ser" individual y social- mediante un proceso dinámico que parte de la confianza que se tiene en sí mismo, aun en situaciones difíciles para hacer frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana manteniendo una actitud positiva en todo momento, siendo una persona optimista para lograr identificar y valorar lo positivo de cada circunstancia esperando que el futuro le depare resultados favorables.

4.4 SALUD EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR A NIVEL DE AUTOPERCEPCIÓN

La autopercepción del adulto mayor depende de la red de apoyo social de que disponga el anciano y de los propios recursos psicológicos que posea, sin embargo las familias actuales los hacen de lado a sus adultos mayores lo que hace que ellos tienden a asumir una actitud enojona, impaciente o desesperada, con angustia y desesperación entregándose con demasiada frecuencia a conductas de abandono, precipitándose al abismo del suicidio. Hay (2001)

Demostrando a continuación con los resultados obtenidos lo planteado en la hipótesis

Tabla N°04
Salud emocional del adulto mayor a nivel de autopercepción en el centro poblado de Salcedo.

ESTADO DE LA SALUD EMOCIONAL	AUTOPERCEPCION				TOTAL	
	Nunca		siempre		N	%
	N	%	N	%		
Estable	23	28.9	26	31.6	49	61.3
Inestable	26	32.6	5	6.4	31	38.7
TOTAL	49	61.5	31	38.5	80	100,0

Fuente: encuesta, realizada por la tesista

En la tabla N°04 se observa que 32.6% de adultos mayores a nivel de autopercepción, menciona que se muestra insatisfecho consigo mismo siempre, cuyo estado de su salud emocional es inestable, es decir la imagen que tienen de su cuerpo es el de un cansado, deteriorado, más lento, y menos bonito, con arrugas; así mismo se evidencia que un 6.4% de los encuestados mencionan que se muestran satisfecho consigo mismo siempre, cuyo estado de su salud emocional es estable.

Hay (2001), cuando el adulto mayor atraviesa la barrera de los 65 años, mantiene niveles en su autopercepción negativa más altos que en los periodos anteriores. De algún modo debemos tener en cuenta como el sujeto, según aumenta su edad, va sufriendo una involución en sus características físicas y psicológicas que tiene como consecuencia un deterioro mayor en la propia percepción que en otras edades debido al hecho de que las personas no aceptan los valores negativos y estereotipados del estatus del anciano, y que por tanto no son capaces de asumir el fenómeno del envejecimiento.

Los posibles sucesos de crisis, tales como dificultades financieras, conflictos interpersonales con los semejantes, indiferencia por parte de los adultos jóvenes, muerte de la pareja o de amigos, conciencia de soledad, enfermedad e incapacidad o dificultad en la adaptación a la jubilación, son elementos cada vez más difíciles de solucionar por parte del individuo.

4.5 PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.5.1 PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

Formulamos las hipótesis estadísticas

H1. Las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo.

H0. Las relaciones familiares no influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo.

ESTADO DE SALUD EMOCIONAL	TIPO DE RELACIONES FAMILIARES						TOTAL	
	Armoniosa		Conflictiva		Distante		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Estable	2	2.5	6	7.5	23	28.8	31	38.8
Inestable	0	0.0	35	43.8	14	17.5	49	61.3
TOTAL	2	2.5	41	51.3	37	46.3	80	100.0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,753 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	23,600	2	,000
Asociación lineal por lineal	9,716	1	,002
N de casos válidos	80		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,78.

Como el valor de sig. (Valor crítico observado) $0.000 < 0.05$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir, las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo. Sin ninguna probabilidad de error.

4.5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

H1. La salud emocional del adulto mayor a nivel: satisfacción con las actividades que realiza el adulto mayor en el centro poblado de Salcedo es nula.

H0. La salud emocional del adulto mayor a nivel: satisfacción con las actividades que realiza el adulto mayor en el centro poblado de Salcedo no es nula.

SATISFACCION CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA	ESTADO DE SU SALUD EMOCIONAL				TOTAL	
	Estable		Inestable		N	%
	N	%	N	%		
Nunca	25	31.3	39	52.4	64	83.7
Siempre	6	7.5	10	8.8	16	16.3
TOTAL	31	38.8	49	61.2	80	100,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,869 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	5,992	4	,000
Asociación lineal por lineal	,000	1	,088
N de casos válidos	80		

a. 3 casillas (30,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,55.

Como el valor de sig. (Valor crítico observado) $0.000 < 0.05$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir que. La salud emocional del adulto mayor a nivel: de satisfacción con las actividades que realiza en el centro poblado de Salcedo es nula. Sin ninguna probabilidad de error.

4.5.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

H1. La salud emocional del adulto mayor a nivel: optimismo del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo es deficiente.

H0. La salud emocional del adulto mayor a nivel: de optimismo, del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo no es deficiente.

ESTADO DE SALUD EMOCIONAL	OPTIMISMO				TOTAL	
	Nunca		Siempre		N	%
	N	%	N	%		
Estable	30	37.6	1	1.0	31	38.6
Inestable	46	57.6	3	3.8	49	61.4
TOTAL	76	95.0	4	5.0	80	100, 0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,338 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	39,738	3	,000
Asociación lineal por lineal	16,599	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,55.

Como el valor de sig. (Valor crítico observado) $0.000 < 0.05$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir que. La salud emocional del adulto mayor a nivel: de optimismo, es nula sin ninguna probabilidad de error.

4.5.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

H1. La salud emocional del adulto mayor a nivel: autopercepción positiva del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo deficiente.

H0. La salud emocional del adulto mayor a nivel de: autopercepción positiva del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo no es deficiente.

ESTADO DE LA SALUD EMOCIONAL	AUTOPERCEPCIÓN				TOTAL	
	Nunca		Siempre		N	%
	N	%	N	%		
Estable	23	28.9	26	31.6	49	61.3
Inestable	26	32.6	5	6.4	31	38.7
TOTAL	49	61.5	31	38.5	80	100,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,149 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	14,958	4	,005
Asociación lineal por lineal	12,321	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 2 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,49.

Como el valor de sig. (Valor critico observado) $0.000 < 0.05$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir que. La salud emocional del adulto mayor a nivel: autopercepción en el centro poblado de Salcedo es nula. Sin ninguna probabilidad de error

CONCLUSIONES

Primera: Las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo; así tenemos que 43.8% de adultos mayores que viven en hogares con relaciones familiares conflictivas, en estos espacios familiares los niveles de comunicación, afecto, son mínimos, las relaciones familiares conflictivas son tirantes, frías, lo que provoca que el adulto sienta, desánimo, desilusión, no se sienta aceptado, en ellos se observa pesimismo, inutilidad, incapacidad para disfrutar de la vida, temor al expresar libremente sus sentimientos, angustia por el futuro, dificultad para adaptarse a la soledad, estrés, ansiedad, etc. Y que presentan una salud emocional inestable; según la prueba estadística chi-cuadrado con un valor de significancia de 0,0 y sin ninguna probabilidad de error se comprueba que las relaciones familiares influyen significativamente en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo.

Segunda: La salud emocional del adulto mayor a nivel de la satisfacción con las actividades que realiza, en el centro poblado de Salcedo es nula; así tenemos que 52.4% de adultos mayores no siente satisfacción por las actividades que realiza en casa, cuyo estado de salud emocional inestable, según la prueba estadística chi-cuadrado con un valor de significancia de 0,0 y sin ninguna probabilidad de error, se comprueba que la salud emocional del adulto mayor a nivel de la satisfacción con las actividades que realiza es nula.

Tercera: La salud emocional del adulto mayor a nivel de optimismo en el centro poblado de Salcedo es nula con un porcentaje del 57.6 % de adultos mayores que no creen que el futuro les depara paz, tranquilidad y felicidad, cuyo estado de salud emocional es inestable.

RECOMENDACIONES

Primera.- Se sugiere formular políticas públicas con un enfoque familiar más que individual. Ya sea terapia familiar a los miembros del hogar para la mejora del funcionamiento de la familia a diferentes niveles; el aumento de la comprensión mutua y el apoyo emocional entre los miembros de la misma; el desarrollo de estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas ante diferentes dilemas y situaciones de la vida. Así mismo para el enfrentamiento exitoso de problemas emocionales como: el estrés, ansiedad, y agresividad, y alcanzar el equilibrio emocional.

Segunda.- Se sugiere crear ambientes acondicionados y con equipamiento adecuado para que el adulto mayor haga vida social entre gente de su propia edad, ya sea actividades de distracción durante espacios de descanso, compartir experiencias, realización de manualidades, decoración, pastelería, o también como artes plásticas, teatro, danza, música, dibujo, pintura. y/o actividades que puedan desarrollarse desde un solo lugar, y que no implique desplazamientos largos o que necesiten de acompañante.

El objetivo es que el adulto mayor aprenda a hacer uso eficaz del tiempo libre mediante actividades gratificantes. Y tenerlos el mayor tiempo ocupado.

Tercero.- se sugiere brindar oportunidad de empleos dignos a los adultos mayores ya que no todos cuentan con el apoyo económico de sus familias, para prevenir el desempleo o el retiro sin jubilación con el fin de garantizar condiciones de vida dignas para todas las personas adultas mayores y contribuir a evitar la dependencia económica en la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Quiroz, C. O. (2009). *Actividades de la vida diaria en adultos mayores*.
Mexico.

Amerigo Cuervo, M. (1993). *Calidad de vida ,juicios de satisfaccion y felicidad
como indicadores actitudinales de bienestar emocional*. Madrid- España.

Bowlby, J. (1999). *Interaccion afectiva padres-hijos*.

Cordova Calle, N. (2010). *calidad de vida del adulto mayor,hospital regional de
Chiclayo Peru*.

Escaño Hidalgo, A. (2015). *la mente esmaravillosa*. universidad de Malaga -
España.

Fairlie Altez, A. (2014). *Teoria de las interacciones familiares*. Peru.

Fernandez Garrido, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por
los adultos mayores de una residencia de tercera edad en dos contextos
socioculturales diferentes*. España.

García Fuster, E (1997), *el apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós;
Barcelona

Garza Mercado, A. (2007). *manual de tecnicas de investigacion para estudiantes
de ciencias sociales y humanidades*. Barcelona España.

Gomes, J. (2006), *"geriatria" primera edición* Medellín -Colombia

Gonsales Herero, V. (S.F.). *Bienestar personal y actividades en la edad adulta
tardia*. Barcelona España.

Heredia, R. M. (2010). *Las relaciones intrafamiliares en los jovenes :pomares*
Argentina

Herrera, S. (2002). *Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile.*

Hay L. (2001). *Sana tu cuerpo. Barcelona- España*

Hohada, M. (1999). *Economic recession and mental health: some conceptual issues. Journal of social issues,*

Jelin, E. (2007). *Familias en transición. Buenos Aires: Argentina*

Karp, R. (1998). *Decade of reminders chaining age consciousness between a fifty and sixty years old the gerontologist.*

Magaña, M. (2006). *Que es la comunicacion. Mexico.*

Malde Molino, J. (2012). *La psicología y personalidad.*

Max Neef, M. (1988). *Desarrollo a escala humana.*

Mcs-Enigh. (2012). *Encuesta nacional de ingresos y gastos en los hogares. Mexico: Mcs.*

Minuchin, S. Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998) (1995). *Familias y terapia familiar. Barcelona. España*

Moya Solis, A. (2015). *Influencia de las relaciones familiares en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado del centro geriátrico sagrado corazón de Jesús-Ecuador.*

Papalia, D. (1989). *edad adulta tardía, personalidad y desarrollo social. Mexico.*

Paucar Paucar, C. & Iralda Quesada, L. (2012). *El abandono familiar y su incidencia en el estado emocional del adulto Mayor. Ecuador.*

Programa de Asistencia Solidaria Pension 65. (S.F.).

Programa de Auxilio Rapido-Salcedo 2016

Retana, G. F. (2012). Como lograr una buena salud emocional.

*Rodriguez Noreña , J. (2016). Tipo de relaciones familiares. Buenos Aires
Argentina.*

Sabogal, M. (2012). terapia sistematica familiar.

Sanchez, M. (2010). Psicologia del adulto mayor. Lima Peru.

Satir, V. (2003). Relaciones humanas en el núcleo familiar . Mexico.

*Soler Vila, A., & de Febrer de los Rios , A. (1996). cuerpo dinamismo y vejes.
Barcelona -España.*

*Tizon Garcia , J. (2010). salud mental y emocional-Trabajo Social . Barcelona -
España.*

Torres Ascarate, S. (2008). dinamica familiar en madres abandonadas. España.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

1. CUESTIONARIO DE RELACIONES FAMILIARES

El presente cuestionario tiene la finalidad obtener información acerca de las relaciones familiares y su influencia en la salud emocional del adulto mayor en el centro poblado de Salcedo, la información obtenida será netamente confidencial.

Edad		Genero	F	M
Grado de instrucción.....				
Ocupación.....				
Estado civil.....				

ITEMS	
Con quien vive Ud.?	1 Pareja 2 hijos 3 nietos 4 solo (a)
Cuantos hijos tiene?	1 (1-3) 2 (3-6) 3 (7 a mas)
Qué tipo de relaciones familiares se da en su hogar?	1 armoniosa 2 conflictiva 3 distante
Cuál es el trato que recibe por parte de su familia	1 Agresividad y hostilidad 2 Rigidez 3 Ternura y delicadez

0. nunca 1.rara vez 2.algunas veces 3.frecuentemente 4.siempre

N°	ITEMS	0	1	2	3	4
1	Existe peleas o discusiones constantes dentro de su hogar (hijo-esposa, hijo -usted, etc.)					
2	Sus familiares respetan su privacidad.					
3	Sus familiares lo ayudan a resolver sus problemas cuando los tiene.					
4	Su familia tolera sus limitaciones propias de su edad?					
5	Sus familiares respetan su gusto					
6	Siente que su familia lo cuida.					
7	El trato que recibe de su familia es con afecto y cariño					



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

8	Le gusta realizar las tareas domésticas dentro de la casa					
9	En la actualidad cree Ud. Que carece de algún familiar que le asista (lavar, cocinar, dar medicina, etc.)					
10	En este último año cree Ud. Que sus hijos le han agredido o faltado el respeto.					
11	Recibe frecuentemente visitas de sus familiares.					
12	Participa Ud. En la educación de sus nietos.					
13	Su familia es comprensiva si usted se equivoca en algo.					
14	Le resulta difícil adaptarse a la soledad al haber perdido a su pareja o cuando sus hijos se fueron del hogar?					
15	Siente cólera, rabia por alguno de mis familiares?					

CUESTIONARIO DE SALUD EMOCIONAL

1. ITEMS	
En la actualidad se siente satisfecho con las actividades que realiza.	1 si 2 no
Ud. cree que el futuro le depara paz, tranquilidad y felicidad?	1 si 2 no
Se muestra satisfecho consigo mismo?	1 si 2 no
Cuál es el estado de su salud emocional?	1 estable 2 inestable



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

2. 0. nunca 1.rara vez 2.algunas veces 3.frecuentemente 4.siempre

N°	ITEMS	0	1	2	3	4
1	Es amable con la gente que lo rodea, Mantiene su sentido del humor?					
2	Siente que nadie lo quiere					
3	Realiza actividades de ocio o diversión que le gusta con su familia, amigos u otras personas?					
4	Le cuesta trabajo trasladarse de un lugar a otro, por ello necesita el apoyo de su pareja o algún familiar?					
5	Se siente inútil, un estorbo para su familia?					
6	Ha tenido pensamientos de muerte o suicidio en los últimos años?					
7	En los últimos dos años ha tenido sentimientos de desesperanza, pesimismo e inutilidad?					
8	Siente incapacidad para disfrutar de la vida, incluso en actividades que eran placenteras para Ud. Tales como paseos familiares, visita de hijos o nietos, salir de compras, pasear a la mascota ,etc.					
9	Siente Ud. Que nadie lo entiende?					
10	Se siente inseguro de mí mismo?					
11	Siente temor expresar libremente sus emociones, preocupaciones a la gente con quien vive?					
12	Siente angustia por el futuro?					
13	Se siente aislado de su familia?					



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

**DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO ESCALA LIKERT QUE SE HA
APLICADO**

El cuestionario tipo escala Likert consta de 15 preguntas referidos a relaciones familiares que hemos evaluado; su calificación resulta de 5 categorías a las que se les asigna una puntuación entre 4 y 0 de la siguiente forma:

siempre	4
frecuentemente	3
Algunas veces	2
Rara vez	1
nunca	0

Y en el caso de los ítems 1, 9, 10, 14, 15 La norma de calificación se invierte por estar redactado en sentido negativo. Luego se utilizaron medidas descriptivas de posición (cuartiles) para confeccionar la escala tipo Likert de la siguiente forma:

BAREMO	TIPO DE RELACION FAMILIAR
60-45	Relación familiar armoniosa
45-25	Relación familiar distante
25-1	Relación familiar conflictiva

De 60 a 45 relaciones familiares armoniosas; de 45 a 25 relaciones familiares distantes; 25 a 1 relaciones familiares conflictivas



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

El cuestionario tipo escala Likert consta de 13 preguntas referidos a salud emocional, que hemos evaluado; su calificación resulta de 5 categorías a las que se les asigna una puntuación entre 4 y 0 de la siguiente forma:

siempre	4
frecuentemente	3
Algunas veces	2
Rara vez	1
nunca	0

Y en el caso de los ítems 1 y 3 la norma de calificación se invierte por estar redactado en sentido negativo. Luego se utilizaron medidas descriptivas de posición (cuartiles) para confeccionar la escala tipo Likert de la siguiente forma:

BAREMO	ESTADO DE SALUD EMOCIONAL
52-39	Salud emocional inestable
39-13	Salud emocional estable


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO –PUNO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
FICHA TECNICA

FICHA TECNICA DEL CUESTIONARIO		
1	ESTUDIANTE QUE REALIZO LA ENCUESTA	Bach. Inés Llanos Nina
2	TIPO DE MUESTRA	Aleatoria simple
3	TAMAÑO DE LA MUESTRA	80
4	TEMAS A LOS QUE SE REFIERE	Relaciones familiares y Salud emocional
5	PERSONAS POR LAS QUE SE INDAGO	Adultos Mayores del centro poblado de Salcedo
6	FECHA EN QUE SE REALIZO EL CUESTIONARIO	05 de octubre al 31 de noviembre
7	MARGEN DE ERROR CALCULADO	0.005
8	TECNICA DE RECOLECCION	Cuestionario tipo escala Likert