

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DEL

ADULTO MAYOR HIPERTENSO. HOSPITAL DISTRITAL

JERUSALEN TRUJILLO 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. García Julca, María Isabel.

Bach. Liberato Aguilar, Jenny Katherine.

ASESORA:

Mg. Enf. Quiroz De La Cruz Asunción Elena.

TRUJILLO-PERÚ

2014

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DEL

ADULTO MAYOR HIPERTENSO. HOSPITAL DISTRITAL

JERUSALEN TRUJILLO 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. García Julca, María Isabel.

Bach. Liberato Aguilar, Jenny Katherine.

ASESORA:

Mg. Enf. Quiroz De La Cruz Asunción Elena.

TRUJILLO-PERÚ

2014

DEDICATORIA

*A Dios, quien día a día, me ha dado fuerza
para llevar a cabo todo lo que me he
propuesto en mi vida, guiándome a escoger
el camino correcto.*

*A mis padres: Juan y Teresa con mucho cariño y
gratitud, quienes con su amor, sacrificio y apoyo
incondicional hicieron posible la culminación de
mi carrera profesional.*

*A mi esposo, Jhonatan, que ha estado a mi
lado dándome cariño, confianza y apoyo; a
mi hija Katherine, por ser mi fuente de
motivación e inspiración para poder
superarme cada día más y así poder luchar
para que la vida nos depare un futuro
mejor.*

María Isabel

*A Dios, quien día a día, me ha dado fuerza
para llevar a cabo todo lo que me he
propuesto en mi vida, guiándome en
escoger el camino correcto.*

*A mis padres: Alvaro y Olga con mucho cariño y
gratitud, quienes con su amor, sacrificio y apoyo
incondicional hicieron posible la culminación de
mi carrera profesional.*

*Y a mi familia; en especial mi hermanita
Laura, quienes a lo largo de mi vida han
velado por mi bienestar, siendo mi apoyo e
impulsándome en los momentos más
difíciles de mi carrera. Depositando su
entera confianza en cada reto que se me
presentaba sin dudar ni un solo momento
de mi capacidad e inteligencia.*

Jenny Katherine.

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora Asunción Elena Quiroz de la Cruz por la paciencia, apoyo, consejo y orientaciones brindadas para la elaboración del presente trabajo y a todas las docentes que participaron de nuestra formación profesional.

María y Jenny.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- MATERIAL Y MÉTODO.....	27
III.- RESULTADOS.....	35
IV.- DISCUSIÓN.....	42
V.- CONCLUSIONES.....	48
VI.- RECOMENDACIONES.....	49
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
TABLA N° 01: Distribución Numérica y Porcentual del Funcionamiento Familiar en el Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.....	36
GRÁFICO N° 01: Distribución Porcentual del Funcionamiento Familiar en el Adulto Mayor Hipertenso del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.....	37
TABLA N° 02: Distribución Numérica y Porcentual del Nivel de Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.....	38
GRÁFICO N° 02: Distribución Porcentual del Nivel de Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.....	39
TABLA N° 03: Relación del Funcionamiento Familiar y la Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.....	40
GRÁFICO N° 03: Relación del Funcionamiento Familiar y la Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.....	41

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional, tiene como propósito determinar la relación entre Funcionamiento Familiar y el Nivel de Autoestima del Adulto Mayor hipertenso. Se realizó en el Hospital Distrital Jerusalén perteneciente al distrito La Esperanza, la muestra estuvo constituida por 45 adultos mayores hipertensos de ambos sexos, que pertenecen al Programa: “Amigos de la Salud”; para la obtención de datos se utilizó, dos cuestionarios; el primero para identificar el funcionamiento familiar y el segundo para identificar el nivel de autoestima.

Nuestros resultados reportan que el 60% de los adultos mayores hipertensos presentan funcionamiento familiar medio, el 31% funcionamiento familiar alto, y el 9% funcionamiento familiar bajo. Según el nivel de autoestima el 74% de adultos mayores hipertensos obtienen nivel medio de autoestima, el 24% tienen nivel alto, en tanto que el 2% de adultos mayores hipertensos obtienen nivel bajo. Respecto a la relación de variables encontramos que el 58% de adultos mayores hipertensos obtienen nivel medio en funcionamiento familiar y tienen nivel medio de autoestima, el 24% obtienen nivel alto en funcionamiento familiar y nivel alto de autoestima; observándose que el nivel de autoestima se relaciona con el funcionamiento familiar; relación significativa que se demuestra con los valores de $X^2 = 32,496$ donde $p = 0,000 < 0,05$

***Palabras claves:* Funcionamiento Familiar - Nivel de Autoestima - Adulto Mayor Hipertenso.**

ABSTRACT

This research study is correlational descriptive, aims to determine the relationship between family functioning and Self Esteem Level Elderly hypertensive. I was held at the Jerusalem District Hospital belonging to the district La Esperanza, the sample consisted of 45 hypertensive elderly of both sexes belonging to the Program: "Friends of Health"; for data collection was used, two questionnaires; the first to identify family functioning and the second to identify the level of self-esteem. Our results report that 60% of the elderly hypertensive family functioning presents average, 31% higher family functioning, and under 9%. Depending on the level of self-esteem 74% of the elderly hypertensive obtained average level of self-esteem, 24% have high level, while 2% of the elderly hypertensive get low self-esteem. And regarding the relationship of variables found that 58% of the elderly hypertensive average level obtained in the family functioning and have average level of self-esteem, 24% get high on family functioning and have high level of self-esteem; observed that the level of self-esteem is related to the family functioning; as demonstrated with significance values where $X^2 = 32.496$ $p = 0.000 < 0.05$

***Keywords:* Family Functioning - and Self - Esteem Level Elderly Hypertensive.**

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de las personas es un proceso natural, irreversible, continuo, intrínseco; que implica declinación de todas las dimensiones del ser humano, acompañado de una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo; así como, aumenta la vulnerabilidad de la persona al estrés ambiental y a la enfermedad. La adultez mayor constituye la última etapa del ciclo de vida; el ser humano tiene derecho a que este periodo sea de calidad. (19)

El mundo actual vive una transición demográfica, debido a la disminución de la tasa de mortalidad y fecundidad, lo que ha determinado un incremento de la población adulta mayor; según estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000, el mundo contaba con 590 millones de personas de 60 años de edad, y proyecciones han determinado que en el 2025 serán de 1100 millones, con un aumento del 22.4% en relación con cifras de 1975; consecuentemente es notorio el cambio en la estructura de la población por edades; observándose una reducción de la proporción de niños; y un aumento de la proporción de personas de edad adulta. En tanto aumente la esperanza de vida, la estructura demográfica es una variable importante en el proceso de planificación de los servicios que se presten al adulto mayor. (19)

La Organización Mundial de la Salud, considera que en el 2020, habrá en las Américas, 200 millones de personas de más de 60 años, y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en el 2050; por lo que es inevitable la aceleración de

más políticas, para dar servicios y atención a los adultos mayores. Además se calcula, que en el 2050 habrá en todo el mundo 395 millones de personas de 80 años, cuatro veces más que ahora, y para esa misma década se estima que el 22% de la población mundial, serán mayores de 60 años, cuando en la actualidad hay un 11%. (31)

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI), el Perú cuenta con una población de 30 475 000 habitantes, de los cuales 9,2%, es decir, 2 807 354 de la población total del país son adultos mayores; el departamento de La Libertad cuenta con una población total de 1 814 000 habitantes, lo que representa el 5.95% de la población nacional, en donde 118 042 habitantes son adultos mayores estimándose que, para el 2025 la esperanza de vida será de 72.4 años. (18)

En cuanto al estado de salud del adulto mayor, en nuestro país, el 71.7% de la población de 60 y más años de edad, presentan alguna dolencia y/o enfermedad; sin embargo también el 28,3% no tiene problemas de salud; observándose además en cuanto a género, en el área urbana son las mujeres, quienes padecen más problemas crónicos con un 78%, mientras que los hombres alcanzan un 67,7%; similar proporción se encuentra en el área rural, las mujeres que padecen alguna patología, alcanzan un 74,1%, mientras que los hombres que son portadores de algún problema de salud crónico representan un 66,5%. A su vez, refleja en sus estadísticas, que del 94,3% de la población de 60 y más años de

edad; el 38,6% presentó el nivel de pre-hipertensión, seguido por un 34,4% de hipertensos y 27% con presión normal. (17)

El área de estadística del Hospital Distrital Jerusalén del distrito La Esperanza, en el año 2013, reportó una población total de 4964 adultos mayores de 60 años a más. Siendo 2452 adultos mayores de sexo masculino y 2512 de sexo femenino; cabe mencionar que a su vez, se registraron un total de 180 adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial primaria, de los cuales 64 adultos mayores son de sexo masculino y 116 de sexo femenino. (3)

Algunos adultos mayores son discriminados y olvidados por sus familias, quedando solos en la vida. Así mismo, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacidades. Es verdad que mucho se ha dicho sobre los adultos mayores, pero no tenemos en cuenta sus opiniones frente a las decisiones que se toman en la sociedad, ya que todos creen saber de su vida, pero en realidad no se dan cuenta de los sentimientos que ellos expresan.(10)

Siendo la edad adulta mayor, la última etapa del ciclo evolutivo del ser humano, como las etapas anteriores, requiere también de adaptación; es por ello que es importante, el soporte social que recibe el ser humano en esta etapa, soporte derivado especialmente de la familia, por tanto, es necesario conocer si este grupo de población comparte o vive dentro de una familia. Al respecto, los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH 2013) con respecto a las familias con adultos mayores, revelan que en el 38,48% de los hogares del país,

tienen entre sus residentes habituales, personas de 60 y más años de edad. Por grupos de edad, el 33,5% están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad y el 7,8% por alguna persona de 80 y más años de edad. (17)

Papalia y Wendkos (1997), definen a la vejez, como un período vital, que comienza a los 65 años de edad; así mismo, estos gerontólogos dividen a los adultos mayores, en dos principales bloques: los viejos – jóvenes, que incluye a las personas mayores que, a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosas, y activas considerados entre 65 y 74 años de edad; y los viejos - viejos a partir de los 75 a más, correspondiente a una minoría débil y enfermiza. (34)

Las Naciones Unidas consideran anciano, a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años en países en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (2005), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años son ancianas, y las que sobrepasan los 90 años, se les denomina grandes viejos; criterio que se tomara para el presente estudio, adultos mayores de 60 años a más. (30)

La edad de adulto mayor, es una etapa más en el ciclo evolutivo de la vida del ser humano, referente a aquel individuo, que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al final del ciclo de vida; esta etapa involucra el envejecimiento, que se define como un proceso universal, individual, decreciente, progresivo e intrínseco, que va acompañado de

modificaciones morfológicas, psicológicas y sociales, que aparecen como consecuencia del tiempo. (1) (22)

En sí, la vejez, es un proceso complejo influido por la herencia, la alimentación, la salud y diversos factores ambientales, y en ella, es común encontrar afectaciones o disminuciones en sentidos como la visión, la audición, el gusto y el olfato. Es de saber que en la etapa de la adultez mayor, se exacerbaban las enfermedades crónicas debido a los cambios fisiológicos, bioquímicos, morfológicos, psicológicos que el envejecimiento determina; siendo entre otros, la hipertensión arterial; un problema preocupante en este grupo etáreo; enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo, considerándose por tal razón, como una enfermedad silenciosa que, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. (25) (8) (33)

Las modificaciones que implica el proceso de envejecimiento, son sumamente variables y son el resultado en algunos casos, de la enfermedad; además determinada por el estilo de vida, la dieta, los hábitos y otros factores no modificables. El corazón se vuelve más susceptible a la enfermedad, el cerebro cambia con la edad; incluye pérdida o reducción de las células nerviosas y respuestas más lentas; es decir, la capacidad de reserva disminuye; los problemas visuales y de audición interfieren con la vida diaria; la pérdida del gusto y el olfato conduce a una mala nutrición; es por ello que, la edad adulta mayor se

caracteriza por ser una etapa crítica, de sumo cuidado, que tiene sus propios problemas y peculiaridades. (33)

En relación a esto, los cambios que afectan al adulto mayor a través del ciclo vital, no sólo se refieren a aspectos físicos y psicológicos, sino que tienen que ver, con aspectos sociales en relación a muchos de sus roles, tanto familiares como laborales. La respuesta de la sociedad al envejecimiento, acentúa la auto percepción negativa de sí mismo que afecta al adulto mayor. En nuestra cultura que hace culto de la juventud, el individuo mayor es considerado sin utilidad ni espacio social. Es un momento importante para el refuerzo de la autoestima que ayudará a enfrentar la vida con otra seguridad, y de gran necesidad de aprendizaje; de una comunicación directa, clara y concreta, es decir asertiva, para relacionarse en más armonía con las mismas personas; en una situación en cambio, que requiere capacidad de adaptación. (4)

Según Erickson, citado por Papalia y Wendkos, en su Teoría del Desarrollo Psicosocial considera ocho períodos en la vida humana; cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Cada crisis es un momento crucial para la resolución de aspectos importantes; éstas se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona. El adulto mayor vivencia la crisis de Integridad vs Desesperación; donde las personas alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la aceptación de la muerte; en caso contrario caen en la desesperación. (34)

Por otro lado, Virginia Satir (2005), manifiesta que los seres humanos pueden crecer y cambiar a lo largo de su existencia, esto es un poco más difícil al pasar de los años y en ocasiones requiere de más tiempo, todo depende de nuestra voluntad de aferrarnos a ciertas actitudes; los primeros pasos, son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos con él; por lo dicho, vemos que en cualquier edad y aún en la edad mayor podemos cambiar la imagen y la valoración que se tiene de sí mismo, en la cual influyen los cambios físicos, psicológicos y sociales, ya mencionados. (38)

Aunque el proceso de envejecimiento es inevitable a menudo resulta difícil reconocer que se está pasando por él, para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse. La imposibilidad de aceptar la realidad de este, puede representar una amenaza para la integridad de los adultos mayores; quienes creerán que la causa de los fracasos está en ellos, actitud que empeoraría su estado de ánimo y disminuirá su autoestima. (39)

Por lo tanto; una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saber ser capaz de sentirse útil, considerarse digno, valorarse. Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades, aptitudes, valores, creencias y características físicas, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en salud y ha

demostrado ser un factor preponderante en el abandono de conductas nocivas o la adopción de conductas promotoras de salud. (15)

Sumado a lo mencionado, existe una relación directa, entre el envejecimiento y la autoestima; que es influenciado por el valor que da la sociedad a la persona adulta mayor; es decir, que el apoyo social ejerce un efecto regulador, especialmente, cuando ayuda a la persona a responder a las situaciones estresantes, esto eleva el sentido de su autoestima, ayuda a la estabilidad y a tener cierto control sobre el medio ambiente. (22)

La autoestima ha sido tema central de diversos estudios y aproximaciones teóricas; está determinada por la relación entre las aspiraciones y logros de una persona; Wilber (1995), señala que la autoestima está vinculada con las características propias del individuo, el cual hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo. (44) (21)

Yagosesky, R. (1998), orientador de la conducta y autor del libro “autoestima en palabras sencillas”, considera que la autoestima es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración, y va más allá e incorpora aspectos biopsicosociales, pues las debilidades de autoestima afectan la salud, las relaciones y la productividad, mientras que su robustecimiento potencia en la persona su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas. Sumado a esto, Barroso (2000), asevera que la autoestima es una energía que existe en el

organismo vivo, cualitativamente diferente ,que organiza, integra, cohesiona, unifica y direcciona todo el sistema de contactos que se realizan en el sí mismo del individuo. Este autor ha conceptualizado la definición de autoestima considerando su realidad y experiencia. (2)(45)

Rosemberg (1992), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva. La autoestima es un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales y culturales, que se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias; sustenta que, el nivel de autoestima de las personas se relaciona con la percepción de sí mismo en comparación con los valores personales que han sido desarrollados a través del proceso de socialización; afirma, que si la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real es pequeña, la autoestima es mayor; por el contrario, cuanto mayor es la distancia, menor será la autoestima, aun cuando la persona sea vista positivamente por otros. (37)

Esta teoría es profundamente social, los valores que definen el merecimiento surgen del contexto la cultura. Las actitudes hacia nosotros mismos recuerdan las formas de las actitudes hacia otros objetos. Una persona tiene autoestima en la medida que se perciba a sí mismo como poseedor de una muestra de autovalores; su investigación persigue factores sociales que influyen en la autoestima, porque los valores que definen el merecimiento, son resultados del contexto de la cultura; esta teoría también tiene sus limitaciones, pues el trabajo

sociológico tiende a enfocar la autoestima desde fuera y no desde dentro; es difícil modificar sociológicamente la autoestima de una vida individual. (37)

De igual manera, para Coopersmith (1996), la autoestima tenía una perspectiva conductual, basadas en: competencia, significado, virtud y poderes; es decir, este autor veía a la autoestima a través de la Psicología. En su teoría sobre la autoestima; lo define como la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto hacia sí mismo; esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación, que refleja el grado, en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno; por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad, que es expresado en las actitudes que el individuo tiene; la autoestima resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión, en la cual el individuo se cree valioso, significativo y exitoso, por lo cual implica un juicio personal de su valía. (9)(42)

Existe similitud entre Coopersmith y Rosemberg, pues ambos ven la autoestima como una actitud y una expresión de merecimiento; desde el punto de vista psicológico Coopersmith centra la relación que existe entre autoestima, amenaza y defensiva, él ofrece muchas pautas clínicas para mejorar la autoestima y los factores negativos, su trabajo tiene un mayor grado de aceptación y credibilidad porque cumple métodos de observación, además de los estudios de caso y las entrevistas, sus sugerencias prácticas son más aceptables que otras pues

parecen ser más aplicables y se han incorporado a muchos programas actuales; modelo que se utilizará, junto al de Rosemberg, para identificar el Nivel de Autoestima a efectos del presente estudio. (9)

Es de saber que, la autoestima, es base para el desarrollo humano; indica que el avance en el nivel de conciencia no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismos, sino que impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, impulso que para ser eficaz, exige saber cómo enfrentar las amenazas que acechan, así como materializar las aspiraciones que nos motivan; la autoestima o concepto del propio valor, da significado o sentido de validez dado por la propia persona a sí misma, incluyendo la autocomprensión y el autocontrol, que proviene de dos fuentes principales; la comprobación de competencia o capacidad personal y el aprecio que se recibe de otras personas. (4) (44) (21)

En relación a los grados o niveles de autoestima, según Rosemberg (1992), posee tres niveles: alta autoestima, donde el sujeto se define como bueno y se acepta plenamente; mediana autoestima, cuando el sujeto no se considera superior a otros, ni tampoco se acepta a sí mismo plenamente; y baja autoestima, cuando el sujeto se considera inferior a los demás y hay desprecio hacia sí mismo. (37)

Coopersmith (1996) afirma que la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y autoconcepto.

Explica el autor que estos niveles se diferencian entre sí dado que, se caracteriza por el comportamiento de los individuos; por ello, las personas con autoestima alta son activas, expresivas, con éxitos sociales y académicos, son líderes, no rehúyen al desacuerdo y se interesan por asuntos públicos. (9)

En concordancia con Coopersmith; Rodríguez y Pellicer; afirman que una persona con alta autoestima, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor, siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valor está dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás, por ello solicita ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta a si misma totalmente como ser humano; sin embargo, la autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades. (36)

En relación a lo mencionado; la Organización Panamericana de la Salud, refiere que el adulto mayor con un alto grado de autoestima, comprende mejor la etapa en que está atravesando, gracias a un buen nivel de instrucción que adquirió durante su vida, ya que tendrá acceso a la información, experimentando una vida más llevadera dentro de su comunidad y sociedad. Es importante mencionar que la autoestima en la tercera edad, se encuentra en gran parte determinada por factores biopsicosociales, estos son un conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que aparecen dentro de la evolución normal del adulto mayor que facilitan o delimitan su desarrollo. (29)(45)

En referencia a los individuos con un nivel de autoestima medio; Coopersmith (1996), afirma que son personas que se caracterizan por presentar similitud con las que presentan alta autoestima, pero, la evidencian en menor magnitud, y en otros casos, muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el autoconcepto. Sus conductas pueden ser positivas, tales como mostrarse optimistas y capaces de aceptar críticas, sin embargo, presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal y pueden depender de la aceptación social. Por ello, se indica que los individuos con un nivel medio de autoestima presentan autoafirmaciones positivas más moderadas en su aprecio de la competencia, significación y expectativas, y es usual que sus declaraciones, conclusiones y opiniones en muchos aspectos, estén próximos a los de las personas con alta autoestima. (9)

En el caso contrario Yagoesky, sustenta que, los individuos de autoestima baja, pueden exhibir una actitud positiva artificial hacia sí mismos y hacia el mundo, en un intento desesperado de hacer creer a otros y a sí mismo que es una persona adecuada. Por ello, pueden retraerse, evitando el contacto con otros, puesto que temen que más tarde o temprano los rechazarán. Un individuo con baja autoestima es esencialmente una persona que consigue muy pocas cosas o razones para sentirse orgullosa de sí misma. Entre las características de estos individuos se encuentran que se muestran retraídos, confusos, sumisos, con dificultades para identificar soluciones a las experiencias que se les presentan, lo cual los traduce en erráticos en algunas de sus conductas, todo lo cual refuerza sus problemas de auto concepto y autocontrol, afectando así la autoestima. (45)

Es por ello que, la persona con baja autoestima se siente amenazada en su valor fácilmente y tiende a actuar más a la defensiva, abierta o encubiertamente, más que objetivamente. La persona con baja autoestima, al comunicarse, tiene miedo de mostrarse tal y como es, porque siente que vale poco y los demás pueden desilusionarse de ella, siente que no aporta nada; entra en la relación no de igual a igual, sino de inferior a superior. La baja autoestima se relaciona con dificultades de relación y de comunicación debido especialmente a que la persona no percibe ni interpreta en forma correcta ni a sí mismo, ni a su entorno. (4)

La aparición de cualquier enfermedad, como por ejemplo, la hipertensión arterial; en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros. Durante el proceso de enfermedad, la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que indiscutiblemente, es necesario no perder de vista a la familia como red de apoyo y en el proceso de recuperación, y esto, sin duda, a partir del trabajo multidisciplinario en el campo de la salud. (20) (25)

Sumado a esto, sabemos que, una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social; desde el punto de vista sociológico, la familia tradicional ha ido evolucionando gradualmente; poco a poco se ha ido convirtiendo en familia nuclear con características propias de áreas urbanas y con cambios importantes en el rol de la mujer en el hogar y en la sociedad. Estos cambios tienen repercusiones

importantes en la capacidad que tiene la familia como tal, para dar respuestas solidarias a las necesidades de las personas con discapacidades que dependían del cuidado familiar. (26)

Según Fernández Moya J. (2000); basándose en la definición propuesta por Rosalía Bikel (1982), define a la familia como un sistema organizado cuyos miembros, están unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad. Para Minuchin S. y Fishman H. (2004), la familia es un grupo natural de personas, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. (12) (27)

La familia funciona ,como un agente de socialización y es fundamental para el desarrollo humano, ya que es considerada como la unidad social básica, de donde emanan los factores morales y culturales que tienen trascendental importancia en la vida del hombre, tanto desde el punto de vista del ser social ,como de su personalidad y se constituye en la principal fuente de apoyo emocional y seguridad, esta unidad debe mantener un apoyo permanente y constante a cada uno de sus miembros; en este caso al adulto mayor, brindándole una sensación de seguridad, contribuyendo de esta manera a mejorar su estabilidad emocional. (32)

La familia es el recurso más grande que tiene la persona de edad mayor. Castillo, K. y Pérez, L. afirman que el adulto mayor se refugia en la familia en

lugar de separarse de ella, ya que le ayuda a hacer frente a muchas necesidades sociales, emocionales, económicas y de salud; con los cuales se encuentra el ser humano en la etapa adulta mayor, constituyendo un lugar de reencuentro o reaprovisionamiento psicológico, porque provee el afecto y el compañerismo que otras instituciones no son capaces de brindar. (6)

La familia como sistema social, se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores, los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social. Por lo que, para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida en la familia, es necesario mantener relaciones intrafamiliares buenas donde se exprese amor, respeto, comprensión de todos los miembros de la familia. (27)

Por otra parte; existe una proporción cada vez mayor de ancianos frágiles y dependientes. Para este grupo existen dos opciones: pueden vivir en una institución o permanecer en la comunidad, mantenidos por familiares, amigos, e instituciones de apoyo. Muchos ancianos prefieren residir en la comunidad, pero existen problemas en la sociedad que hacen que la realización de su preferencia sea difícil. Por lo general, las familias intentan ayudar pero pueden estar limitadas en su capacidad. Muchas parejas de adultos son miembros activos de la fuerza de trabajo y aún tienen hijos dependientes en la casa o en la escuela. (24) (40)

Por tanto, la familia es considerada como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común, asimismo en un grupo primario que funciona como un agente de socialización y es fundamental para el desarrollo del ser humano, ya que la relación entre sus miembros es más directa e intensa que en cualquier otra situación, también tiene funciones de transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, de protección y apoyo a sus miembros y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional. (27)

Florenzano y Col. (1996), señala que la funcionalidad familiar, está íntimamente relacionada al proceso de salud - enfermedad de sus miembros, y a pesar de que aún no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. (14)

Louro (2004); en su modelo teórico metodológico sustenta que el funcionamiento familiar, constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactiva, grupal y sistémica que condiciona el ajuste de la familia al medio social y al bienestar subjetivo de sus integrantes. Se refiere a la forma de relacionarse el grupo internamente, al conjunto de relaciones interpersonales intersubjetivas, que se dan en el interior de cada familia, que le dan identidad

propia. Constituye un comportamiento grupal, habitual y relativamente estable de la familia produciendo un clima psicológico que caracteriza el hogar. (23)

Kanán y Col. (2010) refieren que el funcionamiento familiar, permite conocer los recursos y limitaciones que tiene el propio sistema familiar, una percepción de la idea global acerca de los integrantes en relación a sus necesidades; y en ello se incluye la capacidad para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo. (20)

Considerando lo antes mencionado, podemos definir Funcionamiento Familiar, como el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Un funcionamiento familiar implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. En lo cual nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto.(32)

Otros estudios caracterizan a la familia como funcional y disfuncional, considerando sus valores, límites y capacidad de resolución de problemas; a continuación citamos algunos estudios.

Moya (2000) refiere que una familia funcional, se caracteriza por tener un sistema común de valores; una preocupación recíproca que apunte al bienestar de sus miembros, no a la desvalorización mutua, respetando los límites y la independencia de cada uno de sus miembros; una amplia gama de sentimientos: ternura, alegría, dolor, hostilidad, etc. , que permita sacar los conflictos, confrontarlos, disputarlos, con una intención de clarificar el clima familiar y generar alternativas de solución; la voluntad de confiar; tanto en los miembros de la familia como los de afuera de ella, de creer que tienen buenas intenciones, no son hostiles y tendientes al rechazo; así mismo, la oportunidad de dialogar, permitiendo que cada uno sintonice lo que el otro está sintiendo, pero sin embargo permita manifestar su propia posición. (13)

Así mismo; Louro (2004) sostiene; que las familias funcionales enfrentan las crisis familiares unidos, cada miembro acepta un papel para enfrentarlas e identifican los problemas respetando la autonomía, a la vez que el espacio y los roles están bien definidos. En ellas se estimula la creatividad y se favorece el cambio, se respeta la individualidad y la diversidad, así como se cumple con la misión social de cada uno, sin afectar negativamente el proceso de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual según los requerimientos de cada etapa. (23)

Fernández Moya y colaboradores (2010), denominan familia disfuncional a la que tiene serias dificultades para resolver problemas. Sus procesos interaccionales se encuentran paralizados y fijos; se sitúan los problemas

existentes en un individuo, se evitan los conflictos. Se niega que exista problema alguno, repiten estrategias de resolución de conflictos que resultan ineficaces, culpan a alguien; de esta manera dichos conflictos no estimulan el desarrollo y transformación de la familia, sino su rigidez y poca capacidad de cambio; entonces, una familia disfuncional, sería aquella que, tiene dificultades para resolver problemas; los conflictos no se enfrentan, hay negación de los problemas existentes; las estrategias para resolver los conflictos suelen ser siempre las mismas a pesar de su ineficacia. (43)(12)

Mc Master de Epsteinn Y Col. (2006); es un modelo de funcionamiento familiar basado en la teoría de sistemas lo que significa que los miembros están estrechamente relacionados entre sí; por tanto, la familia funciona de un modo óptimo, medio y hay otras que presentan severos trastornos de funcionamiento. Proponen utilizar el concepto “sano”, para referirse a aquellas familias que en su funcionamiento cotidiano, tienden a generar las funciones necesarias para mantener la naturaleza del sistema en todos sus niveles de realización y autorrealización de cada uno de sus miembros. Modelo que se utilizará para identificar el Funcionamiento Familiar a efectos del presente estudio. (43)

Es preciso considerar que el modelo Mc Master de Epsteinn Y Col. tiene como supuestos básicos, los siguientes: que todos los miembros de la familia están relacionadas entre sí; una parte de la familia no puede entenderse de manera aislada del resto del sistema familiar; funcionamiento familiar no puede ser comprendido en su totalidad por entender cada uno de los distintos miembros de

la familia o de los subgrupos; estructura de la familia y la organización son factores importantes que influyen y determinan el comportamiento de los miembros de la familia; los patrones transaccionales del sistema familiar se forma el comportamiento de los miembros de la familia. (28)

Así mismo menciona una descripción clara de lo que es una familia “normal”, por medio de seis dimensiones: 1.- Resolución de problemas: se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas. 2.- Comunicación: alude al intercambio de información en la familia. 3.- Roles: la familia asigna a los individuos funciones familiares. 4.- Involucramiento afectivo: la familia muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. 5.- Respuestas afectivas: alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo. 6.- Control de conducta: Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. (43)

Para el presente estudio, se tomó como base la Teoría Mc Master de Epstein y Col en la clasificación del funcionamiento familiar; donde funcionamiento familiar alto, es cuando la familia tiene la capacidad para afrontar sus crisis familiares y solucionarlas; funcionamiento familiar medio, cuando la familia muy pocas veces logra solucionar parte de sus problemas o conflictos; y funcionamiento familiar bajo, cuando la familia tiene dificultad para resolver sus problemas familiares.

En la línea de investigación encontramos estudios relacionados a nuestras variables, entre los que citamos:

HERNANDEZ Y. Y COL.(2008), quien en su trabajo sobre Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores que se llevó a cabo en Casa de Abuelos de Lotería Municipio Cotorro, La Habana- Cuba; se encontró que el 64 % perciben una familia funcional, el 28 % una familia moderadamente funcional y el 8 % percibe una familia disfuncional. (16)

VÁSQUEZ, K. (2007), en su estudio que realizó en Vista Alegre (Trujillo), denominado: Influencia del funcionamiento familiar en el grado de depresión, y la percepción del maltrato en el adulto mayor. Con respecto a las dimensiones de funcionamiento familiar encontró que el 67.8 % presenta comunicación alta, en el 33 % la afectividad es media, 67.9 % toma decisiones y en el 60.8 % existe alta socialización (41).

ESCALANTE A; GUANILO I. (2006) en su estudio denominado Funcionamiento Familiar de los adultos mayores hipertensos del programa de hipertensión arterial del Hospital II Chocope-ESSALUD; en donde, el mayor porcentaje de adultos mayores hipertensos corresponden a un 55,2%, de funcionalidad familiar media; el 29,2% de funcionalidad familiar alto; 15,6% de funcionamiento familiar bajo (11)

CANTO H. y CASTRO E. (2004), en su estudio realizado sobre Niveles de Depresión, Ansiedad y Autoestima en los adultos mayores, quienes viven en asilos o que acuden a estancias con frecuencia en la ciudad de Mérida, exclusivamente los más cercanos al Centro de Desarrollo Comunitario de la Universidad del Mayab –México; encontraron que: los ancianos en los asilos manifestaron en un 90%, autoestima alta, el 10% autoestima media o normal, y ninguna con autoestima baja. En las estancias hubo un 90.6% con alta autoestima, un 6.2% con autoestima normal y un 3.1% con baja autoestima. (5)

LIRION, N. y MOYA, E. (2002), en su estudio realizado sobre el Grado de apoyo social percibido y Nivel de Autoestima del adulto mayor, en el Centro del adulto mayor Albrecht -ESSALUD-Trujillo; encontraron que: el 83.2% presenta un nivel de autoestima alta; 16.8% presenta un nivel de autoestima regular, no se reportaron adultos mayores con nivel de autoestima bajo. (22)

YEPES, Y; ZAVALA, F (2001) en su estudio realizado sobre Adaptación a los cambios Biopsicosociales del adulto mayor y su Relación con el Nivel de Autoestima. Centro del Adulto Mayor-ESSALUD. El Porvenir, encontró que el 54,2% de adultos mayores presento un nivel de autoestima alto y el 45.8% un nivel de autoestima baja. (46)

CASTILLO Raquel y CRUZ María (1998), en su estudio “Actitud de la familia hacia el adulto Mayor, y su Relación con el Nivel de Autoestima, Sector N° 1 Moche-Trujillo”, obtuvieron que el 79,53 % de estas familias tienen

actitud positiva hacia el adulto mayor, mientras que el 20.47 % tienen una actividad negativa. (7)

Como se puede apreciar, los estudios de investigación, evidencian la problemática del adulto mayor destacando la dimensión psicoemocional que vivencian los adultos mayores en el presente siglo, aunado al crecimiento paulatino de este grupo poblacional; el Perú no es ajeno a estos cambios que son cada vez más evidentes, por lo que es necesario desarrollar políticas más equitativas que se ajusten a la realidad de esta población siendo el campo de la investigación un punto de partida para la toma de decisiones, es que nos planteamos la iniciativa de investigar sobre la relación que hay entre el autoestima y el funcionamiento familiar de este grupo etáreo, a fin de favorecer y adaptar los planes, programas, proyectos y otras acciones en pro de una sociedad con mejor calidad de vida.

Enfermería es una profesión cuya función es brindar un cuidado integral a las personas, en todas las etapas de la vida e indistintamente de su condición, por consiguiente es nuestro compromiso contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de ahí el compromiso de investigar a fin de obtener datos significativos que permitan tener un marco referencial de la situación de los adultos mayores en el contexto social, lo que nos ayudará a determinar las necesidades reales que debemos tener en cuenta para lograr una atención eficaz y de calidad, así poder fomentar el autocuidado en el adulto mayor.

Por todo lo antes mencionado y según la experiencia adquirida durante nuestro internado en los diferentes hospitales y comunidad; motivó, nuestro interés por investigar el funcionamiento familiar y el nivel de autoestima del adulto mayor con hipertensión arterial que acude al programa: “Amigos de la Salud” Hospital Distrital Jerusalén; estudio que permitirá fortalecer el trabajo del personal de salud; particularmente el cuidado integral de enfermería para el paciente adulto mayor con hipertensión arterial, asimismo permitirá motivar la participación familiar de manera efectiva; sensibilizando a que participen en actividades de cuidado y de esta manera mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el seno familiar, planteándonos la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el funcionamiento familiar y el nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso del Hospital Distrital de Jerusalén del distrito La Esperanza, provincia de Trujillo 2014?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación entre Funcionamiento Familiar y Nivel de Autoestima del Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén. Trujillo 2014.

Objetivo Específicos:

- Identificar el Funcionamiento Familiar del adulto mayor hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén. Trujillo 2014.
- Identificar el nivel de Autoestima del adulto mayor hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén. Trujillo 2014.

HIPÓTESIS:

H1: El funcionamiento familiar se relaciona significativamente con el nivel de autoestima en el adulto mayor hipertenso.

H0: El funcionamiento familiar no se relaciona significativamente con el nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso.

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MATERIAL

2.1.1. Población: tamaño, lugar y criterios de selección

El universo de estudio estuvo conformado por 45 adultos mayores (100%), con diagnósticos de hipertensión arterial que acuden al programa “Amigos de la Salud” del Hospital Distrital Jerusalén. Ubicado en Lote 01, Mz. 20, del Barrio 3, sector Jerusalén, Provincia de Trujillo, Región La Libertad, País Perú. (Oficina Epidemiológica del Hospital Distrital Jerusalén 2014).

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al programa: “Amigos de la Salud” del Hospital Distrital Jerusalén de La Esperanza.
- Adultos mayores con mínimo una consulta médica al mes.
- Adultos mayores de ambos sexos, con capacidad cognitiva conservada.
- Adultos mayores hipertensos que desean participar voluntariamente en la encuesta.
- Adultos mayores que viven con su grupo familiar.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores hipertensos que presenten alguna alteración en sus procesos mentales.
- Adultos mayores con pre-hipertensión no definida.
- Adultos mayores que viven en condición de abandono.

2.1.2. Muestra, tamaño y tipo

Se trabajará con todo el universo muestral por ser pequeño.

2.1.3. Unidad de análisis y observación:

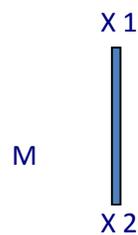
Adulto Mayor con diagnóstico de hipertensión arterial que acude al programa: “Amigos de la Salud” del Hospital Distrital Jerusalén de La Esperanza, Trujillo.

2.2. METODO

2.2.1. Tipo de Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal que va a describir la relación entre las variables identificadas en esta investigación en un momento determinado (Polit). (34)

2.2.2. Diseño de Estudio:



Donde:

M = Muestra

X1 = Nivel de autoestima

X2 = Funcionamiento Familiar

2.2.3. Operacionalización de las variables:

A.- Variable X1: Funcionamiento Familiar

Definición conceptual: Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia, patrones que adoptan para manejar el comportamiento.

Es un indicador de salud de la familia que permite tener una idea global sobre la percepción de sus integrantes en relación a sus necesidades; así mismo la familia es el recurso más grande que tiene la persona de edad mayor, ya que se refugia en ella en lugar de separarse, le ayuda a hacer frente a muchas necesidades sociales, emocionales, económicas y de salud con los cuales se encuentra el ser humano en la etapa adulta mayor, constituyendo un lugar de reencuentro o reaprovisionamiento psicológico, porque provee el afecto y el compañerismo que otras instituciones no son capaces de brindar. (6)(38)

Definición operacional:

Sera calificada de acuerdo a la siguiente escala:

- **Funcionamiento Familiar alto** : 31 – 45 Puntos
- **Funcionamiento Familiar medio** :16 - 30 Puntos
- **Funcionamiento Familiar bajo** : 0 - 15 Puntos

B.- Variable X2: Nivel de Autoestima

Definición conceptual: Actitud o sentimiento, positivo o negativo hacia la persona, basada en el autoconocimiento, en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo y el afecto que recibe desde que nace, se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación revelando el grado en que la persona se sienta capaz, exitosa y digna, y actúa como tal. Para la tercera edad la autoestima es clave, ya que sus habilidades y características, han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. (41)(22)

Definición operacional:

Sera calificada de acuerdo a la siguiente escala:

- **Autoestima alta** : 21 – 30 puntos
- **Autoestima media** : 11 – 20 puntos
- **Autoestima baja** : 0 - 10 puntos

2.2.4. Procedimiento para la recolección de información:

Para la ejecución del presente trabajo de estudio, se solicitó permiso dirigido al director del Hospital Distrital Jerusalén de Trujillo, luego de obtenerlo, se coordinó con la enfermera y psicólogo encargados del área.

La recolección de los datos se realizó a través de la aplicación de dos instrumentos, a los adultos mayores hipertensos de ambos sexos, que pertenecen al programa: “Amigos de la Salud”; escogidos según los

criterios de inclusión señalados en el estudio; el primero para identificar el nivel de funcionamiento familiar y el segundo para identificar el grado de autoestima ,se hizo uso de un tiempo aproximado de 30 minutos, previamente se les solicitó la participación voluntaria (Consentimiento Informado, Anexo N°3), previa identificación del personal encuestador; así como la orientación y el fundamento de la importancia del estudio y sus implicancias para el cuidado de su salud; cabe mencionar que considerando las pérdidas sensoriales, en algunos casos se brindó apoyo en el desarrollo del cuestionario.

El procedimiento de recolección de información en la presente investigación utilizó los siguientes instrumentos:

2.2.5. Instrumentos para la recolección de datos

Los instrumentos a utilizar en el presente estudio de investigación fueron:

A. Encuesta sobre Funcionamiento Familiar:

El instrumento fue creado por las autoras de la presente investigación, en base a los criterios tomados por el Modelo Mc Master de Epstein y colaboradores (44), según la variable de estudio que está relacionada con el Funcionamiento familiar, este instrumento esta agrupado por dimensiones y consta de 15 ítems; puntuables entre 0 y 3 puntos, lo que permitió obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 45. (Anexo1)

Cada ítem tuvo como alternativas de respuesta:

- | | |
|------------------|------------|
| A.- Siempre | : 3 puntos |
| B.- Casi siempre | : 2 puntos |
| C.- A veces | : 1 puntos |
| D.- Nunca | : 0 punto |

B. Cuestionario sobre Nivel de Autoestima del adulto mayor hipertenso:

El instrumento a utilizar es la Escala de Autoestima de Rosemberg M. y Coopersmith. (37)(9); modificada por las autoras de esta investigación; que tuvo por objetivo evaluar el sentimiento de bienestar que la persona tiene de sí misma. La escala constó de 10 preguntas, puntuables entre 0 y 3, lo que permitió obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 30. (Anexo2)

Cada ítem tuvo como alternativas de respuesta:

- | | |
|-----------------|------------|
| A.-Siempre | : 3 puntos |
| B.-Casi siempre | : 2 puntos |
| C.-A veces | : 1 puntos |
| D.-Nunca | : 0 puntos |

2.2.6. Confiabilidad y Validación de los Instrumentos de Medición:

❖ Validez

Para la validez del instrumento que evalúa el Funcionamiento Familiar y el Autoestima, se aplicó la fórmula “ r_s ” de Spearman Brown, luego de haber

calculado la “r” Correlación de Pearson en los ítems del instrumento de medición. Se obtuvo un $r_s = 0.936$ ($r_s > 0.75$) para el Funcionamiento Familiar y $r_s = 0.871$ ($r_s > 0.75$) para el Autoestima, lo cual indica que los instrumentos son válidos. (Ver anexo N° 4).

❖ **Confiabilidad**

De un total de 15 pruebas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad del instrumento se obtuvo para el instrumento total un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.809$ ($\alpha > 0.75$) para el Funcionamiento Familiar y un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.838$ ($\alpha > 0.75$) para el nivel de Autoestima, lo cual indica que los instrumentos son confiables. (Ver anexo N° 04).

2.2.7. Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos:

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de los adultos mayores hipertensos a quienes se les explicó los objetivos de estudio a realizar, respetando su derecho a desistir de la misma si el caso lo amerita.

Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes haciendo uso de

los principios éticos que en toda investigación se deben tener en cuenta ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD, para ello se cuidó de no solicitar los nombres y apellidos durante el llenado de los instrumentos, lo que favoreció el respeto a la privacidad de los participantes. Para el recojo de la información se proporcionó un ambiente de privacidad.

2.2.8. Método y análisis estadístico de los datos:

La información recolectada a través de los instrumentos descritos será ingresada y procesadas en el programa estadístico SPSS por Windows Versión 19. Los resultados se presentarán en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Para determinar si existe relación entre variables se hará uso de la prueba de independencia de criterios “Chi - cuadrado” que mide la relación entre dos variables; considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor al 5 % ($p < 0.05$)

RESULTADOS

TABLA N° 1

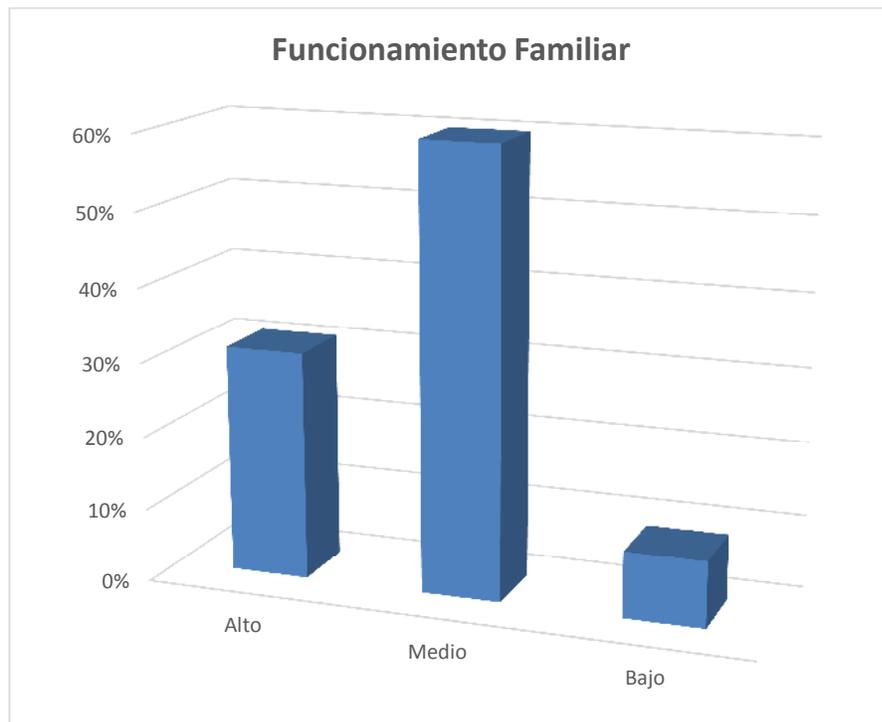
**Distribución Numérica y Porcentual del Funcionamiento Familiar en el
Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.**

Funcionamiento Familiar	N°	%
Alto	14	31
Medio	27	60
Bajo	4	9
Total	45	100

Fuente: Cuestionario sobre el Funcionamiento Familiar. Hospital Distrital Jerusalén 2014.

GRÁFICO N° 1

**Distribución Porcentual del Funcionamiento Familiar en el Adulto Mayor
Hipertenso del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.**



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2:

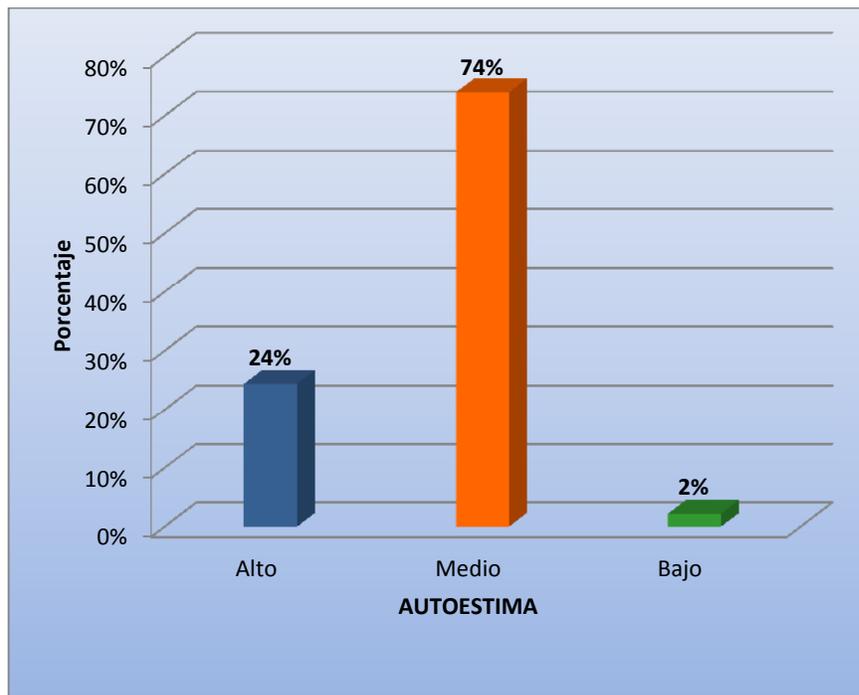
**Distribución Numérica y Porcentual del Nivel de Autoestima en el Adulto
Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.**

Autoestima	N°	%
Alto	11	24
Medio	33	74
Bajo	1	2
Total	45	100

Fuente: Cuestionario sobre el Autoestima. Hospital Distrital Jerusalén 2014.

GRÁFICO N° 2

Distribución Porcentual del Nivel de Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3

Relación del Funcionamiento Familiar y la Autoestima en el Adulto Mayor

Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.

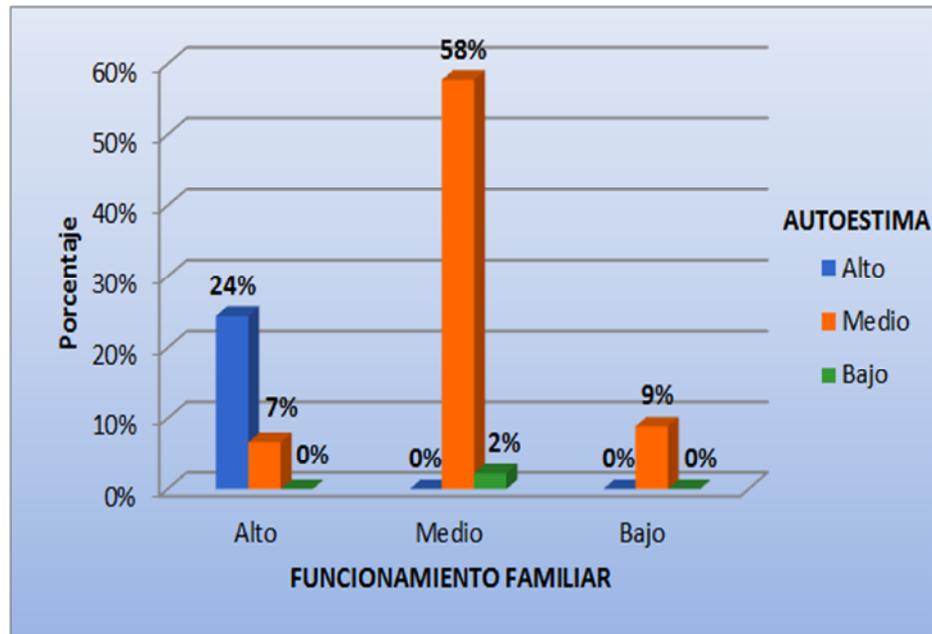
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	AUTOESTIMA						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Alto	11	24	3	7	0	0	14	31
Medio	0	0	26	58	1	2	27	60
Bajo	0	0	4	9	0	0	4	9
Total	11	24%	33	74%	1	2%	45	100%

Fuente: Cuestionario Funcionamiento Familiar y Autoestima. Hospital Distrital Jerusalén 2014.

$X^2 = 32,496$ $P = 0,000 < 0,05$ Significativo

GRÁFICO N° 3

Relación del Funcionamiento Familiar y la Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso. Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2014.



Fuente: Tabla N° 3

DISCUSIÓN

En la tabla N° 01; se evidencian los niveles de funcionalidad familiar del adulto mayor hipertenso; donde el 60% alcanzó un nivel medio de funcionamiento familiar, seguido de un nivel de funcionalidad familiar alto con un 31%, y por último los adultos que presentan nivel de funcionalidad familiar bajo alcanzaron solo el 9%.

Resultados que coinciden con los reportados por Escalante A; Guanilo I. (2006) en su estudio denominado Funcionamiento Familiar de los adultos mayores hipertensos del programa de hipertensión arterial del Hospital II Chocope-ESSALUD; cuyos resultados reportan que el 55,2% califico con funcionalidad familiar media; el 29,2% de funcionalidad familiar alto; 15,6% de funcionamiento familiar bajo (11)

Nuestros resultados difieren con los encontrados por Hernandez Y. Y COL.(2008), quien en su trabajo sobre Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores que se llevó a cabo en Casa de Abuelos de Lotería Municipio Cotorro, La Habana- Cuba; se encontró que el 64 % perciben una familia funcional, el 28 % una familia moderadamente funcional y el 8 % percibe una familia disfuncional. (16)

Sabemos que la familia es una institución milenaria y un grupo humano reconocido como importante y decisivo para el desarrollo humano en muchas

ramas del saber, es cierto que su estudio es complejo y requiere una mirada integradora. Los procesos familiares discurren a su vez en espacios considerados como privados, lo que implica que para su evaluación e intervención haya que entrar en las esferas más íntimas de las personas.

Según los resultados obtenidos, se evidencia claramente que en el grupo de estudio, predomina la funcionalidad familiar media (60%), que a nuestro criterio probablemente obedezca factores, sociales, económicos y aspectos culturales, destacando los valores, minimizando el verdadero valor de la familia y la importancia de cada uno de sus miembros, en especial aquellos grupos de riesgo, quienes atraviesan por una etapa de transición en su vida, los adultos mayores.

Los resultados señalan que los adultos mayores perciben que sus familias no son capaces de enfrentar en su totalidad situaciones externas e internas que pueden alterar la congruencia y estabilidad de las cuales depende de la funcionalidad familiar, siendo el nivel intermedio un estado que puede mejorarse en las familias a partir de la intervención del profesional de enfermería de familia, apuntando a regular y organizar sus funciones de comunicación, de tal forma que se permita el intercambio de opiniones basado en un mejor respeto por la diferencia, las creencias, y permitiendo el crecimiento individual; así mismo poner énfasis en la resolución de problemas, contribuyendo al tratamiento de la hipertensión; y de esta manera se eviten complicaciones severas en el adulto mayor.

Por otro lado es muy posible que si estas características siguen siendo vulnerables y no hay cambios para lograr elevar el nivel de la funcionalidad familiar, solo sea cuestión de tiempo para que estas familias puedan ser percibidas con funcionalidad familiar baja.

En la Tabla N° 02, se evidencian los niveles de autoestima del adulto mayor hipertenso, donde el 74% calificó con un nivel medio de autoestima, el 24% tienen nivel alto, en tanto que el 2% del adulto mayor hipertenso obtienen nivel bajo de autoestima.

Nuestros resultados difieren con los reportados por Lirion, N. y Moya, E. (2002), en su estudio realizado sobre el Grado de Apoyo Social percibido y Nivel de autoestima del adulto mayor, en el Centro del adulto mayor Albrecht - ESSALUD-Trujillo; donde encontraron que: el 83.2% presenta un nivel de autoestima alta; 16.8% presenta un nivel de autoestima regular, y no se reportaron adultos mayores con nivel de autoestima bajo. (22)

Así mismo, difiere con el estudio Yepes, Y; Zavala, F (2001); en su estudio realizado sobre Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con el nivel de autoestima. Centro del Adulto Mayor- ESSALUD El Porvenir; donde encontraron que el 54,2% de adultos mayores presentó un nivel de autoestima alto y el 45.8% un nivel de autoestima baja. (45)

La autoestima es la base y centro del desarrollo humano, concepto que se tiene de la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida. Las evaluaciones y experiencias reunidas, se conjuntan en un sentimiento positivo hacia sí mismo o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se espera. La autoestima se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes, ya que ambas son fuentes de estímulo. (26)

El nivel medio de la autoestima puede ser originado por la percepción y comparación del sí mismo con los valores personales y sociales; los cuales, en nuestra sociedad, no están satisfactoriamente desarrollados. Y además sumado al poco apoyo o soporte familiar a los adultos mayores hipertensos.

Los adultos mayores, dada su condición, requieren de una atención especial que permita velar por su salud, estabilidad emocional, pero sobretodo se busca que ellos puedan reintegrarse a su vida anterior. Es aquí donde la autoestima, es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el adulto mayor debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios en comparación con años atrás. El adulto mayor, se encuentra en una situación física, social y culturalmente confundida, motivo por el cual se siente o sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio, a los valores

asociados, a la belleza de la juventud y del menos aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la tercera edad.

En la Tabla N° 3; se visualiza la relación entre Funcionamiento Familiar y Nivel de Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso; observándose que el 58% del adultos mayores hipertensos que obtuvieron nivel medio en el funcionamiento familiar, tienen nivel medio de autoestima; el 24% del adultos mayores hipertensos que obtuvieron nivel alto en el funcionamiento familiar, tienen nivel alto de autoestima; así mismo el 9% que obtuvieron funcionamiento familiar bajo y calificaron con autoestima media; por tanto el funcionamiento familiar se relaciona significativamente con el nivel de autoestima en el adulto mayor hipertenso del Hospital Distrital Jerusalén del distrito de La Esperanza de la provincia de Trujillo en el año 2014, significancia que se demuestra con los valores de Chi-Cuadrado: $X^2 = 32,496$ donde $P = 0,000 < 0,05$.

Cabe resaltar que la familia ha tenido y tiene un papel básico y fundamental en la funciones de protección, cuidado y atención a sus miembros, entre ellos existe sentimientos de solidaridad y reciprocidad que se manifiestan de diferente formas como compartir responsabilidades, ofrecer contraprestaciones y ayuda mutua como parte de las obligaciones familiares, por lo tanto la familia sigue siendo el principal soporte del adulto mayor. (44)

Finalmente; la familia deberá conocer lo que se espera de un envejecimiento normal, ya que esto facilita una convivencia armónica entre las

distintas generaciones y posibilitará la integración de las mismas, creciendo y nutriéndose con el aporte de una visión diferente de la vida. Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado, fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud. (20)

Considerando la situación del adulto mayor, en el seno familiar y comunitario, el cuidado que se le otorgue en estos escenarios, requiere de estrategias que permitan proteger y mejorar la calidad de vida del adulto mayor, disminuyendo los problemas emocionales y eleven su nivel de autoestima; percepción que el mismo proceso de envejecimiento impone en cada persona y disminuye en la medida que el adulto mayor percibe soledad y marginación en su día a día; concomitante con sobre llevar un proceso crónico como es, la hipertensión arterial, pues es indiscutible que toda persona adulta mayor tiene los mismos derechos y deberes que los adultos jóvenes y niños, por tanto el personal de salud tiene que estar preparado para dar soporte a todos los cambios que el ser humano experimenta en la etapa de la adultez mayor.

CONCLUSIONES

1. El 60% de adultos mayores alcanzó un nivel medio de funcionamiento familiar, seguido de un nivel de funcionalidad familiar alto con un 31%, y por último los adultos que presentan nivel de funcionalidad familiar bajo alcanzaron solo el 9%.
2. En relación a los niveles de autoestima del adulto mayor hipertenso, donde el 74% calificó con un nivel medio de autoestima, el 24% tienen nivel alto, en tanto que el 2% del adulto mayor hipertenso obtienen nivel bajo de autoestima.
3. En relación al Funcionamiento Familiar y Nivel de Autoestima en el Adulto Mayor Hipertenso; se encontró que el 58% del adultos mayores hipertensos que obtuvieron nivel medio en el funcionamiento familiar, tienen nivel medio de autoestima; el 24% del adultos mayores hipertensos que obtuvieron nivel alto en el funcionamiento familiar, tienen nivel alto de autoestima; así mismo el 9% que obtuvieron funcionamiento familiar bajo y calificaron con autoestima media; por tanto el funcionamiento familiar se relaciona significativamente con el nivel de autoestima en el adulto mayor hipertenso del Hospital Distrital Jerusalén del distrito de La Esperanza de la provincia de Trujillo en el año 2014, significancia que se demuestra con los valores de Chi-Cuadrado: $X^2 = 32,496$ donde $P = 0,000 < 0,05$.

RECOMENDACIONES

- ✓ Impulsar políticas públicas de protección del adulto mayor, que involucren a la familia y a los servicios de salud, desde el abordaje de la Promoción de la Salud.

- ✓ Desarrollar programas de preparación para una tercera edad saludable; debiendo ser inclusivo, multisectorial.

- ✓ Fortalecer las competencias profesionales del equipo multidisciplinario que tiene directa relación con el adulto mayor.

- ✓ Mejorar o ampliar las aplicaciones terapéuticas de la autoestima desde que se concibe al nuevo ser, hasta la última etapa del ciclo de la vida; orientadas a lograr el desarrollo humano, en función de utilizar los aportes existentes y contribuir en el desarrollo personal y social de los individuos de mayor riesgo, como son los adultos mayores.

- ✓ Continuar desarrollando investigación en las diferentes áreas y escenarios del trabajo con el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ANZOLA, E. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica .3ra ed. Washington. Edit. Paltex.OPS; 1993. p. 11-13.
2. BARROSO, M. Autoestima. Ecología y Catástrofe. 2da ed. Edit. Galac, S.A. Caracas 2000.
3. BASE DE DATOS OFICINA ESTADÍSTICA, Hospital Distrital Jerusalén. La Esperanza-La Libertad. 2013.
4. BUSTAMANTE, S. Autoestima y asertividad.2004
URL:<http://ebookbrowse.net/autoestima-y-asertividad-bustamante-sara-pdf-d561491073> (Accesado: 10/09/13).
5. CANTO H., CASTRO E. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Enseñanza e Investigación en Psicología: México. 2004 URL: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29290204.pdf> (Accesado el 16/09/13).
6. CASTILLO, K. y PEREZ L. Nivel de depresión y su relación con el grado de funcionamiento familiar percibido y grado de participación social del adulto mayor, Cartavio. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2008.
7. CASTILLO, R. y CRUZ, M. Actitud de la Familia hacia el Adulto Mayor y su Relación con el Nivel de Autoestima. Sector 1 de Moche. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].Trujillo Universidad Nacional de Trujillo; 1998.
8. COMFABOY. Atención al adulto mayor, 2013 URL:

- <http://www.comfaboy.com.co/index.php/acerca-de-comfaboy/que-es-comfaboy-.html>(Accesado el 10/01/14).
9. COOPERSMITH, S. Inventario de autoestima .Ed EMAPE. Palo Alto California 1996pp2-8
 10. DARIO, J. El adulto mayor. 2003 URL: <http://www.monografias.com/trabajos65/adulto-mayor/adulto-mayor.shtml#xintro>. (Accesado el 10/09/13).
 11. ESCALANTE, A. y GUANILO, I. Influencia de funcionalidad familiar e hipertensión arterial en el adulto mayor. Programa de hipertensión arterial. Hospital II Chocope-ESSALUD. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2006
 12. FERNÁNDEZ MOYA, J. y Col. “En busca de resultados: Una introducción a las terapias sistémicas”, Tomo I, Cap. 8, Ed. Universidad del Aconcagua. Mendoza; 2010.
 13. FERNÁNDEZ MOYA, J. En busca de resultados. Una introducción al modelo sistémico–estratégico. Editorial de la Universidad del Aconcagua. Mendoza; 2000.
 14. FLORENZANO, R. Familia y salud de los jóvenes. Ediciones: Universidad Católica de Chile. Santiago; 1994.
 15. GARAY, F. Autoestima en el Adulto Mayor .2009. URL: <http://centrosaludmental.wordpress.com/2009/03/03/autoestima-en-el-adulto-mayor/>. (Accesado el 16/08/13).
 16. HERNÁNDEZ Y. y COL. Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. [Tesis para

optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Hospital Psiquiátrico- La Habana; 2008.

17. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA:
Situación de la niñez y del adulto mayor. Julio - setiembre 2013
URL:<http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adulto-mayor-jul-set-2013.pdf> (Accesado el 10/01/14).
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA:
(INEI).Carpeta de estadística georeferencial-Departamento de La Libertad.
2013. Disponible en:
http://www.congreso.gob.pe/dgp/Gestion_Informacion_Estadistica/georeferencial/2013/3trimestre/13.LALIBERTAD.pdf . (Accesado el 13/09/13).
19. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA:
(INEI) Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud
.2006-2010 Disponible en:
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1041/libro.pdf>
(Accesado el 13/09/13)
20. KANÁN, G. Y COL. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración, 2010 Disponible en:
<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Gabriela-Esther-Kanan-Cede%F1o.pdf> (Accesado 01-10-13).
21. LARA, C. y Col. Validez y confiabilidad el inventario de autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología México 1993; 119(11):225-24.

22. LIRION N, y MOYA E. Grado de apoyo social percibido y nivel de autoestima del adulto mayor. Centro del adulto mayor Albrecht-ESSALUD. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2002.
23. LOURO I. Modelo teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Revista Cubana de Salud Pública. La Habana 2004;29(1):48-51
24. MENDEZ L. y MORALES B. Algunos factores biopsicosociales y su relación entre el nivel de depresión en el adulto mayor- Salaverry. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional de Trujillo; 2007.
25. MINISTERIO DE SALUD. Hipertensión arterial. 2013 URL: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/108-hipertension-arterial> (Accesado 08/ 08/13).
26. MCKAY, M. y FANNING, P. Autoestima. Evaluación y Mejora 3ª.ed. Madrid: Edit. Martínez Roca. Madrid; 1999.p.20-36
27. MINUCHIN S., FISHMAN H. Técnicas de Terapia Familiar. Edit. Paidós. Argentina 2004; 108 (4): 90-6.
28. NORABUENA, P. El McMaster Enfoque de familias.2013 URL: <https://es.scribd.com/doc/180802787/El-McMaster-Enfoque-de-Familias-docxamilias: la teoría, la evaluación, el tratamiento y la investigación.> (Accesado 09/10/14)

29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulos de valoración clínica -Módulo 7: Evaluación social del adulto mayor 2009; 75 (2): 30-7.
30. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Adulto Mayor;2005
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf(Accesado 10/04/14)
31. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).Datos estadísticos en Adultos Mayores; 2013.
<http://www.docsalud.com/articulo/3362/seg%C3%BAAn-la-oms-en-am%C3%A9rica-habr%C3%A1-200-millones-de-adultos-mayores-en-2020>(Accesado 10/04/14)
32. ORTEGA, A y Col. Funcionamiento familiar en adultos mayores. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Consultorio del área II del Municipio Cienfuegos- La Habana; 2000.
33. PAPALIA, D. Desarrollo Humano, 9^a ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana México; 2005. p. 670-755.
34. PAPALIA, D. y WENDKOS, S. Psicología del desarrollo. 1997
Disponible en:
http://members.tripod.com/psico1_deshumano/psicoanalitica.html.
(Accesado el 23.10.13).
35. POLIT, D. y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ed. Nueva Editorial Interamericana. México, 1994.p-465-78

36. RODRIGEZ M, PELLICER G. Como se desarrolla la autoestima: Clave del éxito personal, 2da ed. México .El Manual Moderno; 1998. p. 27-35
37. ROSEMBERG. M. Counseling the Self. Basic Book. New York. British Journal of Psychiatry; 1992; 153: 6-15.
38. SATIR, V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. 3^{ra} Edic. Edit. McGraw-Hill Interamericana México; 2005. p. 70-75.
39. STABB, A Y HODES, L. Enfermería gerontológica. Adaptación del proceso de envejecimiento. 2da Edi. Ed. Mc Graw Hill Interamericana México; 1998. p. 468-475.
40. TERESA, A. Cuidado del anciano. 2010 URL: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:NLMO1K>. (Accesado el 16/09/13)
41. VASQUEZ, K. Influencia del funcionamiento familiar en el grado de depresión y la percepción del maltrato en el adulto mayor- Vista Alegre. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2007.
42. VÁSQUEZ, L. Nivel de autoestima en adultos mayores que acuden al Hospital Víctor Lazarte Echegaray [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 1998.
43. VELASCO M. y LUNA M. Instrumentos de evaluación en terapia de familia y de pareja. 1ra ed. México, Ed. Paz México; 2006. .p .2-12.
44. WILBER, K. El proyecto Atman 2^a. ed. Edit. Kairós. Barcelona .1995.p.191-196.

45. YAGOSKY, R. Autoestima en Palabras Sencillas. Impresiones San Pablo. Caracas, Venezuela; 1998.
46. YEPES, Y. y ZAVALA, F. Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con el nivel de autoestima. Centro del adulto mayor-ESSALUD- El Porvenir. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2001.

ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Elaborado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013).

I. Instrucciones para su aplicación: Estimado (a) adulto mayor, a continuación se le formulará una serie de preguntas que están relacionados con el comportamiento de su familia con usted. Se le solicita responder con SINCERIDAD, la respuesta que considere correcta con las alternativas siguientes: (A) siempre, (B) casi siempre, (C) a veces, (D) nunca. La encuesta es totalmente ANÓNIMA.

¡MUCHAS GRACIAS!

Cada ítem tiene como alternativas de respuesta:

- A.- Siempre : 3 puntos
- B.-Casi siempre : 2 puntos
- C.- A veces : 1 puntos
- D.-Nunca : 0 punto

DIMENSIONES FRECUENCIA	A	B	C	D
	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
DIMENSIÓN: COMUNICACIÓN				
1. Usted le cuenta a su familia lo que le pasa.				
2. En su casa sus opiniones son tomadas en cuenta.				
3. Durante el día en la familia tienen momentos de conversación.				

DIMENSIÓN: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
4. En su familia se preocupan por resolver sus problemas de salud.				
5. En su familia se preocupan por su tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial.				
6. Si usted tiene dificultades, su familia está en la mayor disposición de ayudarlo.				
DIMENSIÓN: INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO Y RESPUESTAS AFECTIVAS				
7. Siente que su familia lo(a) quiere.				
8. Su familia le pregunta los resultados de la consulta				
9. Su familia se preocupa por su alimentación y le prepara su dieta baja en sal.				
DIMENSIÓN: ROLES				
10. En su familia cada uno cumple sus responsabilidades.				
11. En su familia usted realiza actividades que puede ejecutar fácilmente.				
12. Cada uno de los miembros de su familia tienen sus propias obligaciones y responsabilidades.				
DIMENSIÓN: CONTROL DE CONDUCTA				
13. Usted piensa que en su familia se respeta la autoridad.				
14. En su familia existen normas que cumplir.				
15. Usted asiste a reuniones familiares porque siempre lo invitan.				



ANEXO 2

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE AUTOESTIMA

Tomado de: Rosemberg (1996) y Coopersmith (1996)

Modificado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013).

I.-Instrucciones para su aplicación: Estimado (a) adulto mayor, a continuación se le formulará una serie de preguntas que están relacionados con el grado de estima que siente hacia sí mismo. Se le solicita responder con SINCERIDAD, la respuesta que consideres correcta con las alternativas siguientes: (A) siempre, (B) casi siempre, (C) a veces, (D) nunca. La encuesta es totalmente ANÓNIMA.

¡ MUCHAS GRACIAS !

Cada ítem tiene como alternativas de respuesta:

- A.-Siempre : 3 puntos
- B.-Casi siempre : 2 puntos
- C.-A veces : 1 puntos
- D.-Nunca : 0 puntos

DIMENSIONES	A	B	C	D
	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
FRECUENCIA				
1. Siente que es una persona digna de aprecio, por su familia.				
2. Está convencido(a) de que tiene cualidades buenas.				
3. Es capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los miembros de su familia.				
4. Tiene una actitud positiva hacia sí mismo(a).				
5. Se siente satisfecho(a) de sí mismo(a).				
6. Siente que tiene mucho de lo que estar orgulloso(a).				
7. Es capaz de alcanzar la mayoría de sus metas.				
8. Le gustaría sentir más respeto por sí mismo(a),				
9. Considera que es útil.				
10. Se considera buena persona.				

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO..... después de haber recibido orientación acerca de la investigación a realizar por las Bachilleres en Enfermería JENNY KATHERINE LIBERATO AGUILAR y MARIA GARCIA JULCA; acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN. TRUJILLO 2014. Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcione serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión de mi persona, familia y que me será posible saber los resultados del proyecto de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad firmado el presente documento.

.....
Adulto Mayor

.....
Jenny Liberato Aguilar
DNI. 46270782

.....
María García Julca
DNI. 47033425

ANEXO N° 04
ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO QUE
EVALÚA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

N°	Ítems														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3	3
2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2
3	3	2	3	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3	3	3
4	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3
5	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	3	3
6	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
7	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
8	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2
9	3	2	3	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2
10	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
11	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2
12	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1
13	0	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1
14	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2
15	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	3	3	2	1	1

Fuente: Muestra Piloto.

ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD PARA EL INSTRUMENTO QUE
EVALÚA EL AUTOESTIMA.

N°	Ítems									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	2	3	3	2	3	2	1	1	3
2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	1
3	1	2	3	2	3	2	2	1	2	3
4	3	3	1	1	2	1	2	3	1	2
5	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1
6	2	1	2	1	2	1	1	2	1	3
7	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
8	2	2	2	3	2	1	3	2	1	2
9	0	1	0	1	0	3	0	0	1	3
10	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2
11	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1
12	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1
13	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1
14	2	2	2	1	2	1	1	2	0	1
15	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1

Fuente: Muestra Piloto.

1. Prueba de Validez Interna del Instrumento que evalúa el Funcionamiento Familiar

“ r_s ” Spearman Brown

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \times \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}} \quad \Rightarrow \quad r_s = \frac{2 \times r}{1 + r}$$

Dónde:

r: Correlación de Pearson

r_s : Correlación de Spearman (Validéz Interna)

x: Puntaje impar obtenido

x^2 : Puntaje impar al cuadrado obtenido

y: Puntaje par obtenido

y^2 : Puntaje par al cuadrado obtenido

n: Número de educandos

\sum : Sumatoria

Estadístico	X	Y	x2	y2	xy
Suma	234	195	3764	2627	3132

$$r = \frac{15 \times 3132 - 234 \times 195}{\sqrt{15 \times 3764 - (234)^2} \times \sqrt{15 \times 2627 - (195)^2}} = 0,880$$

$$r_s = \frac{2 \times 0,880}{1 + 0,880} = 0,936 > 0,75 \quad \text{Válido}$$

2. Prueba de Validez Interna del Instrumento que evalúa el Autoestima “r_s” Spearman

Brown

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \times \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}} \quad \Rightarrow \quad r_s = \frac{2 \times r}{1 + r}$$

Dónde:

r: Correlación de Pearson

r_s: Correlación de Spearman (Validéz Interna)

x: Puntaje impar obtenido

x²: Puntaje impar al cuadrado obtenido

y: Puntaje par obtenido

y²: Puntaje par al cuadrado obtenido

n: Número de educandos

∑: Sumatoria

Estadístico	X	Y	x2	y2	xy
Suma	119	132	1087	1248	1133

$$r = \frac{15 \times 1133 - 119 \times 132}{\sqrt{15 \times 1087 - (119)^2} \times \sqrt{15 \times 1248 - (132)^2}} = 0,772$$

$$r_s = \frac{2 \times 0,772}{1 + 0,772} = 0,871 > 0,75 \quad \text{Válido}$$

3. Prueba de Confiabilidad del Instrumento que mide el Funcionamiento Familiar “ α ” de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

α : Coeficiente de Confiabilidad

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítem

S_t^2 : Varianza del total de ítems

Σ : Sumatoria

Cálculo de los datos:

$$K = 15 \qquad \sum S_i^2 = 6,752 \qquad S_t^2 = 27,543$$

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{15}{15-1} \times \left(1 - \frac{6,752}{27,543} \right) = 0,809 > 0.75 \quad \text{Confiable}$$

4. Prueba de Confiabilidad del Instrumento que mide el Autoestima “ α ” de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

α : Coeficiente de Confiabilidad

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítem

S_t^2 : Varianza del total de ítems

Σ : Sumatoria

Cálculo de los datos:

$$K = 10 \qquad \sum S_i^2 = 7,038 \qquad S_t^2 = 28,638$$

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \times \left(1 - \frac{7,038}{28,638} \right) = 0,838 > 0.75 \quad \text{Confiable}$$