

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA DEL ADULTO
MAYOR. CENTRO DE SALUD SAN JUAN DEL DISTRITO
DE PAUCARPATA.AREQUIPA, 2012**

Tesis presentada por la Magíster:

HILDA EMILIANA MACEDO VALENCIA

Para optar el Grado Académico de:

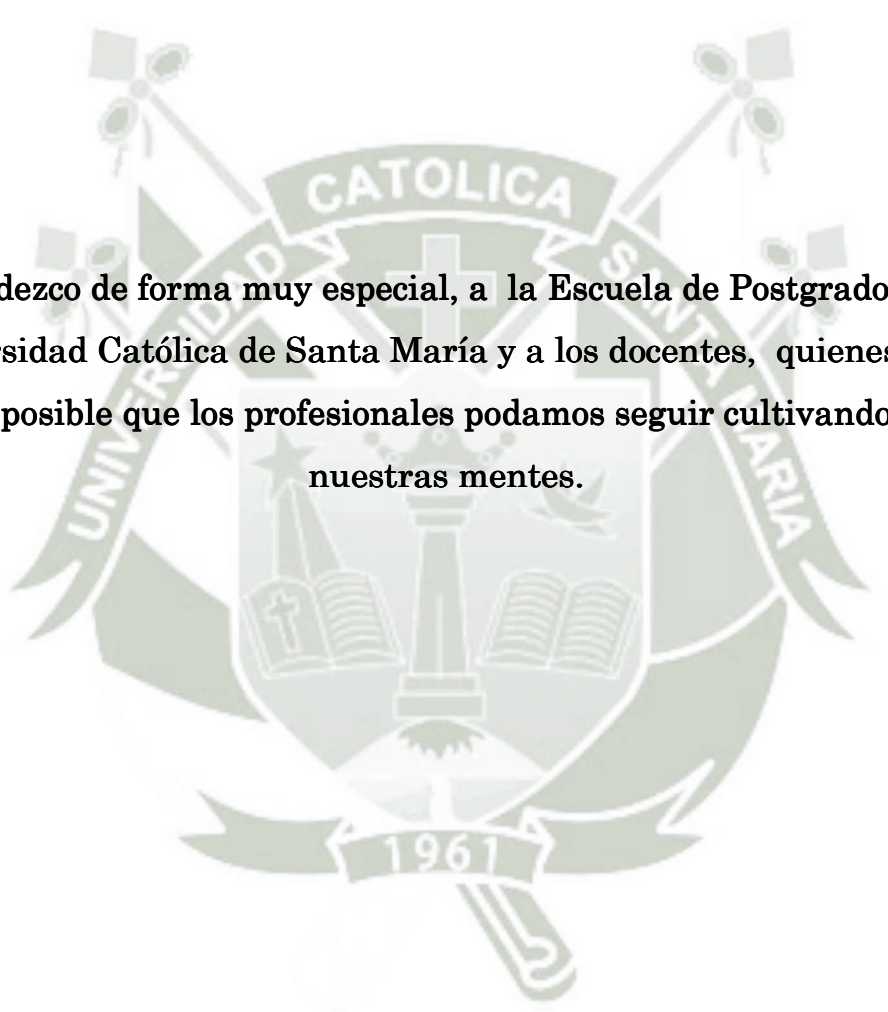
Doctor en Ciencias de la Salud

**AREQUIPA – PERU
2013**



*“Caminando en el sendero correcto, puedo encontrar
las mejores oportunidades de vida”*

Ravik



Agradezco de forma muy especial, a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María y a los docentes, quienes hacen posible que los profesionales podamos seguir cultivando nuestras mentes.

*A Dios
Que siempre ha estado conmigo*



*A mis padres y familiares
Quienes me han acompañado
y alentado en todo momento*

Hilda

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCIÓN	08
CAPÍTULO UNICO: RESULTADOS	10
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	11
2. ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA	12
3. FACTORES BIOPSIOSOCIALES	19
4. ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES BIOPSIOSOCIALES CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA	32
5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	35
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
PROPUESTA	41
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	53
Anexo 1: Proyecto de Investigación.....	54

RESUMEN

Se presenta el trabajo de investigación titulado: Factores Biopsicosociales asociados a las actividades de la vida cotidiana del Adulto Mayor. Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata. Arequipa, 2012, partiendo de la hipótesis las actividades de la vida cotidiana realizadas por los adultos mayores del Centro de Salud del Distrito de Paucarpata están asociados a los factores biológicos y sociales; del objetivo principal precisar el tipo de asociación que se da entre los factores biopsicosociales y la realización de las actividades de la vida cotidiana de los adultos mayores.

El estudio se realizó entre los meses de Marzo a Diciembre del 2012, recolectando la información de los adultos mayores en número de 30 mediante el cuestionario y la escala de Lawton, que dieron pase a las conclusiones: Que los factores biopsicosociales que se asocian a la vida cotidiana de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata de Arequipa son los biológicos y psicoemocionales. La forma en que realizan las actividades de la vida cotidiana los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata de Arequipa, es más del 50.0%, dependiente. El tipo de asociación que se da entre los factores biopsicosociales y las actividades de la vida cotidiana en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata, es directa.

Palabras Clave: Factoresbiopsicosociales – adulto mayor – actividades – vida cotidiana.

ABSTRACT

We present a paper titled: Biopsychosocial factors associated with the activities of daily life for the Elderly. San Juan Health Center Paucarpata District. Arequipa, 2012 assuming the activities of daily living older adults conducted by Health Center District Paucarpata are associated with biological and social factors, the main objective specify the type of partnership that exists between the factors biopsychosocial and performing activities of daily living of the elderly.

The study was conducted between the months of March to December of 2012, collecting information for older adults in numbers 30 through the questionnaire and scale of Lawton, who got through to the conclusions: That the biopsychosocial factors that are associated with the daily lives of older adults treated at the San Juan Health Center Paucarpata District of Arequipa are the biological and psycho-emotional. The way they perform activities of daily living older adults treated at the San Juan Health Center Paucarpata District of Arequipa, is more than 50.0%, dependent. The type of exists between biopsychosocial factors and activities of daily living in older adults treated at the San Juan Health Center Paucarpata District, is straightforward.

Keywords: Factoresbiopsicosociales - elderly - activities

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de las poblaciones está revolucionando nuestra infraestructura socioeconómica, la globalización y los avances tecnológicos también están cambiando radicalmente nuestro sistema de herramientas y habilidades de gestión relacionadas con el lugar de trabajo, la síntesis creativa, y el desarrollo político y social. Mientras que en el terreno de la globalización de la información y la tecnología parece estar trazado el curso, no sabemos cómo responderá el mundo para resolver sus distancias, ni su más duradero sostén: las relaciones humanas. A medida que el envejecimiento de la población mundial confluye con la tecnología y la globalización, emerge una nueva “cultura”, con sus propios patrones de producción y consumo, sus facilidades y servicios. Una nueva “cultura” que puede también favorecer y activar el diálogo político, la investigación y la formación, y establecer los elementos clave de una sociedad global del envejecimiento. En suma, las políticas sobre la vejez para la mayor parte del siglo XX fueron concebidas teniendo en mente una sociedad joven. Urias, T. “De aquí en adelante, las políticas para los de mayor edad, para otros más jóvenes, y para los que se encuentran entre unos y otros, deben ser concebidas teniendo en mente una sociedad del envejecimiento, una sociedad en la que en un futuro cercano uno de cada tres individuos superará los 60 años”.

En síntesis, a nivel nacional debemos concienciarnos y esforzarnos para generar un cambio de pensamiento que nos permita involucrar, readaptar y reinsertar a la persona mayor dentro de esta sociedad cambiante. Actualmente, se ha excluido al adulto mayor de dicho proceso de globalización. Esto ha hecho más difícil su entorno en todas las áreas sociales y laborales en lugar de facilitar su adaptación.

En la presente investigación se establece la importancia del desenvolvimiento del adulto mayor en la vida cotidiana desde la perspectiva relacional con los factores biopsicosociales.

Se consideró importante investigar en razón de que en nuestro medio son escasas las investigaciones sobre la relación de factores con el desenvolvimiento del adulto mayor en su entorno social; por lo tanto queda justificado si reflexionamos sobre la relevancia que ha adquirido la subcultura del adulto mayor dentro de la investigación sociológica.

El conocer la situación real que viven los adultos mayores nos advierte sobre los comportamientos de riesgo que acontecen a dicho colectivo, lo que nos permitirá contar con una aproximación teórica fundamentada en datos empíricos sobre una realidad y a partir de ésta dar respuestas y alternativas de intervención orientadas hacia la corrección de la problemática. Además, la información obtenida sobre esta realidad sirve a los profesionales de la salud encargados de la estrategia sanitaria dirigida al adulto mayor, quienes a partir de los resultados podrán diseñar estrategias de intervención de orden preventivo que aborden estos problemas con el único propósito de aumentar su calidad global de vida.

Asimismo, los resultados sirven de referente para fundamentar políticas de educación sanitaria tendientes a mejorar el ambiente familiar y a la calidad de comunicación con los adultos mayores.

La presente investigación consta medularmente de un capítulo único, en el cual se expresan los resultados de la investigación, a tablas de cuadros y gráficos que responden a los objetivos de investigación, los cuales constituyen los criterios para generar las secciones correspondientes.

Luego de la interpretación de las tablas se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, se incluye la propuesta y la bibliografía, así como los anexos correspondientes, dentro de los cuales se incluye el proyecto de investigación.



CAPITULO UNICO
RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

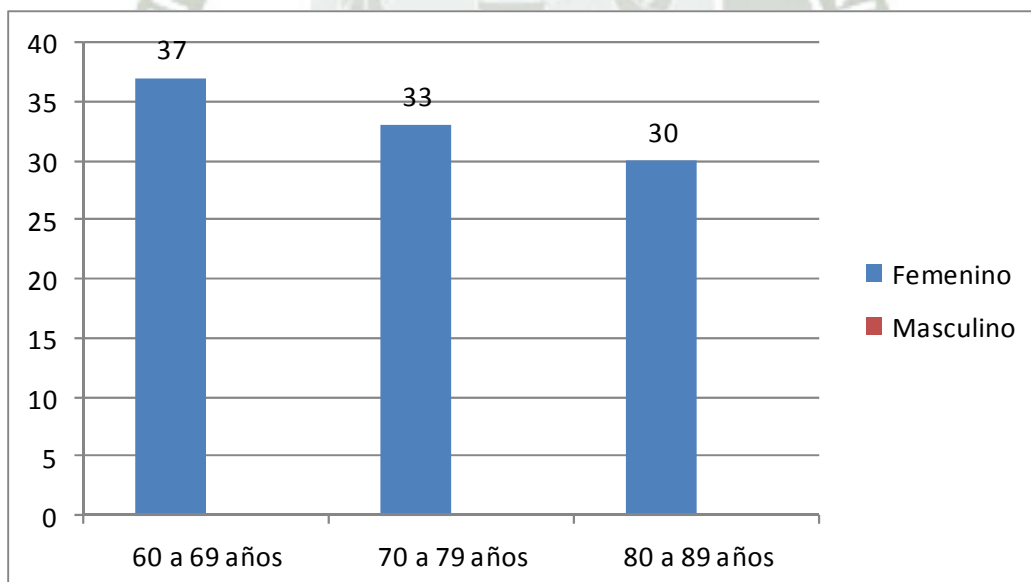
TABLA N° 1

ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y GÉNERO

EDADES	GÉNERO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	F	%	F	%	F	%
60 a 69 años	11	37	0	0	11	37
70 a 79 años	10	33	0	0	10	33
80 a 89 años	9	30	0	0	9	30
TOTAL	28	100	0	0	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adulto mayores, 2012

GRÁFICO N° 1



La tabla N° 1, muestra el género predominando es el femenino con un 100%, el grupo que tiene mayor frecuencia es de 60 – 69 años, lo que permite decir que son adultas mayores.

2. ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

A. TAREAS DOMÉSTICAS

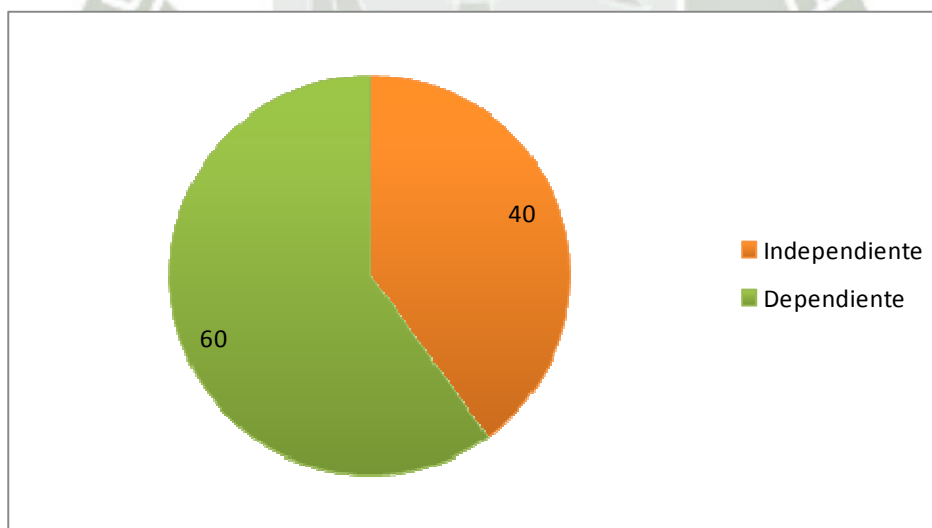
TABLA N° 2

ADULTO MAYORES SEGÚN FORMA DE REALIZAR LA HIGIENE DE LA VIVIENDA

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	12	40.0
Dependiente	18	60.0
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 2



En la tabla se observa que los adultos mayores en mayoría (60.0%) realizan la higiene con ayuda; es decir, en forma dependiente, el 40.0% lo realiza en forma independiente.

Predomina la forma dependiente.

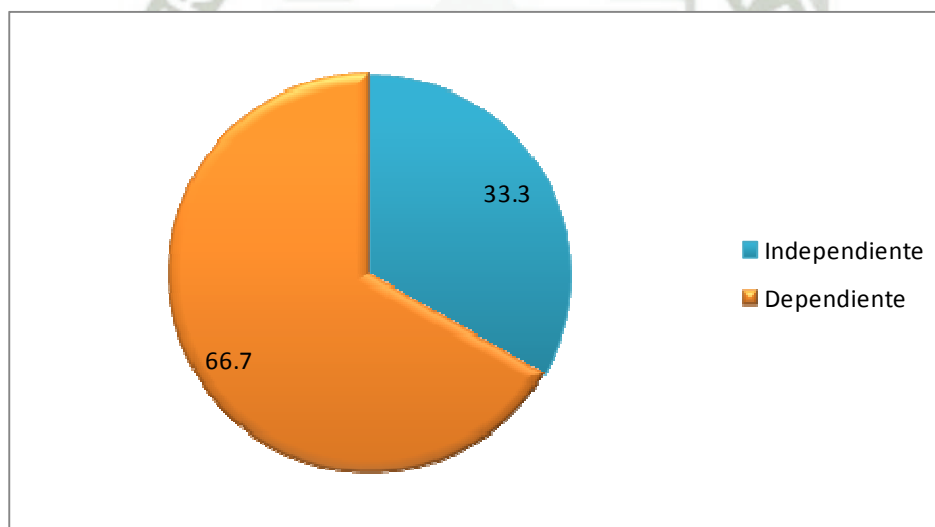
TABLA N° 3

**ADULTO MAYORES SEGÚN FORMA DE REALIZAR LA
ACTIVIDADES DE LAVADO Y PLANCHADO**

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	10	33.3
Dependiente	20	66.7
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 3



En la presente tabla se observa que los adultos mayores en mayoría realizan las actividades domésticas, en forma dependiente en un 66.7% y en forma independiente un 33.3%.

Predomina la forma dependiente.

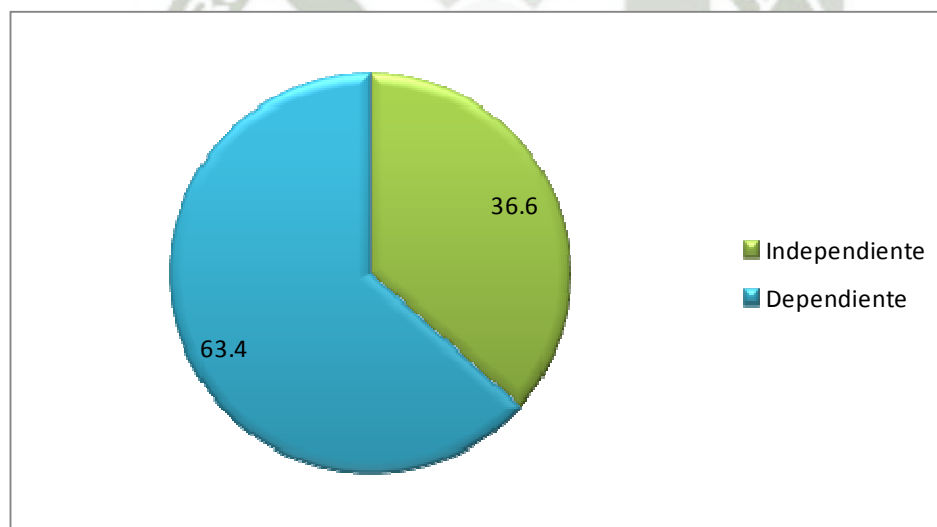
TABLA N° 4

**ADULTO MAYORES SEGÚN CAPACIDAD PARA PREPARAR
LOS ALIMENTOS**

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	11	36.6
Dependiente	19	63.4
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 4



En la presente tabla se observa que los adultos mayores en mayoría tienen la capacidad de preparar sus alimentos, en forma dependiente en un 63.4% y en forma independiente un 36.6%.

Predomina la forma dependiente.

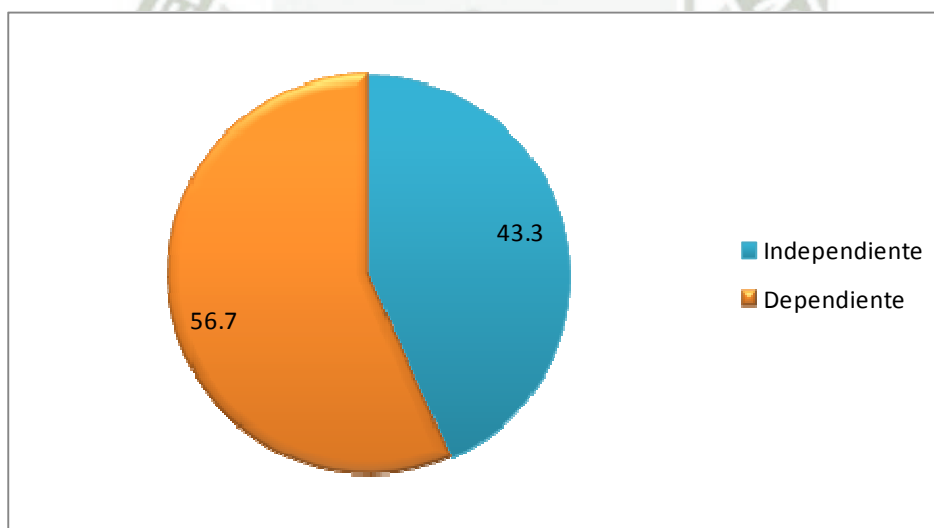
TABLA N° 5

**ADULTO MAYORES SEGÚN CAPACIDAD PARA
HACER COMPRAS**

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	13	43.3
Dependiente	17	56.7
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 5



En la presente tabla se observa que los adultos mayores en mayoría tienen capacidad para hacer sus compras, en forma dependiente en un 56.7% y en forma independiente un 43.3%.

Predomina la forma dependiente.

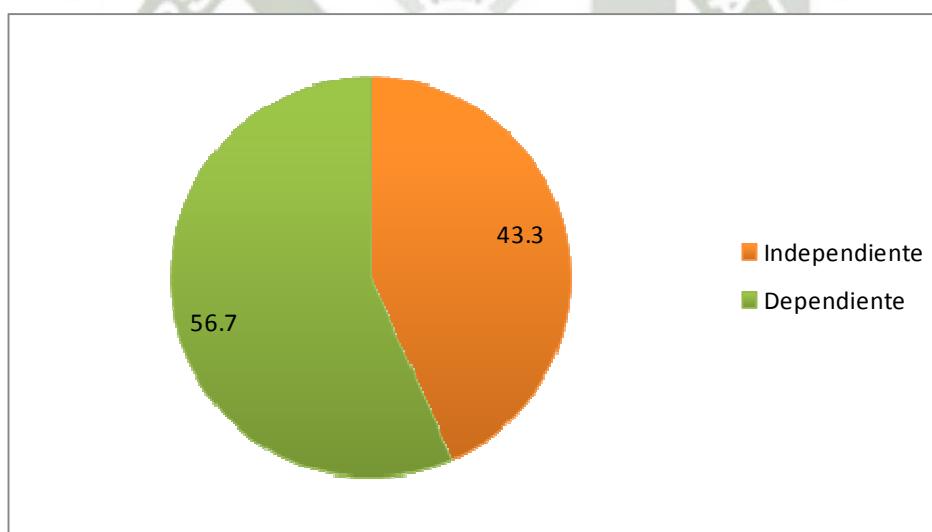
TABLA N° 6

**ADULTO MAYORES SEGÚN CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN
TELÉFONICA**

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	13	43.3
Dependiente	17	56.7
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 6



En la presente tabla se observa que los adultos mayores en mayoría realizan su comunicación telefónica en forma dependiente en un 56.7% y en forma independiente un 43.3%.

Predomina la forma dependiente.

B. HIGIENE CORPORAL

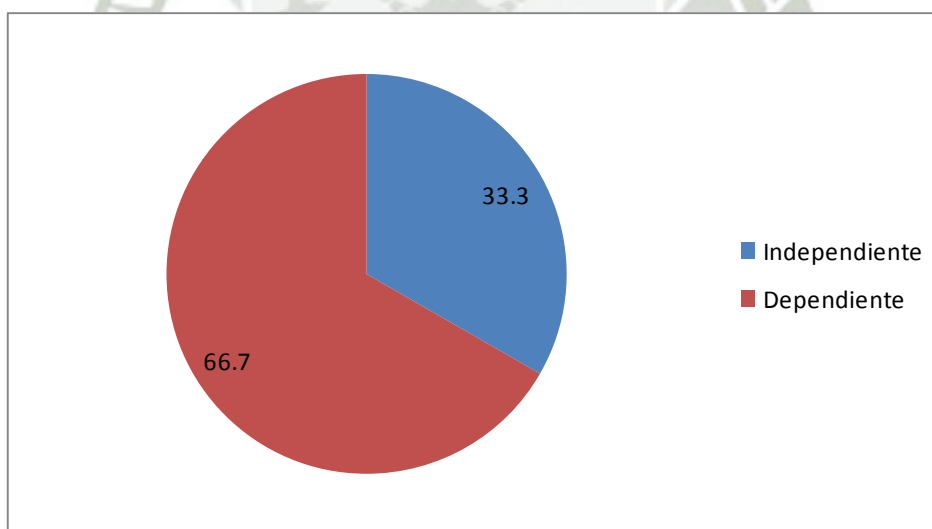
TABLA N° 7

**ADULTO MAYORES SEGÚN CAPACIDAD PARA REALIZAR
LA HIGIENE CORPORAL**

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	10	33.3
Dependiente	20	66.7
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N°7



En la presente tabla se observa que los adultos mayores según capacidad para realizar la higiene corporal, en mayoría la realizan en forma dependiente en un 66.7% y en forma independiente un 33.3%.

Predomina la forma dependiente.

C. DEAMBULACIÓN

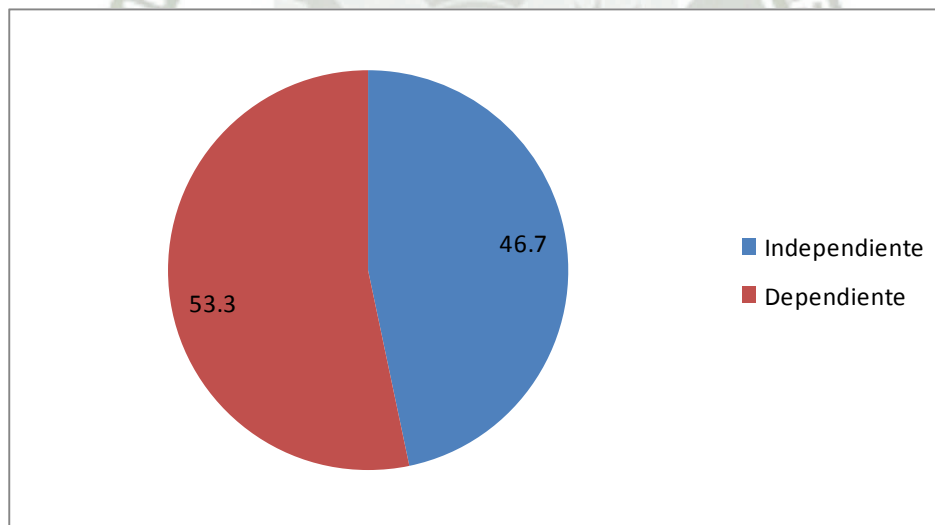
TABLA N° 8

**ADULTO MAYORES SEGÚN CAPACIDAD PARA
LA DEAMBULACIÓN**

FORMA	TOTAL	
	F	%
Independiente	14	46.7
Dependiente	16	53.3
TOTAL	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 8



En la presente tabla se observa que los adultos mayores según capacidad para la higiene deambulación, en mayoría la realizan en forma dependiente en un 53.3% y en forma independiente un 46.7%.

Predomina la forma dependiente.

3. FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

A. FACTORES BIOLÓGICOS

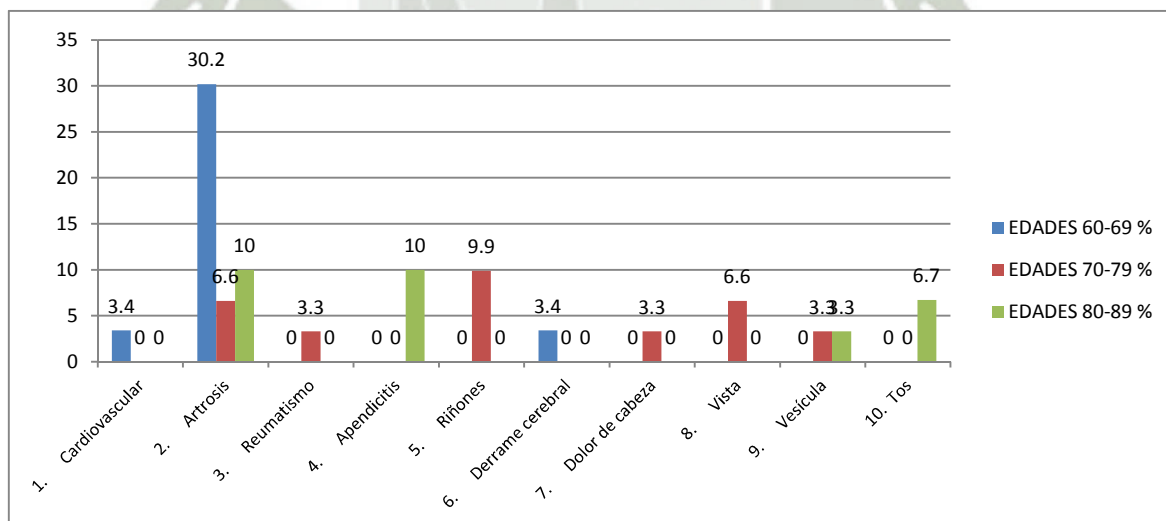
TABLA N° 9

ADULTOS MAYORES SEGÚN GRUPO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS POR EDAD

ENFERMEDADES CRÓNICAS	EIDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 - 89		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1. Cardiovascular	1	3.4	0	0	0	0	1	3.3
2. Artrosis	9	30.2	2	6.6	3	10	14	46.7
3. Reumatismo	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3
4. Apendicitis	0	0	0	0	3	10	3	10.0
5. Riñones	0	0	3	9.9	0	0	3	10.0
6. Derrame cerebral	1	3.4	0	0	0	0	1	3.3
7. Dolor de cabeza	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3
8. Vista	0	0	2	6.6	0	0	2	6.7
9. Vesícula	0	0	1	3.3	1	3.3	2	6.7
10. Tos	0	0	0	0	2	6.7	2	6.7
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 9



La tabla N° 9, muestra que la mayoría de enfermedades crónicas que presentaron las adultas mayores fue la artrosis, con un 46.7%, aunque se tuvo mayor incidencia comprendida en las edades de 60 – 69 años con un 30.2%.

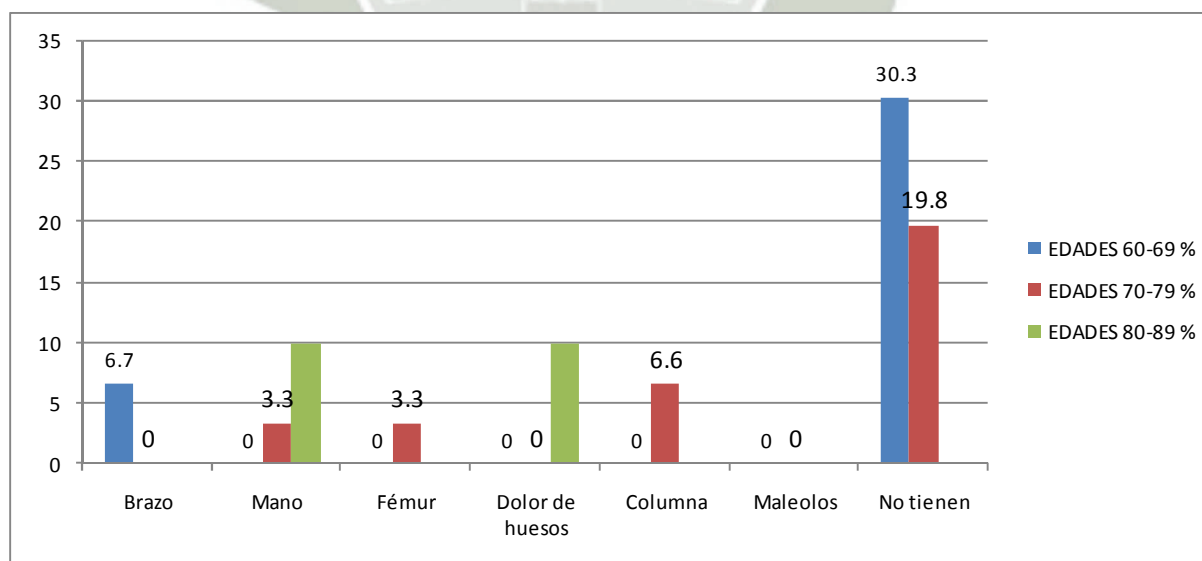
TABLA N° 10

**ADULTOS MAYORES SEGÚN GRUPO DE SECUELAS DE
POSFRACTURAS POR EDAD**

SECUELA DE POSFRACTURAS	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 - 79		80 - 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Brazo	2	6.7	0	0	0	0	1	6.7
2. Mano	0	0	1	3.3	0	10	14	3.3
3. Fémur	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3
4. Dolor de huesos	0	0	0	0	2	10	3	6.7
5. Columna	0	0	2	6.6	0	0	3	6.7
6. Maleolos	0	0	0	0	1	0	1	3.3
7. No tienen	9	30.3	6	19.8	21	0	1	70.0
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 10



La tabla N° 10, muestra que en general no hubo secuelas de posfracturas en los adultos mayores (70%), la considerable incidencia del 30.3% se registra en la edad de 60 – 69 años.

El 30.0% restante está distribuido en porcentajes menores en los ítems: Brazo, fémur, columna, maléolos y mano.

La secuela de posfracturas se da cuando se retira el yeso y el hueso ha consolidado, pero el dolor, deformidad persiste y dificultad de movimiento.



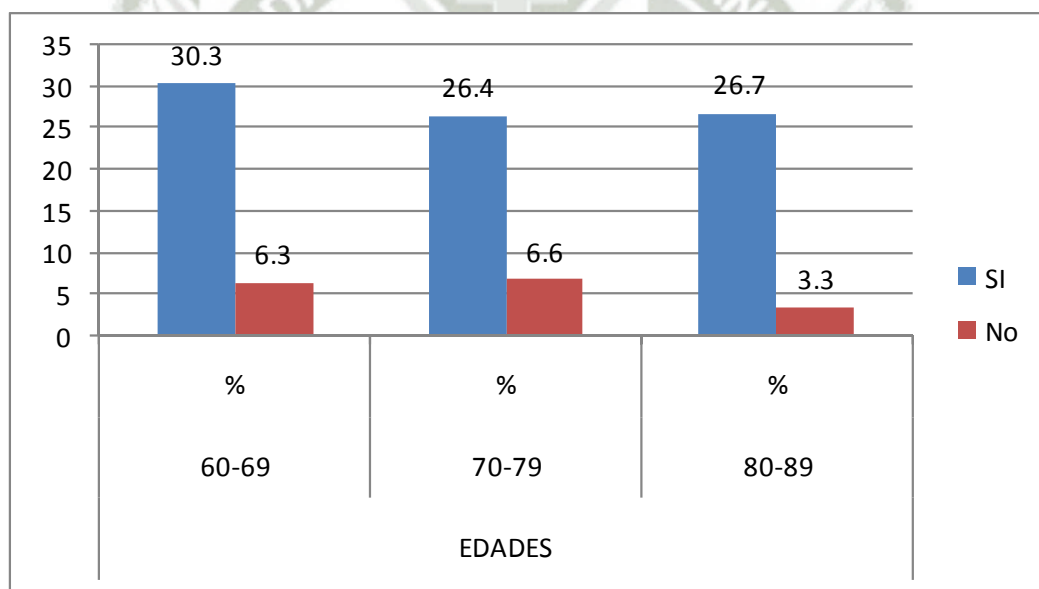
TABLA N° 11

ADULTOS MAYORES SEGÚN LIMITACION FISICA POR EDAD

LIMITACION FISICA	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	9	30.3	8	26.4	8	26.7	25	83.3
2. No	2	6.3	2	6.6	1	3.3	5	16.7
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 11



La tabla N° 11, muestra que el 83.3% de adultas mayores se encuentran con limitación física mostrando mayor incidencia en las edades de 60 – 69, la limitación física que les impide movilizarse con facilidad.

B. FACTORES PSICOLÓGICOS

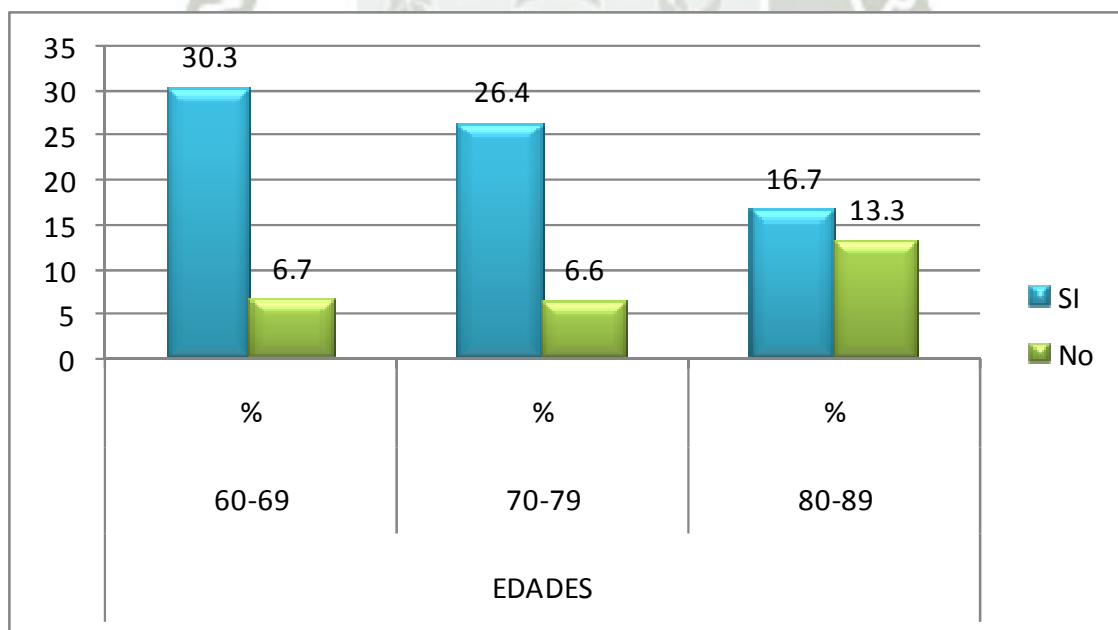
TABLA N° 12

ADULTOS MAYORES SEGÚN CONFIANZA EN LAS PERSONAS POR EDAD

CONFIANZA EN LAS PERSONAS	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	9	30.3	8	26.4	5	16.7	22	73.3
2. No	2	6.7	2	6.6	4	13.3	8	26.7
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 12



La tabla N° 12, muestra que en general, que el 73.3% de las adultas mayores si tuvieron confianza en personas para contarles sus secretos, predominando el 30.3% en las edades comprendidas entre 60 – 69 años de edad.

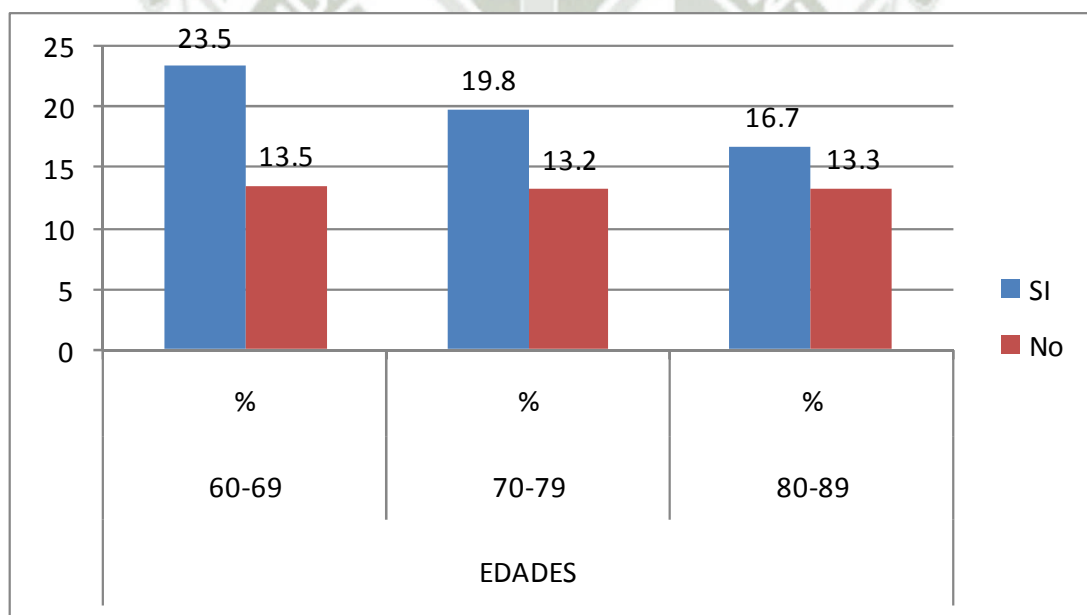
TABLA N° 13

ADULTOS MAYORES SEGÚN SENTIMIENTO DE SOLEDAD POR EDAD

SENTIMIENTO DE SOLEDAD	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	7	23.5	6	19.8	5	16.7	18	60
2. No	4	13.5	4	13.2	4	13.3	12	40
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 13



La tabla N° 6, muestra en general, que el 60% de las adultas mayores refiere tener sentimientos de soledad, el 23.5% representa a las adultas mayores de 60 – 69 años de edad que manifiestan sentimientos de soledad

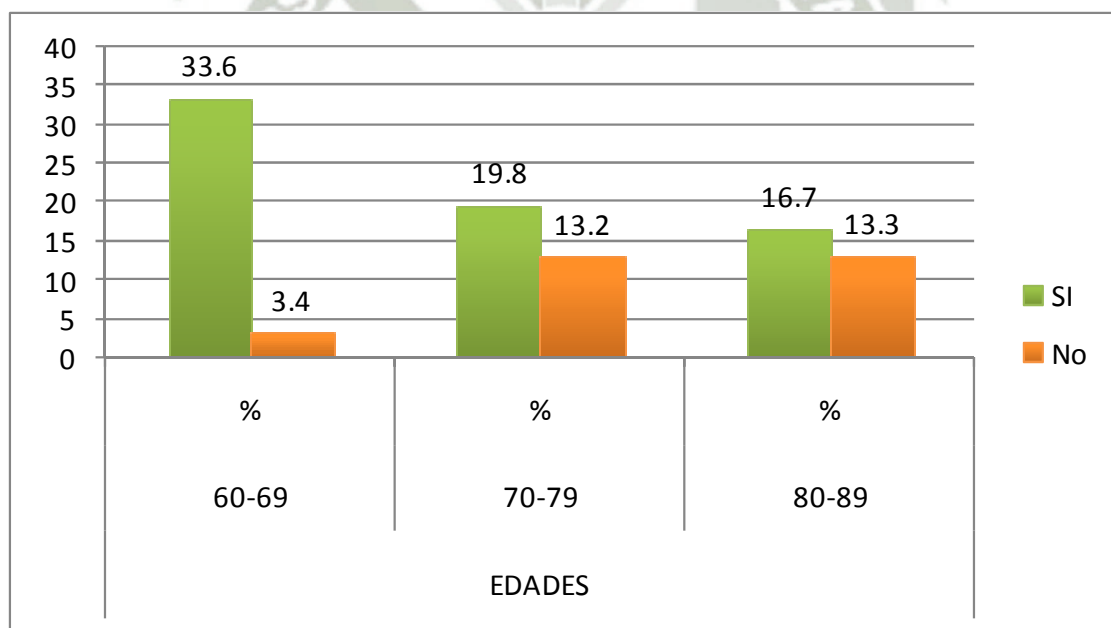
TABLA N° 14

**ADULTOS MAYORES SEGÚN SENTIMIENTO DE DUELO POR
PÉRDIDA DE UN HIJO, POR EDAD**

SENTIMIENTO DE DUELO	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	10	33.6	6	19.8	5	16.7	21	70
2. No	1	3.4	4	13.2	4	13.3	9	30
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 14



La tabla N° 14, muestra en general que las adultas mayores en un 70% se sintieron afectadas por la pérdida de uno de sus hijos, siendo la mayor incidencia entre las edades 60 – 69 con un 33.6% y 70 – 79 años con el 19.8%.

Como madres y esposas, perder un hijo y/o esposo lo lamentan constantemente.

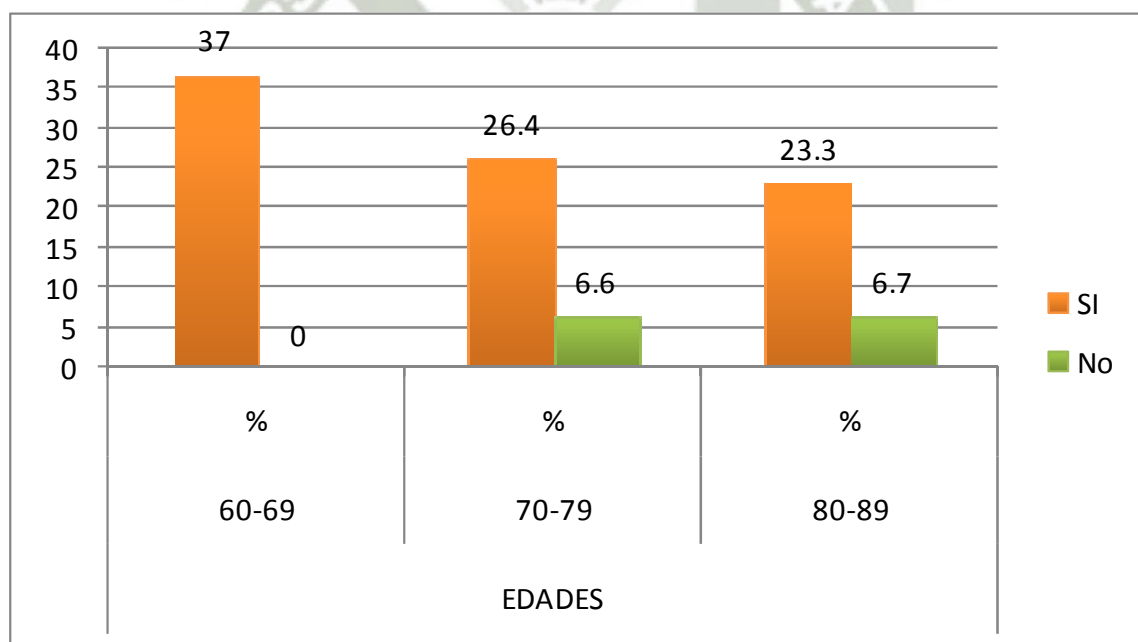
TABLA N° 15

**ADULTOS MAYORES SEGÚN SENTIMIENTO DE DUELO POR LA
PÉRDIDA DE UN FAMILIAR O AMIGO, POR EDAD**

SENTIMIENTO DE DUELO	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	11	37	8	26.4	7	23.3	26	86.7
2. No	0	0	2	6.6	2	6.7	4	13.3
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 15



La tabla N° 15, muestra que el 86.7% de las personas adultas mayores en general se sienten afectados por la pérdida de un familiar o amigo, la mayor incidencia se da en las edades de 60 – 69 años de edad, con el 37.0%; 70 – 79 años, con el 26.4% y 80 – 89 años, con el 23.3%..

C. FACTORES SOCIALES

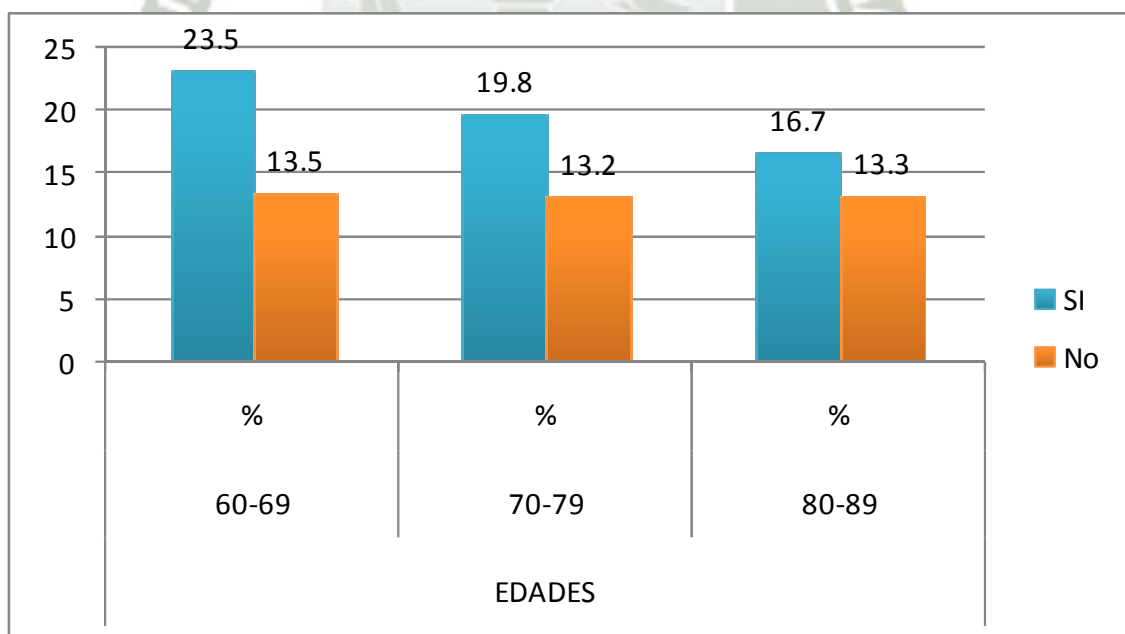
TABLA N° 16

**ADULTOS MAYORES SEGÚN ADAPTACION A LA JUBILACION POR
EDAD**

ADAPTACION A LA JUBILACION	EIDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1. Si	7	23.5	6	19.8	5	16.7	18	60
2. No	4	13.5	4	13.2	4	13.3	12	40
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 16



La tabla N° 16, muestra que el 60% de las adultas mayores si se adaptan a la jubilación, la mayor incidencia se da entre las edades de 65 – 72, con el 23.5%.

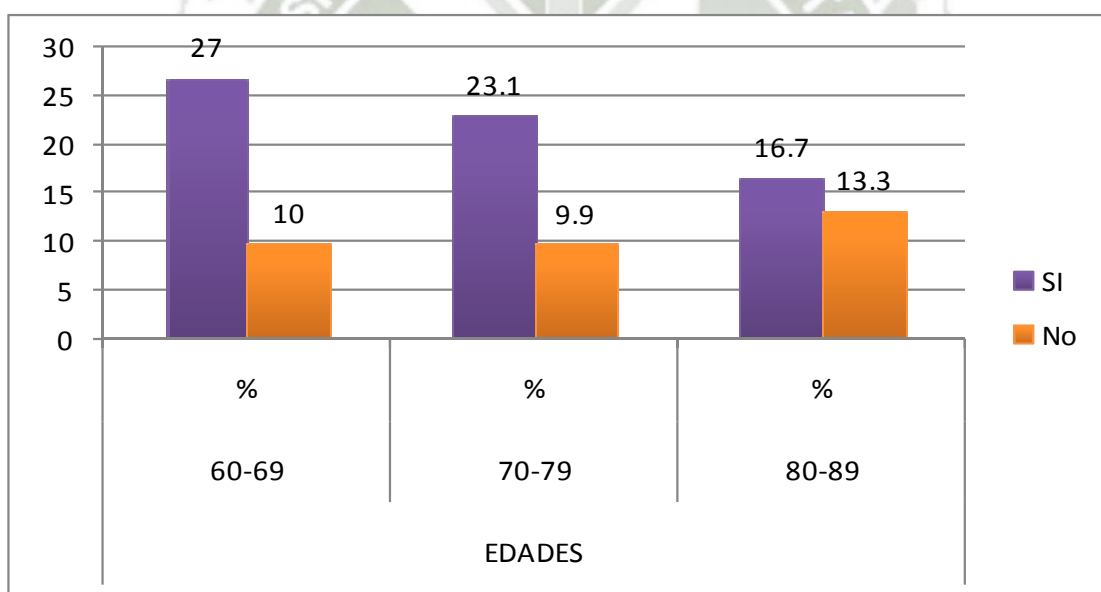
TABLA N° 17

ADULTOS MAYORES SEGÚN MARGINACION SOCIAL POR EDAD

SE SIENTE AISLADO O INCOMUNICADO	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	8	27	7	23.1	5	16.7	20	66.7
2. No	3	10	3	9.9	4	13.3	10	33.3
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N°17



La tabla N° 17, muestra que el 66.7% de las adultas mayores se sienten aislados o incomunicados, situación que se da con mayor incidencia en las edades de 60– 69 años, lo evidencia el 27.0%.

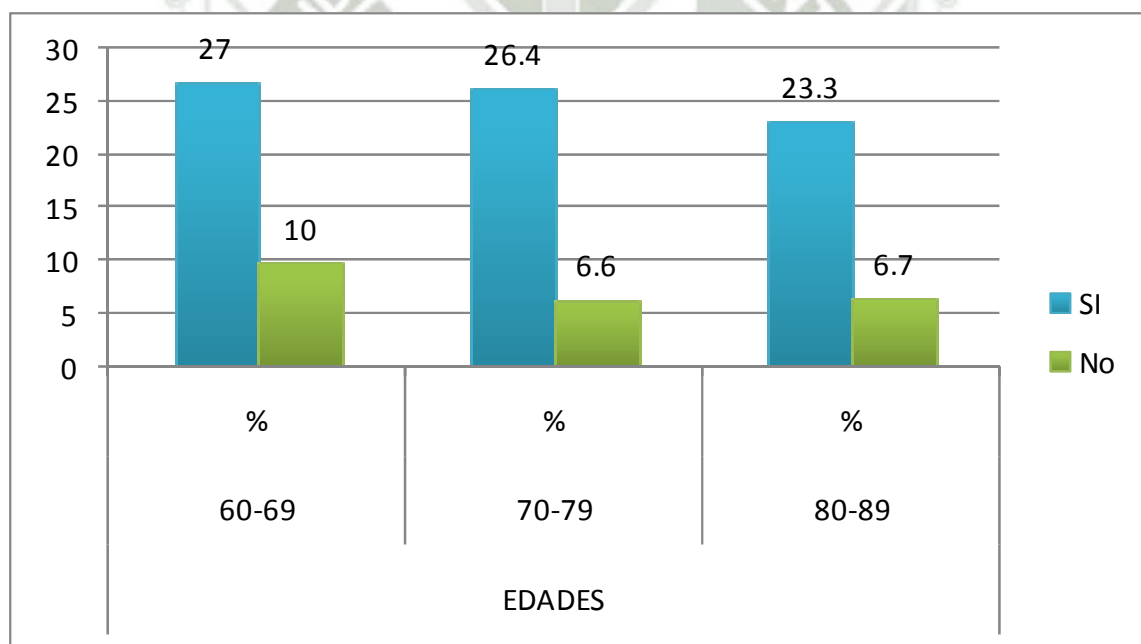
TABLA N° 18

ADULTOS MAYORES SEGÚN CARENCIA DE AMIGOS, POR EDAD

CARENCIA DE AMIGOS	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	8	27	8	26.4	7	23.3	23	76.7
2. No	3	10	4	6.6	2	6.7	7	23.3
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 18



La tabla N° 18, muestra que el 76.7% de las adultas mayores no tienen amigos, porcentaje distribuido en forma similar en los decenios de 60 – 69, 70 – 79 y 80 – 89 años, predominando el de 60 a 69 años con el 27.0%.

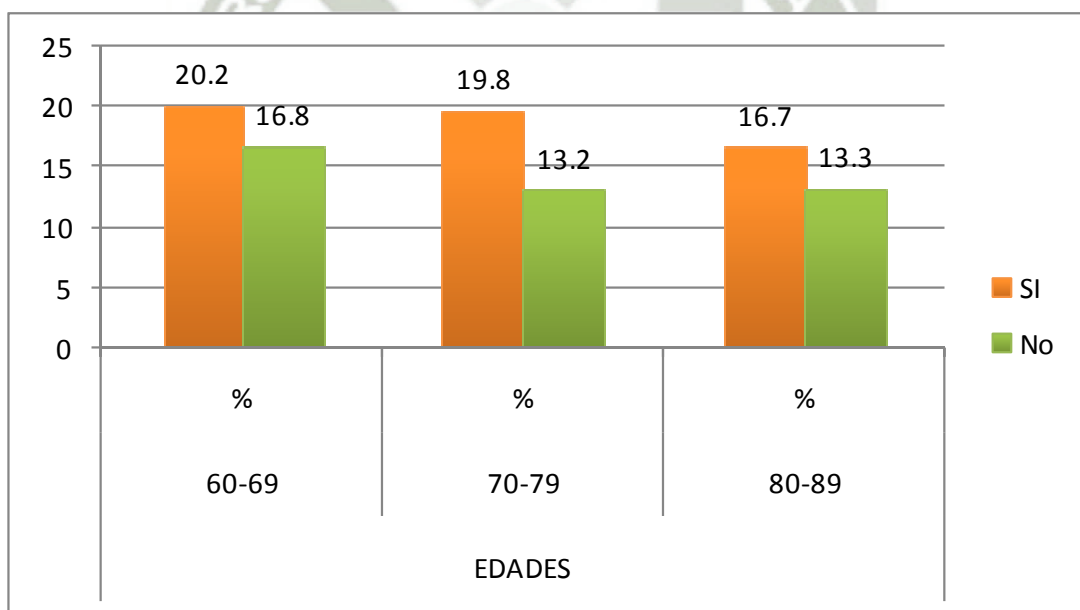
TABLA N° 19

**ADULTOS MAYORES SEGÚN ADAPTACION A LA CONDICION
ECONOMICA ACTUAL, POR EDAD**

CONDICION ECONOMICA	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	6	20.2	6	19.8	5	16.7	17	56.7
2. No	5	16.8	4	13.2	4	13.3	13	43.3
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N°19



La tabla N° 19, muestra que el 56.7% de las adultas mayores si se adaptan a su condición económica, la mayor incidencia se da en las edades de 60 – 69 años, con el 20.2% y 70 – 79 años, con el 19.8%.

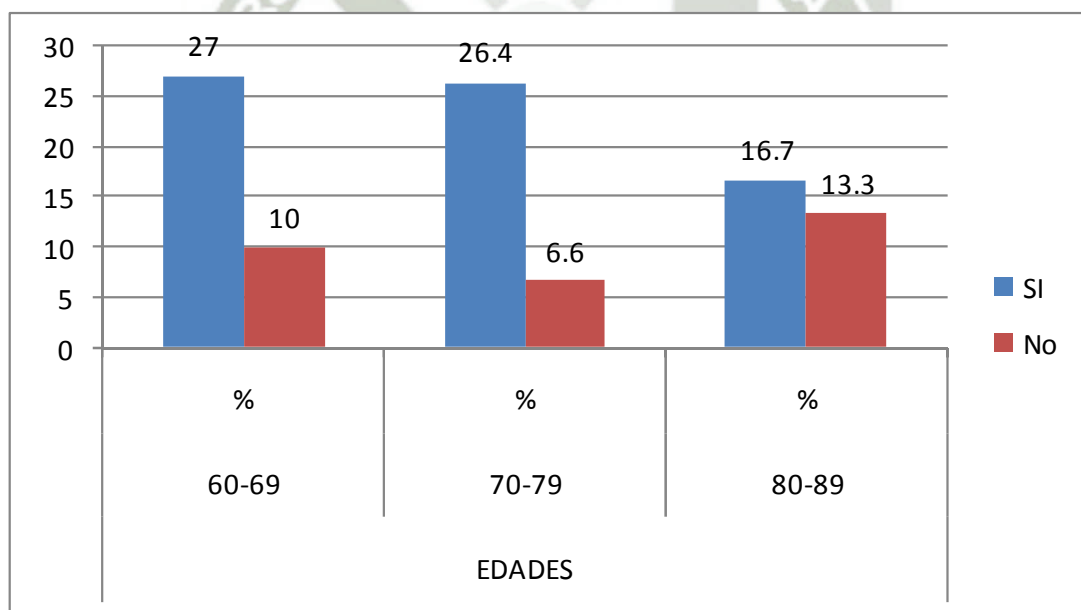
TABLA N° 20

ADULTOS MAYORES SEGÚN DIALOGO FAMILIAR, POR EDAD

DIALOGO FAMILIAR	EDADES						TOTAL	
	60 – 69		70 – 79		80 – 89			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Si	8	27	8	26.4	5	16.7	21	70
2. No	3	10	2	6.6	4	13.3	9	30
TOTAL	11	37	10	33	9	30	30	100

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 20



La tabla N° 20, muestra que el 70% de las adultas mayores manifiestan que si se da el dialogo familiar, ya que disponen de tiempo para conversar en familia con mayor incidencia en las edades de 60 – 69 años con el 27%; de 70 – 79 años, con el 26.4%.

4. ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA.

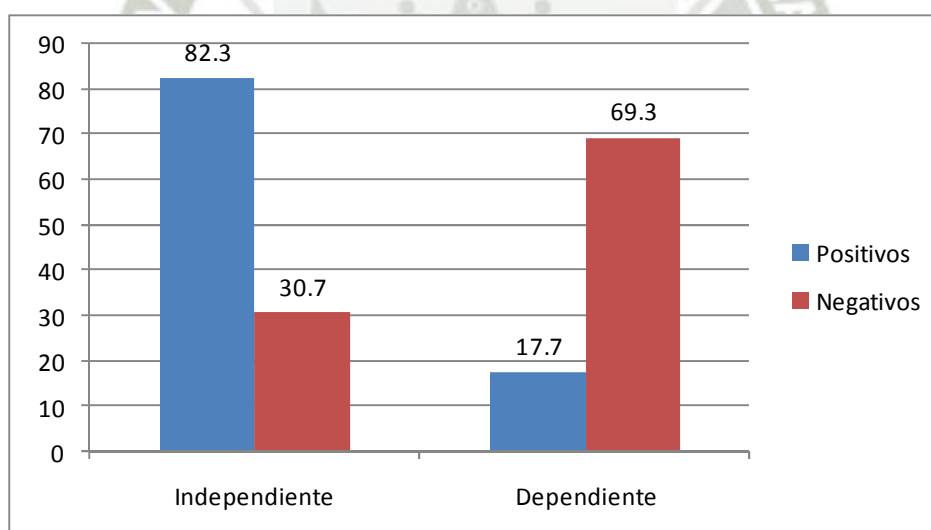
TABLA N° 21

FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Factores Biológicos	Forma	Independiente		Dependiente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Positivos		14	82.3	3	17.7	17	100.0
Negativos		4	30.7	9	69.3	13	100.0
TOTAL		18	60.0	12	40.0	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N° 21



Del 100% de adultos mayores con factores biológicos positivos (con limitación física, sin secuelas post fractura) el 82.3% realizan sus actividades diarias en forma independiente. Del 100% de adultos mayores con factores negativos, el 69.3% realizan dichas actividades en forma dependiente, la diferencia porcentual del 30.7% las realiza en forma independiente.

Vistos los resultados, se puede decir que la asociación es directa.

TABLA N° 22

**FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Factores Psicoemocionales	Forma	Independiente		Dependiente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Positivos		15	68.1	7	31.9	22	100.0
Negativos		3	37.5	5	62.5	8	100.0
TOTAL		18	60.0	12	40.0	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N°22



En la presente tabla se observa que del 100.0% de los adultos mayores, cuyos factores psicopsicológico son positivos, el mayor % (68.1%) realizan las actividades de la vida cotidiana independiente,

Del 100.0% de adultos mayores con factores psicosociales negativos, el 62.5% realizan sus actividades en forma dependiente.

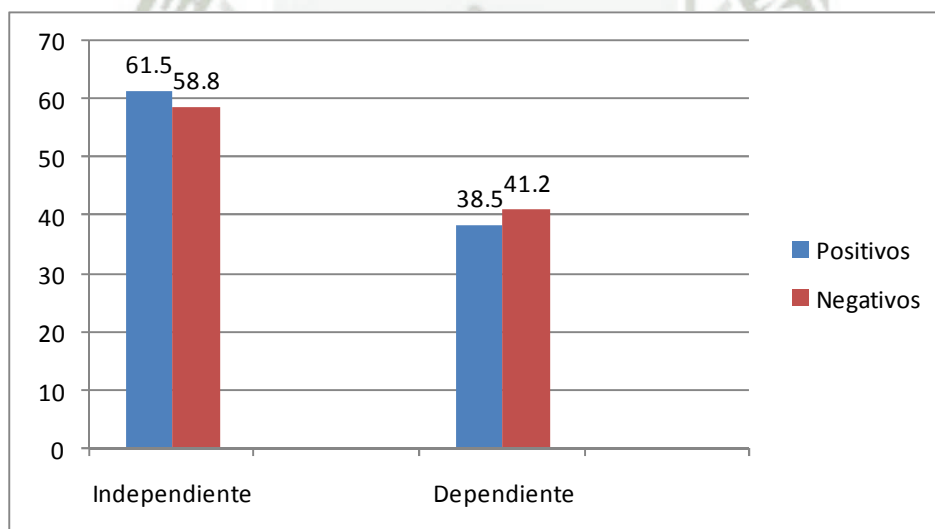
TABLA N° 23

**FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA**

Factores Sociales	Forma	Independiente		Dependiente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Positivos		8	61.5	5	38.5	13	100.0
Negativos		10	58.8	7	41.2	17	100.0
TOTAL		18	60.0	12	40.0	30	100.0

Fuente: Datos obtenidos en la encuesta aplicada a los adultos mayores, 2012

GRÁFICO N°23



En la presente tabla se observa que del 100.0% de adultos mayores cuyos factores sociales son positivos el 61.5% realizan actividades en forma independiente. Del 100.0% aún con factores negativos, los adultos mayores en el mayor porcentaje (58.8%) realizan actividades en forma independiente y el 41.2%, en forma dependiente.

5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La discusión reposa en la comparación de los hallazgos en los resultados sobre factores biopsicosociales y actividades de vida cotidiana. A ello se adiciona un nivel de explicación.

Los resultados refieren que a medida que transcurren y se acumulan los años y varía la forma y el funcionamiento del cuerpo humano, se produce una disminución de la fortaleza muscular que se asocia a mayores grados de discapacidad física. A partir de los 60 años, si bien las funciones fisiológicas se afectan con el proceso de envejecimiento, la mayoría de las personas adultas mayores no presentan alteraciones que influyan marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual o social antes de los 80 años. Si se tiene en cuenta que este grupo etáreo femenino es el que más crecerá en las próximas décadas, se puede vaticinar un incremento marcado de esta problemática, que debe tomarse en cuenta los profesionales de la salud, en la búsqueda de una longevidad más saludable.

La presente investigación sobre factores biopsicosociales en la que participaron 30 adultos mayores tenemos: que en los factores biológicos, un 46.7% sufre de artrosis comprendidas en las edades de 60 a 89 incidiendo más en las edades de 60 a 69 años con 32.4%. Más allá de los efectos biológicos del envejecimiento, muchos de los posibles factores de riesgo de las discapacidades comienzan a presentarse a partir de la quinta década de la vida donde si no se cuidan pueden enfermarse. Analizando los factores psicoemocionales tenemos que si tiene confianza con las personas que serian que están a su alrededor en un 73.3%, por les cuentan sus problemas familiares y asunto personales que no los hacen con sus hijos familiares que los tienen abandonados, ya que están ocupados en su trabajo, también le afecta el duelo por pérdida de un familiar en un 60% que sería la pérdida del esposo y en todo momento no tienen con quien conversar en casa y fuera de ella. Podemos comprender también que les afecta la perdida de sus hijos en un 70% porque piensan que ellos tienen una vida por delante y no lo terminan; como desde luego aunque no lo creemos la pérdida de un amigo afecta en un 86.7% podemos suponer que se debe a que le tienen confianza y lo tenían como un familiar cercano a él; vemos que en lo psicológico los adultos mayores entre las edades de 65 a 90 años,

se encierre en sí mismo y no quiera compartir sus secretos con los que lo rodean en la comunidad o con convivientes más allegados.

En el factor social con respecto a la pérdida del rol social del adulto mayor, tenemos que se ha planteado que la sociedad no ha precisado cuáles roles ha de desempeñar el adulto mayor en la sociedad y el hogar y con sus familiares. Asimismo se argumenta que la falta de labores específicas que tenga que hacer, ocasiona la dificultad de no saber dónde concentrar los esfuerzos y dónde volcarse para actualizar sus propias potencialidades. De ahí que, como las actividades de los ancianos en la sociedad no han sido definidas en el nivel social, deban ser especificadas para cada sujeto en particular, de manera que cada anciano debe buscar qué hacer y crear sus propias tareas que pueden ser más o menos valiosas para él, pero sin la garantía de reconocimiento social.

Así tenemos que los factores sociales, mucho adultos mayores quieren trabajar en un 60% por qué se sienten inútiles para su familia en el hogar, además también se sienten aislados en un 66.7%, en casa nadie se preocupa de su estado de salud y emocional porque siente que son una carga y gasto en el hogar con sus- hijos o familiares, también tenemos que se sienten inactivos en 83.3% por que no tienen una actividad que los tengan en movimientos, al no hacerlos están aburriéndose, si tienen amigos con quien conversar en un 76.7% ya que esta amistad le permite estar feliz aunque por un tiempo limitado, y luego siente satisfacción en actividades limitadas en un 63.3% estas aunque sea en minutos le hacen sentirse útiles si bien no lo hacen en casa lo hacen seguramente con su amistades, vemos también que la familia no

tienen tiempo para conversar con ellos en un 70% por que tal vez trabajan o de repente sienten la incomodidad de estar en su hogar por sus familiares, al tratar la jubilación tienen conocimiento que a los 65 años se jubilan en un 73.3% y tienen que hacer otra rutina aunque inconscientemente lo aceptan, también tenemos que si hacen actividades útiles en 60% como acompañar a comprar o salir a comprar con otra personas, pero sus condiciones económicas son malas en un 56.7% por que no disponen de un sueldo bien remunerado por que no trabajan y tienen que pedir y soportar las pequeñeces económicas que le dan y finalmente donde están viviendo

no reúnen las condiciones materiales para dormir y estar tranquilo, para poder desenvolverse.

Con la senectud se supone que un grupo de adultos mayores son más mujeres que varones que pase de la autonomía individual a depender de los demás sean hijos o familiares, a lo que se le agrega la pérdida de relaciones que estos han tenido durante años, tales como el trabajo, y sobre todo, los hijos, quienes pueden valerse por sí mismos y no necesitan de la ayuda de los padres, lo que provoca que estos tiendan a sentirse menos valiosos.

Si bien tenemos que no pueden utilizar el teléfono adecuadamente 60% porque no pueden usarlo para comunicarse, también por que no puede marcar a veces y no los recuerda para poder llamar a personas. Vemos que los adultos mayores no tiene capacidad para hacer sus compras 53.3%, porque los pueden engañar en el vuelto y se olvidan de lo que tienen que comprar y para evitar los problemas a veces no van a comprar. Tenemos más preocupación por que no preparan su alimentos en un 63.3% ya que no pueden manejar bien los utensilios de la cocina, así como para preparar los alimentos lo consideran un problema para su edad. Sin embargo, también no realizan sus tareas domésticas en casa en un 73.3%, porque existe problemas al barrer o limpiar los demás no están contentos con los que hacen esto pues los hace sentir incómodo con los demás. Tenemos que un 66.7% no tienen una capacidad de lavar la ropa por que al hacerlo lo hacen de manera un poco torpe y no lo hacen bien y mucho menos a veces tienen dificultades al planchar. En el transporte el 53.3% no puede movilizarse porque desconocen en qué lugar va a bajar o tomar el bus y a quien va visitar o conversar. Mientras el 56.7% no tiene responsabilidad en tomar sus medicamentos para mejorar su salud y poder continuar su vida normal y al final 86.7% tiene la capacidad para mejorar finanzas porque dependen económicamente de los demás y no tienen en su haber un dinero para poder hacer de ello algo beneficioso de él.

Vista así, si somos capaces de predecirla, se puede prevenir la misma trabajando en dos sentidos: la brecha puede reducirse a nivel individual, con intervenciones médicas o ajustes de estilo de vida y, por otro lado, pueden disminuirse las

demandas del entorno. Si lo anterior se alcanzara, se podría controlar uno de los problemas de salud más relevantes que afecta a la población geriátrica.

De forma general, puede decirse que los resultados del estudio sirven de base para el establecimiento de políticas de salud, que mitiguen los efectos del proceso de envejecimiento sobre la salud de los adultos mayores, pues ellos constituyen evidencia científica de esta problemática.



CONCLUSIONES

PRIMERA : La forma en que realizan las actividades de la vida cotidiana los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata de Arequipa, en más de la mitad es dependiente.

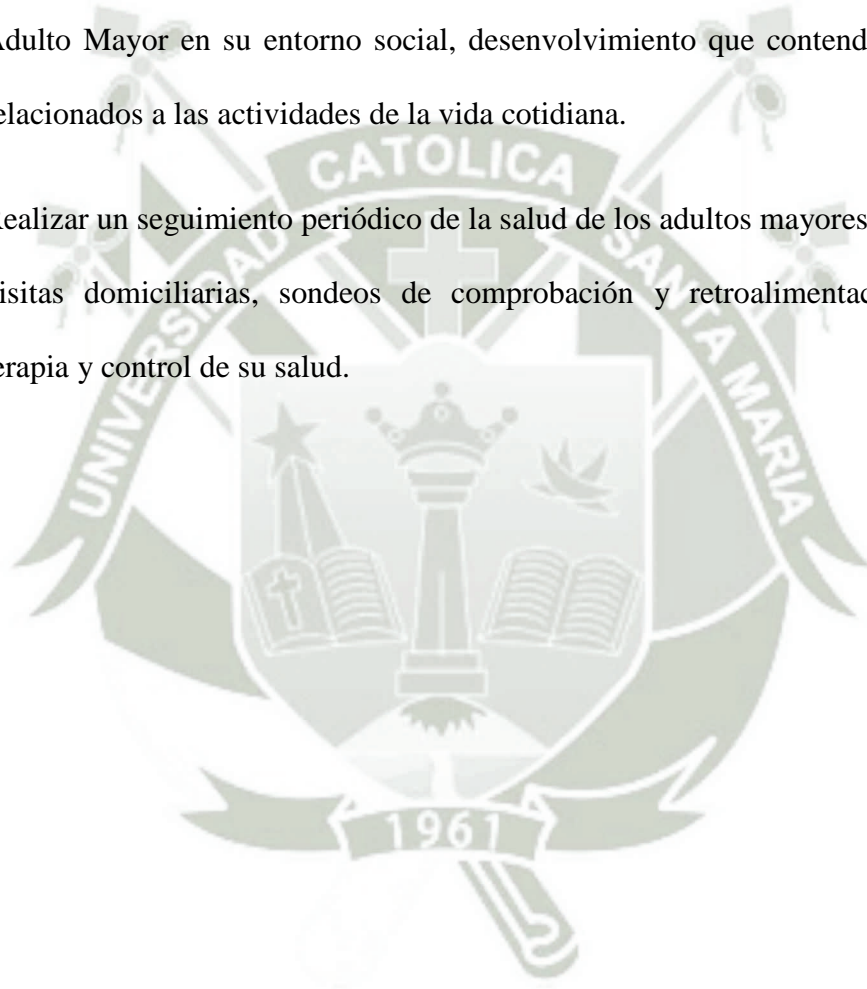
SEGUNDA : Los factores biopsicosociales que se asocian a la vida cotidiana de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata de Arequipa son los biológicos y psicológicos.

TERCERA : El tipo de asociación que se da entre los factores biopsicosociales y las actividades de la vida cotidiana en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata, es directa.

RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal de salud encargado de Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata lo siguiente:

1. Elaborar, ejecutar y evaluar programas Educativos dirigidos a los adultos mayores y familiares, cuyo contenido tenga el siguiente: Desarrollo del Adulto Mayor en su entorno social, desarrollo que contendrá aspectos relacionados a las actividades de la vida cotidiana.
2. Realizar un seguimiento periódico de la salud de los adultos mayores a través de visitas domiciliarias, sondeos de comprobación y retroalimentación de su terapia y control de su salud.



PROPUESTA

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MEDIANTE ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE LA MICRO RED DE CIUDAD BLANCA DEL DISTRITO DE PAUCARPATA

1. JUSTIFICACION

La pérdida de autonomía provoca que el adulto mayor obtenga un papel secundario o nulo ante las exigencias de la vida en sociedad, ocupando roles pasivos que disminuyen sus oportunidades de participación y -relación con los demás. Es por ello que la marginación, el aislamiento y la soledad son observados con frecuencia en el adulto mayor. En tal sentido se hace necesario proponer nuevas vías que permitan mejorarla a través de la actividad física como escenario propicio. Así surge este trabajo que tiene como objetivo elaborar un propuesta de programa de intervención de actividades que influyan en el mejoramiento de la autonomía en las actividades de la vida diaria, utilizando como una guía de valoración que se realizó sobre el desempeño en las actividades de la vida cotidiana (básicas e instrumentales) del adulto mayor y la necesidad de apoyo que requiere para realizarlas como los indicadores que mejor expresan el grado de dependencia en estas personas; facilitándole al profesor de Cultura Física aplicar y priorizar las actividades propuestas para mejorar las diferentes capacidades (físicas y cognitivas) que influyen positivamente en la realización de las tareas cotidianas, ajustándose a las demandas de su medio físico - social y en función del grado de autonomía que se posea. Para llevar a cabo esta investigación se utilizó una muestra de 30 adultos mayores del Centro de Salud San Juan de la Micro Red de Ciudad Blanca del distrito de Paucarpata

2. OBJETIVOS

- Mejorar las capacidades del adulto mayor (físicas y cognitivas) que proporcionan un buen desempeño en las actividades de la vida diaria, aplicando el conjunto de actividades elaboradas en función de su grado de dependencia

posibilitará mejorar su autonomía.

- Determinar el grado de autonomía permitirá a los profesores del programa de gimnasia para el adulto mayor individualizar el tipo de ejercicio o actividad a aplicar, así como controlar la progresiva influencia de estos sobre los practicantes.

3. AMBITO

Centro de Salud San Juan de la Micro Red de Ciudad Blanca del distrito de Paucarpata

4. ACTIVIDADES

Conjunto de actividades elaboradas para el mejoramiento de la autonomía en el adulto mayor. Estas actividades tienen un carácter integrador. Para su elaboración se tuvo en cuenta la prevalencia de las capacidades físicas que permiten el desempeño en cada una de las actividades de la vida diaria, el papel que juega la memoria como elemento definitorio de la autonomía, así como la necesidad de información que poseen estas personas sobre temas de sus enfermedades. Estas son:

A. Ejercicios con pequeños pesos.

- Realizar flexiones y extensiones de brazos utilizando saquitos de arenas o pomitos de agua (al frente, arriba, abajo, laterales).
- Presionar pelotas de trapo (de diferentes tamaños)
- Lanzar pelotas de diferentes tamaños y pesos a una distancia de hasta 2m.
- Cargar objetos de diferentes pesos y tamaños, velando que la columna esté siempre derecha y se flexiones ligeramente las piernas.
- Golpear o empujar balones de diferentes pesos y tamaños.
- El valor de estos radica en la posibilidad que tienen para actuar sobre diferentes grupos musculares que participan en los movimientos rápidos

fundamentalmente en las extremidades superiores. Mejoran la fuerza y el tono muscular, la coordinación de los movimientos y la flexibilidad, aumentando la capacidad funcional del sistema músculo esquelético.

- Proponemos estos ejercicios por la prevalencia que posee la capacidad física fuerza en las tareas domésticas tales como: preparar comida, transportar los bienes de la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, así como lavar y cuidar la ropa. Mejorando además la movilidad articular presente en las actividades de autocuidado (vestirse, aseo personal), etc.
- Para su aplicación se deben tener en cuenta las siguientes orientaciones metodológicas.
- Iniciar el trabajo con pesos de 1 Kg., ir aumentando paulatinamente hasta 3 Kg. Según la capacidad individual de la persona.
- El ritmo de realización de los ejercicios debe ser lento.
- No deben realizarse ejercicios que impliquen gran tensión muscular.
- Se debe realizar el mismo número de repeticiones de los ejercicios para ambas partes del cuerpo (brazos).

B. Ejercicios de bajo impacto, trotes suaves y caminatas.

- La Marcha en el lugar con desplazamiento.
- La semi - flexión de la rodilla. (Hot).
- Piernas abiertas (flexión y extensión de piernas).
- Deslizamiento lateral de las piernas (Lange)
- Sin saltos, elevar las rodillas alternadamente. (Knee)
- Toque afuera, extender la pierna al lateral de forma alternada (Touchout)
- Toque adentro, sencillo, doble, formando figuras o como enlace con otroselementos. (Touch in)

El objetivo de los ejercicios de bajo impacto consiste en elevar la capacidad de trabajo. (Siempre en correspondencia con las particularidades individuales de los practicantes.)

Consideramos de gran importancia su utilización ya que la capacidad física resistencia permite el desempeño en varias tareas domésticas de la vida diaria como: desplazarse dentro y fuera del lugar, limpiar y cuidar de la vivienda, hacer la compra y transportar los bienes.

Dentro de este grupo se encuentran los trotes suaves y las caminatas.

Los trotes y las caminatas son movimientos de locomoción naturales del hombre. Este tipo de carga física es muy accesible, útil por su influencia sobre todo el organismo y de fácil dosificación, para su realización es preciso elegir un terreno uniforme. Durante la marcha se desarrolla principalmente los músculos de las extremidades inferiores, la marcha suave es un ejercicio que puede dar inicio a cualquier actividad física, haciendo la función de preparación o adaptación del organismo, fortalece las articulaciones, músculos y tendones de extremidades inferiores, después de una actividad más dinámica la marcha se convierte en un ejercicio calmante Caminar a paso normal diariamente es recomendable para abuelos que no han practicado actividad física sistemática, ya que la misma adapta al organismo a una nueva carga de trabajo.

C. Juegos de memoria.

a. Primer juego

Nombre: Seguidilla

Organización: Dos hileras.

Materiales: Saquitos de arena o pomitos.

Desarrollo: Los primeros abuelos que se encuentran en la hilera mencionarán la mayor cantidad de objetos relacionados con el hogar, la

ciudad, el trabajo, el deporte, etc. durante un minuto. Luego lanzará o trasladará los saquitos de arena (a 1 m de distancia), según la cantidad de palabras recordadas. Ganará el equipo que más lance/ traslade.

Reglas: El abuelo no será relevado hasta tanto no realice los lanzamientos correspondientes.

b. Segundo juego

Nombre: El eco.

Organización: Dos hileras.

Materiales: Saquitos de arena o pomitos.

Desarrollo: El profesor dará lectura a una lista de palabras, el abuelo tratará de recordar el mayor número posible de estas. Seguidamente lanzará o trasladará saquitos de arena (a 1 m de distancia), según la cantidad de palabras recordadas, ganará el equipo que más lance/ traslade.

Reglas: El abuelo no será relevado hasta tanto no realice los lanzamientos correspondientes.

c. Tercer juego

Nombre: Adivina la voz.

Materiales: Banquetas, sillas, vendas y tizas.

Organización: Sentados en círculos y en el centro se coloca un abuelo con los ojos vendados.

Desarrollo: Al ser señalado un abuelo por el profesor, los invita a decir una palabra o frase, a la que el abuelo del centro del círculo, debe identificar quién fue el que habló.

Reglas

- El abuelo no será relevado del centro hasta que no adivine.
- Dar hasta tres oportunidades.

- Debe identificar la voz antes de 30 segundos.

Variante: Si no acierta de quién es la voz a la cuarta vez será remplazado el abuelo por otro.

d. Cuarto Juego Nombre: Las frutas.

Organización: Los abuelos estarán formados en círculos, sentados y con un número cada uno.

Desarrollo: El juego comienza mencionando el nombre de una fruta, países, flores, colores, por ejemplo el abuelo número uno menciona, (mango), el segundo (mango), (ciruela), el tercero (mango), (ciruela), (piña), el cuarto (mango), (ciruela), (piña), (coco) y así sucesivamente hasta que todos los abuelos lo hayan realizado.

Reglas:

- Hay que mantener la formación en círculo.
- Si algún abuelo se equivoque en este caso se comienza., el juego nuevamente por el abuelo que se equivoque.

e. Quinto juego Nombre: ¿Qué falta?

Materiales: Diferentes objetos: aros, cubos, sogas, banderas de colores, cuerdas, balones, etc.

Organización: Dos filas, una frente a otra.

Desarrollo: En medio de las filas se colocan los objetos, los primeros abuelos deberán observarlos detenidamente en un tiempo de un minuto, luego se viran de espaldas para que el profesor retire un objeto, a la señal estos se vuelven a virar y mencionarán el objeto que falta. Así sucesivamente lo realizarán los demás integrantes de cada fila.

Reglas:

- No se puede cometer fraude al mirar los objetos cuando estos sean retirados.
- El equipo que más acierte será el ganador.

Estos juegos de memoria vinculados con la actividad física son muy útiles para el trabajo de la autonomía en el adulto mayor, ya que permiten un desempeño eficiente en todas las tareas de la vida diaria, recordar personas y objetos, así como en el mantenimiento de su salud.

D. Conversatorios sobre temas de sus enfermedades.

En esta actividad juega un papel muy importante el médico de la familia. El profesor de cultura física debe coordinar junto con este las diferentes charlas sobre: síntomas y signos de su enfermedad, primeros auxilios, cómo debe alimentarse, etc.

Durante la aplicación de la guía de valoración se pudo constatar -la necesidad de difundir este tipo de actividad en aras de lograr un mejor mantenimiento de la salud por parte del adulto mayor, contribuyendo a que este pueda aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas y evite riesgos dentro y fuera del domicilio.

En los siguientes cuadros se muestra un ejemplo de cómo el profesor de cultura física que atiende el programa de gimnasia para el adulto mayor puede priorizar la aplicación del conjunto de actividades mencionadas anteriormente, teniendo en cuenta las dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria predominantes en cada grado de dependencia.

5. METODOLOGIA

Actividades en el Centro de Salud San Juan de Paucarpata

6. EVALUACION

Cumplimiento de cada actividad realizada

7. RECURSOS

A. HUMANOS

- Expositor
- Graduanda

B. SERVICIOS

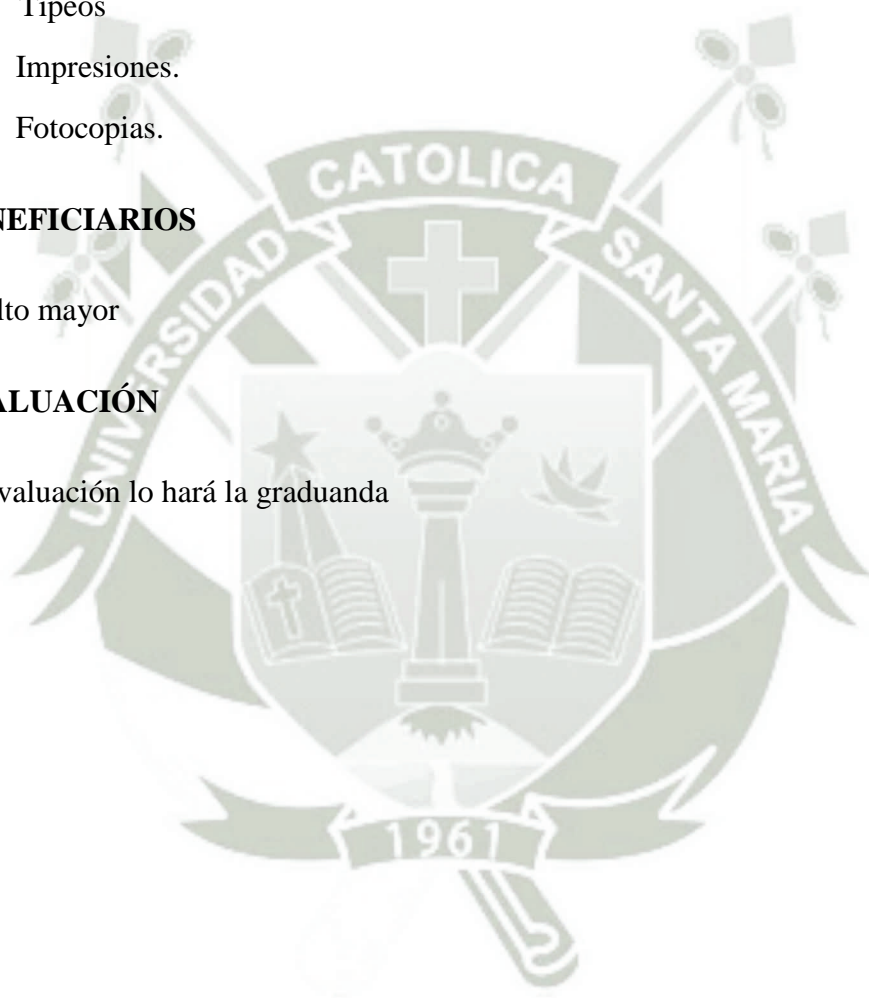
- Típeos
- Impresiones.
- Fotocopias.

8. BENEFICIARIOS

Adulto mayor

9. EVALUACIÓN

La evaluación lo hará la graduanda



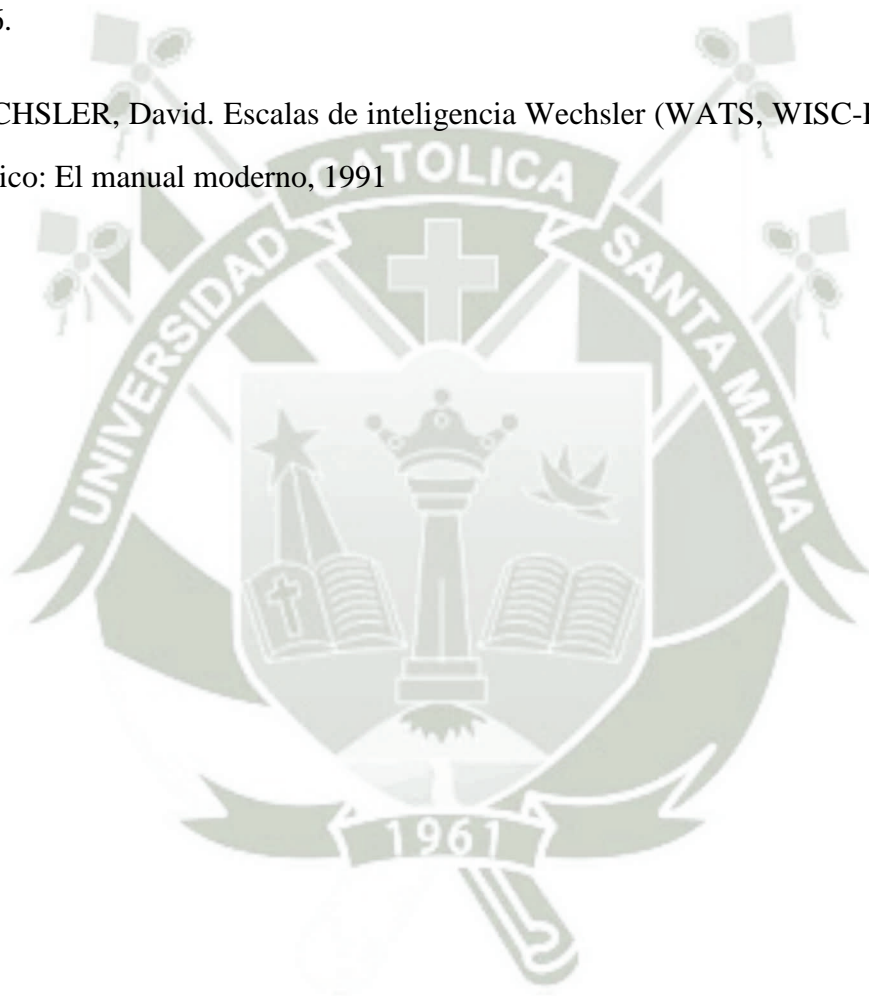
BIBLIOGRAFÍA

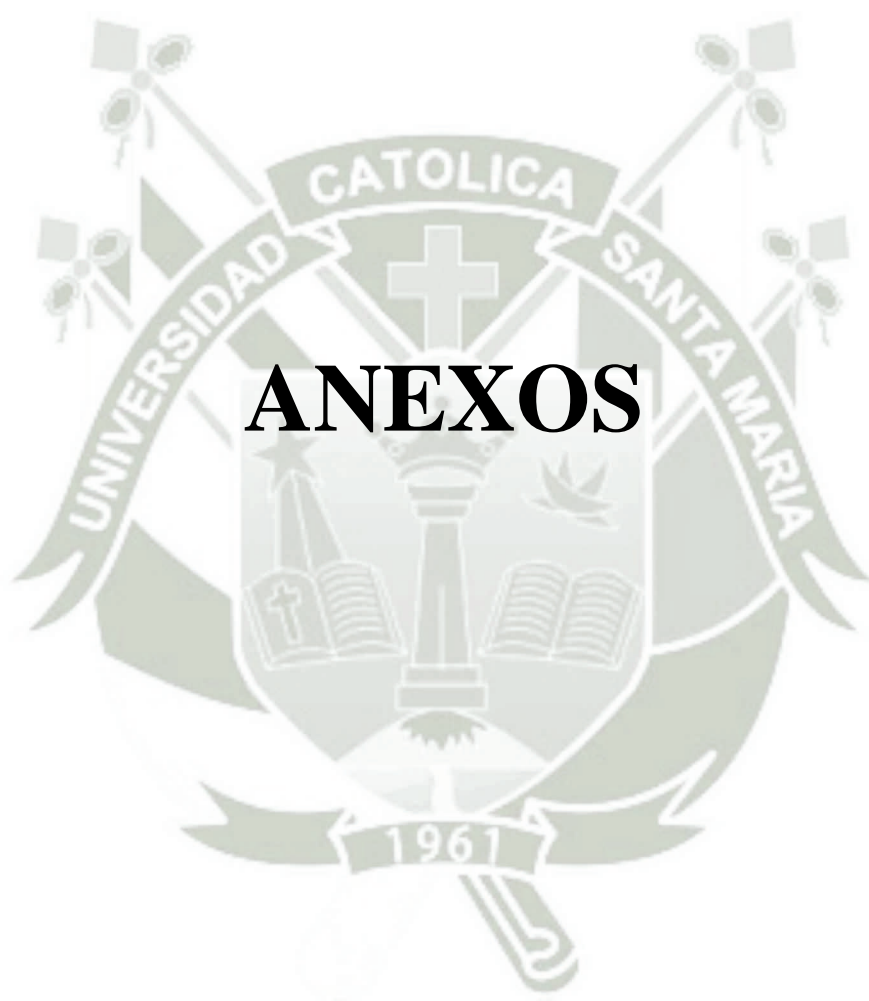
1. Adulto Mayor: Aspectos psicoafectivos del envejecimiento. <http://www.ubiobio.d/vitrinalenvejecim.htm>. Citado; 3 de septiembre 2005.
2. Arabinar, P. "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina". Diciembre 2001. <http://www.eclac.c/publicaciones/Poblacion/6/LCL1656PE/Icl1656p.pdf>. Citado; Diciembre 10, 2005.
3. Aranda, Carolina et al. "Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco" Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 2001. Pág. 6974. http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2001_2/ps-28-2-2002.pdf. Citado; 29 junio 2006.
4. Birren, J. E. Emergent theories of aging. New York: Springer, 1988
5. Busse, E.W. Geriatric psychiatry. Washington: Blazer, s.f. 2008
6. Calderón, D. Et al Universidad Nacional de Colombia "La tercera edad: un sujeto de derechos" Capítulo 4. http://www.unilibrebaq.edu.co/html/TERCERA_EDAD.htm. Citado: 18 septiembre 2005
7. Chirre, A. "Institucionalización en la tercera edad: Decisión, actitudes, significación y culpa". <http://www.fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/congreso/trabajos/cl03.htm>. Citado: 21 junio 2006.
8. Forteza, J. et al. Immunohistochemical location of prothymosin alpha in regenerating human hepatocytes and hepatocellular carcinomas. Editorial VirchowsArch A. PatholAnatHistopathol. s/e 2005
9. Freeman, A. Cognitive therapy of personality disorders. General treatment considerations. In: C. Springer-Verlag. Berlín: s/n. 1988

10. Havighurst, R.J. thenature of valuemeaningful free-time activity. New York: R. Kleemier, s/e 2000
11. Hoskins, l., Et al. "Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad". Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 17(5/6), 2005. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26282.pdf>. Citado; 2 julio 2006.
12. KnutLacke, F. "Elementos prácticos para la atención de las personas mayores" 3era. Edición. Editorial Williams&Willkins. Capítulo 2. Págs. 33-39.
13. Lillo, Manuel. "Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre al vejez a través de la historia" ultima modificación 020106.http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuellillo_crespo2.htm. Citado: 29 de junio 2006.
14. Novelo, H. "Situación epidemiológica y demografía del adulto mayor en la última década". Revista Pública y Nutrición. Abril 2003. http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/cc-52003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm. Citado: 10 septiembre 2005.
15. Organización de la Naciones Unidas. 1° Reunión del Comité Técnico de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 13-16 junio de 2000. Frankfurt, Alemania. <http://www.ono.org/Agenda/conferencias/envejecimiento/E3.htm>. Citado; 15 de diciembre 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud. "Guía clínica para atención primaria a las personas Adultas Mayores". 3era. Edición. Washington, D.C. 2002.
17. Papalia, Diane E. Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. Santa fe de Bogotá, D.C.: Mc Graw Hill, 1997
18. Peláez, M. "La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: Situación en la Américas". Revista Panamericana de Salud Pública. Washington D.C. Vol. 17 N°5/6 mayo-junio 2005. Pág. 299.

19. Piaget, Jean. Lógica, psicología. Barcelona: A. Redondo, 1972.
20. Posada, F. et al. "Bienestar adaptación y envejecimiento". <http://www.dialnet.unirioja.es/serulet/oaiart?codigo=645465>. Citado: Diciembre: 10, 2005.
21. PPDH. Consideraciones de la PDDH sobre la situación de los adultos mayores en El Salvador. <http://www.gerontologia.org/portal/print/index.php?idinfo=369> . Citado: 29 junio 2006.
22. Riegel, K.F. Foundations of dialectical psychology. New York: Academicpress, 1979
23. Rodríguez, Riboo, F. La vejez y la muerte. s.l. s/n. 1998
24. Salas, E. "El adulto mayor y los problemas derivados, un desafío para la educación". http://www.gerontologia.uchile.d/docs/emma_1.htm. Citado: 10 noviembre 2005.
25. Salud.Astrolabio.net.www.astrolabio.net/salud/articulos/101996036755404.htmlCitado: 20 Enero de 2006.
26. SCHAIE, K.W. Developmental human behaviorgenetic. s.l. :Lexington boks, 1953
27. Selva Sutter, E. A. "Lesión o injuria, adaptación, envejecimiento, muerte celular. Inflamación y reparación" UCA. Revisado mayo 2000.
28. Superintendencia de Pensiones, El Salvador C.A., El envejecimiento como desafío para los sistemas de pensiones. [www.spensiones.gob.sv/Parte IV/articulos/Hasta_2002/Articulo_10.htm](http://www.spensiones.gob.sv/ParteIV/articulos/Hasta_2002/Articulo_10.htm).Citado: 28 febrero 2006
29. Toro G., R.J., Fundamentos de medicina. Psiquiatría" Edición actualizada. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia 1990.

30. Toro, R., et Al. Psiquiatría fundamento de medicina, cuarta edición, Medellín, Colombia 2004.
31. Toro, R., et Al. Psiquiatría fundamento de medicina. 4ta. edición, Medellín, Colombia 2004.
32. Urjas, T. "Apoyo para los Ancianos" 25 enero 2004.
<http://www.elsalvador.com/hablemos/20041250104/25010411htm>. Citado: 1 julio 2006.
33. WECHSLER, David. Escalas de inteligencia Wechsler (WATS, WISC-R, WPPSI). México: El manual moderno, 1991





ANEXOS



ANEXO 1
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA DEL ADULTO
MAYOR. CENTRO DE SALUD SAN JUAN DEL DISTRITO
DE PAUCARPATA. AREQUIPA, 2012**

Proyecto de tesis presentado por la Magíster:

HILDA EMILIANA MACEDO VALENCIA

Para optar el Grado Académico de:

Doctor en Ciencias de la Salud

AREQUIPA – PERU

2012

I. PREAMBULO

En el presente trabajo de investigación se considera al envejecimiento del adulto mayor como un proceso lento y difuso, que implica en cada uno, además del designio biológico, psicológico y social a desarrollarse, el modificarse y adaptarse permanente e ininterrumpidamente a lo largo de toda la existencia a partir de los 60 años de edad, tanto mujeres como varones.

En nuestro país, de la población total de habitantes, el 19.9% corresponde a la población del adulto mayor¹. Muchos de ellos son jubilados y sufren las consecuencias de la desadaptación a la vida cotidiana; otros son marginados por sus familiares, por lo que se encuentran en abandono parcial y total, mientras que otros pertenecen a un hogar con los cuidados y orientaciones adecuadas a su edad.

Vivimos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de no apto para ciertas cosas, incluida la de las oportunidades laborales, porque peyorativamente ya son “viejos”. La ignorancia colectiva hace pensar que una persona “entrada en años” representa una carga para la familia y la sociedad. Sin embargo, hoy existen esfuerzos para replantear el concepto de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad.

Ambos aspectos han inducido a la autora a realizar el presente estudio de investigación.

¹Datos obtenidos en el Censo Población 2010.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR. CENTRO DE SALUD SAN JUAN DEL DISTRITO DE PAUCARPATA. AREQUIPA, 2012

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Salud Pública
- c. Línea : Adulto Mayor

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

- Independiente : Factores Biopsicosociales
- Dependiente : Actividades de la Vida Cotidiana

Variable	Indicadores	Subindicadores
Independiente Factores Biopsicosociales (Conjunto de indicadores que caracterizan a cada factor, lo que determina o influye en la realización de las actividades diarias)	1. Biológicos 2. Psicológicos 3. Sociales	1.1. Antecedentes de enfermedad crónica. 1.2. Secuelas de fracturas. 1.3. Limitación física 2.1. Confianza de las personas 2.2. Sentimiento de soledad 2.3. Sentimientos de duelo 2.4. Estado de Jubilación 2.5. Marginación Social 3.1. Adaptación a la jubilación 3.2. Carencia de amigos 3.3. Diálogo familiar 3.4. Adaptación a las condiciones económicas

Variable	Indicadores	Subindicadores
Dependiente Actividades de la Vida Cotidiana (Acciones que realizan los adultos mayores en su vida diaria).	1. Tareas Domésticas 2. Higiene personal 3. Deambulación	1.1. Higiene de la vivienda 1.2. Lavado y planchado de ropa 1.3. Preparación de alimentos 1.4. Hacer compras 1.5. Comunicarse telefónicamente 2.1. Total 2.2. Parcial 2.3. Cambio de ropa 3.1. Con apoyo 3.2. Sin apoyo

1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Qué factores biopsicosociales se asocian a la vida cotidiana de los adultos mayores?
2. ¿Cómo realizan las actividades de la vida cotidiana los adultos mayores?
3. ¿Qué asociación existe entre los factores biopsicosociales y las actividades de la vida cotidiana de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata ?

1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

- a. Tipo : De campo
- b. Nivel : Descriptivo, relacional, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El incremento de la población adulta mayor y el mayor número de ellos que presentan condiciones limitantes en su vivir constituye un grave problema de salud pública en razón a que su desenvolvimiento social dentro y fuera del

hogar atenta su calidad de vida, y que al no poder realizar algunas de las actividades en su vida cotidiana los vuelve irritables, egocéntricos, ansiosos y hasta depresivos, de ahí que el presente estudio alcance relevancia social y humana. Científicamente, el estudio es también relevante en cuanto a los resultados obtenidos facultará la ampliación de siguientes trabajos exploratorios y permitirá aprovechar dichos resultados para proponer estrategias que mejoren las actitudes y comportamientos del adulto mayor en su entorno social.

Este estudio no es original, ya que existen otros trabajos de investigación a nivel local y nacional.

Asimismo, se considera que este estudio es factible de realizarlo, ya que se cuenta con las unidades de investigación, recursos, tiempo, fuentes bibliográficas y facilidades proporcionadas por el Centro de Salud San Juan del distrito de Paucarpata.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. EL ADULTO MAYOR

Un adulto mayor es aquella persona que ya ha alcanzado los 60 años de edad a la cual no se le puede calificar gratuitamente con el término peyorativo de “viejo”, término que nos hace pensar en el adulto mayor como una persona enferma, inútil y una carga para la familia y la sociedad.

2.1.1. Etapa Evolutiva del Adulto Mayor

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido una constante en la historia de la humanidad, sobresalen dos aspiraciones constantes a través de distintas culturas y momentos históricos, la inmortalidad y la búsqueda de la longevidad. "Distintos mitos como el "Elixir de la vida" buscado por los alquimistas o la "fuente de la vida", presenta en distintas culturas (hebrea, griega, romana) desde la antigüedad hasta hoy, reflejan bien la

preocupación por la prolongación de la vida. Ciertos vestigios de estos mitos perviven en la sociedad actual: consumo de vitaminas (por ejemplo, vitamina C), tratamientos termales anti-envejecimiento, dietas especiales, programas de ejercicio físico intensivo, entre otros, y forman parte de los métodos que se proponen para mejorar la vitalidad y la longevidad"²

Además de la longevidad y la eterna juventud, la propia comprensión del proceso de envejecimiento y de los problemas de la edad avanzada ha captado el interés de los pensadores durante siglos. Las antiguas civilizaciones de China, India y la cuenca mediterránea oriente dedicaron una gran atención a este tema (Freeman, 1979), como también lo hicieron más tarde griegos y romanos. Platón y Aristóteles, en la Grecia clásica, y Galeno, los pensadores epicureístas y los filósofos estoicos, especialmente Cicerón, Séneca y Epicteto, hicieron grandes aportaciones a la comprensión de la vejez. Su pensamiento, sin duda, jugó un papel crucial en la cultura europea al transmitirse a distintos autores de diferentes épocas. Así, por ejemplo, en la Edad Media, San Agustín representa la herencia estoica de la visión de la vejez que concibe como la edad del equilibrio emocional y de la liberación de la sujeción a los placeres mundanos, mientras que Santo Tomás de Aquino se sitúa en la tradición aristotélica, asumiendo la idea de la vejez como una etapa de decadencia (Rodríguez, 1989). Éstas y otras tendencias procedentes del pensamiento griego y romano son heredadas también por el Renacimiento, la cultura barroca, la Ilustración y finalmente son transmitidas al pensamiento del siglo XIX; de ahí, su influencia llega hasta la actualidad. Esta fascinación por el proceso de envejecimiento también se extendió desde Europa al continente americano y al resto de las áreas de influencia europea.

²PPDH. Consideraciones de la PDDH sobre la situación de los adultos mayores en El Salvador. <http://www.gerontologia.org/portal/print/index.php?idinfo=369> . Citado: 29 junio 2006.

El estudio científico de la vejez desde la psicología hace su aparición en el siglo XIX asociado al interés surgido en torno al envejecimiento como parte de la psicología del desarrollo (Riegel, 1977). Con el fin de concretar el desarrollo histórico del estudio de la psicología de la vejez y el envejecimiento, se van a establecer para su descripción una serie de etapas, siguiendo el clásico trabajo de Birren (1961) sobre la historia de la psicología del envejecimiento. Así, se pueden distinguir las siguientes fases: un período inicial, desde 1835 hasta el final de la segunda década del siglo XX, una etapa referida al comienzo de la investigación sistemática, entre 1918 y 1945, y un período de constitución a partir del fin de la segunda guerra mundial (1945-1960). A las etapas anteriores se suma una última fase de consolidación y desarrollo que, de acuerdo a la aproximación histórica sobre el estudio de la vejez realizada por Fortaleza (1993), comenzaría con la década de los 60 y se extendería hasta la actualidad.

El desarrollo de la Psicología de la vejez comienza a adquirir una mayor solidez a partir de la finalización de la II Guerra Mundial. Desde 1945 hasta finalizada la década de los años 50 se puede considerar un período de crecimiento y difusión del estudio de la Psicología de la vejez, así como de aplicación de los conocimientos para solventar los problemas de las personas mayores. Este crecimiento se ve apoyado, además, por el nacimiento de una serie de instituciones desde las que se potencia tal estudio, se difunde el interés por el mismo y se sustenta su continuidad.

En cuanto a los aspectos psicológicos más investigados en esta época, se mantiene el interés principal por las habilidades intelectuales durante la vejez, y se amplía a otros aspectos, como la memoria y el aprendizaje, la adaptación en la vejez y su relación con el nivel de actividad satisfacción con la vida.

Dentro de los estudios sobre funcionamiento intelectual, destacan, por una parte, los estudios sobre estandarización de instrumentos para la evaluación de la inteligencia (Wechsler, 1956) y, por otra parte, el comienzo de investigaciones longitudinales sobre el patrón de cambio de las distintas aptitudes o habilidades intelectuales durante el envejecimiento (Schaie, Rosenthal y Periman, 1953), que hoy son una fuente importante del conocimiento sobre envejecimiento normal y óptimo. La crítica general hacia la utilización de diseños transversales en el estudio de los cambios debidos a la edad, que tienden a confundir el efecto del envejecimiento con las condiciones en las que han vivido los individuos, llevan a proponer la utilización de diseños longitudinales para el estudio de tales cambios. De esta forma, durante los años 50 se ponen en marcha - una serie de investigaciones longitudinales que se prolongarán, en algunos casos, hasta muy recientemente.

La investigación sobre psicología de la vejez en esta etapa, como se ha señalado se amplió hacia nuevos aspectos, como la velocidad de ejecución, la solución de problemas y, especialmente el estudio de cómo se adaptan las personas al envejecimiento y cómo se asocia la adaptación con el nivel de actividad y la satisfacción (Havighurst, 1957); aparecen, además, los primeros trabajos sobre adaptación a la jubilación (Kent, 1956).

Además del desarrollo de investigaciones específicas, la creación de nuevos centros de investigación y sociedades científicas también contribuyó a la consolidación de la psicología de la vejez como disciplina científica. En 1946 se crean dos centros de investigación que suponen un fuerte impulso al estudio de la psicología del envejecimiento, uno de ellos en Inglaterra y otro en Estados Unidos. La Unidad para la Investigación de los Problemas del Envejecimiento de Niffield fue creada en la

Universidad de Cambridge bajo la dirección de Welford, con el fin de analizar las relaciones entre la conducta especializada y la edad. La repercusión de este centro en la investigación sobre el envejecimiento fue notable por que en él se formaron numerosos investigadores que posteriormente trasladaron sus conocimientos a otras universidades.

En Estados Unidos, se crea una unidad gerontológico dependiente de los Institutos Nacionales de Salud de las manos de Nathan Shock. Un año después, Birren se integra en esta unidad y comienza a dirigir la sección de investigación psicológica de la misma. Como resultado de ello, en 1953 queda establecida la Sección de Envejecimiento dentro del Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección asume el propio Birren.³

Para poder lograr un concepto adecuado de lo que es el envejecimiento, hay que cumplir todo el desarrollo entre la temprana adultez y la vejez propia mente dicha. A menudo los problemas de ajuste de la persona mayor son simples variaciones de sus dificultades durante la edad media. La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo bregará con ellos en los años de la vejez. Lo que halla ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de la vejez.

Alguien ha dicho que la vejez no tiene remedio. Sin embargo, es un mal que puede aliviarse en muchísimos aspectos. Si se observa detalladamente, el proceso de crecer puede ser hasta más difícil que el de envejecer.

En el proceso de saber vivir la vejez mucho cuentan las actitudes y acciones de la sociedad en que el individuo envejece.

³Salas, E. "El adulto mayor y los problemas derivados, un desafío para la educación". http://www.gerontologia.uchile.d/docs/emma_1.htm. Citado: 10 noviembre 2005.

La vejez no es una enfermedad: es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias. Hay enfermedades propias de la vejez, lo mismo que hay enfermedades propias de la infancia; pero eso no quiere decir que la infancia sea una enfermedad, como tampoco es la vejez.

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivan cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. La gerontología se interesa principalmente en los cambios que ocurren entre el logro de la madurez y la muerte del individuo, así como en los factores que influyen en estos cambios progresivos.

Se hace extremadamente difícil señalar cuándo comienza la vejez. Esto se debe a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos. Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente.⁴

El envejecimiento comienza bien temprano en la vida. Distintas partes de la anatomía envejecen a ritmos diferentes. Específicamente, se ha señalado el caso del *arcussenilis* (arco senil o círculo del envejecimiento), que es la parte coloreada de los ojos de las personas viejas. Generalmente, tal cambio puede observarse por primera vez realmente, tal cambio puede observarse por primera vez alrededor de los 80 años, pero en otras

⁴Urjas, T. "Apoyo para los Ancianos" 25 enero 2004.
<http://www.elsalvador.com/hablemos/20041250104/25010411htm>. Citado: 1 julio 2006.

personas puede notarse a los 50.

Lo prevaleciente es la noción de que la vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado.

En *lo referente* a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y la adolescencia, la plenitud, la declinación y la muerte. Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales psicológicas. Hasta este momento, la atención de la sociedad se ha orientado, mayormente hacia la provisión de ciertos auxilios a los ancianos en sus necesidades biológicas: alimentación, salud física y albergue.

La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento. Las investigaciones señalan que se empieza a envejecer antes de los 65 años. Ya..para fines de la cuarta década, hay declinación en la energía física. También aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades. Se va haciendo cada vez más difícil, mantener la integración personal, así como la orientación en la sociedad.

Finalmente, de una manera inexorable, unos antes y otros después, viene la declinación general. El individuo acaba retrayéndose de las actividades. Depende mucho de los que le rodean. Si las relaciones conotrosson tirantes, el anciano busca el aislamiento y la soledad. El temperamento puede tomarse agrio. Surge en muchos casos la mala salud física. Los ingresos económicos pueden ser insuficientes. Hay una multitud de

problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, las situación no es fácil para la persona vieja ni para sus relacionados. El anciano no quiere construir un estorbo. Para los familiares, el hecho de tener la responsabilidad de personas mayores constituye un serio impedimento en el disfrute de sus afanes de vida y en la realización de sus proyectos y aspiraciones.

En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

Una vez más se reconoce que la personalidad humana es una integración, una totalidad indivisible. Todos sabemos que una persona sufrida, en el aspecto emocional, envejece físicamente de la noche a la mañana.

Se debe que reconocer desde un principio que, al encarar la personalidad humana, estamos afrontando un conjunto de fuerzas intrapsíquicas en interacción con la cultura y la biosfera, es decir, el ambiente total en que se desenvuelve la vida hombre. La lucha del ser humano, en todo momento de su vida, es lucha dentro de un ambiente físico, social y cultural. No se puede negar que a lo largo de la vida se van reduciendo los recursos de adaptación del ser humano. En muchos sentidos, envejecer no es otra cosa que la pérdida de esta capacidad de adaptación.⁵

Viejo es aquel que ha llegado a su horizonte. Quien se estanca, ha envejecido. Esto no significa que se pase por alto el hecho irrefutable de

⁵Lillo, Manuel. "Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre al vejez a través de la historia" ultima modificación 020106.http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuellillo_crespo2.htm. Citado: 29 de junio 2006.

los años. Se envejece porque transcurre el tiempo por encima de cada persona. Pero también se envejece porque se permite que el tiempo corra por encima de cada una sin aprovecharlo como se debe. Y el tiempo siempre debe aprovecharse de una manera o de otra. Hay quien se sienta a esperar la muerte sentado en un sillón o acostado en una cama, sin haber razón alguna para tales poses fatalistas. En casi todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría dar más de lo que se ha dado.

2.1.2. Características del Adulto Mayor que tienen un envejecimiento saludable.

Hay un rango de edad donde entran los adultos mayores y en general reúnen una serie de características en donde podemos ubicar a los adultos mayores que tienen un envejecimiento favorable.

Según J. D. Ochoa (2009) : Generalidades del adulto mayor En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame Adultos Mayores, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad, y siguen siendo adultos, existen diferencias entre quienes son mayores de 18 y menores - promedios ambos - de 60. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub-etapas, como:

- Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)
- Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y
- Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad)⁶

⁶Organización Panamericana de la Salud. "Guía clínica para atención primaria a las personas Adultas Mayores". 3era. Edición. Washington, D.C. 2002.

En el presente, no ha existido acuerdo entre todos los estudiosos del tema para definir al adulto y asignarles las edades correspondientes a sus diferentes etapas vitales.

Es, precisamente, que la edad adulta incluye otras características que le diferencian de las etapas anteriores y posteriores.

Por eso es que definimos al adulto mayor a toda persona adulta mayor de 60 años en adelante o identificado ante la sociedad como la vejez e incluye características como disminución de la fuerza física, los que utilizan bastón o ya tienen problemas médicos de acorde a su edad, esto quiere decir que ya no son jóvenes.

2.1.3. Impacto de las condiciones psicosociales en el adulto mayor.

Las costumbres son aquellas actividades o estilos de vida que el hombre practica ya sea sus actividades diarias y que durante toda su vida practica cotidianamente y que al llegar a la vejez todavía el individuo practica. Algunas pueden ser favorables pues estas pueden contribuir a tener una buena calidad de vida en esta etapa tan importante.

Dentro de las costumbres, están practicar deportes, comer sano, realizar ejercicios, participar de actividades recreativas y socioculturales, entre otras, que contribuyan y tengan costumbres saludables y que favorezcan un envejecimiento saludable.

J. Belsky (1996) señala: El hecho de que el estilo de vida puede afectar el envejecimiento está firmemente respaldado por la evidencia de que, al contrario que en tiempos pasados, hoy en día, la vejez empieza mucho más cerca de los 80 que de los 75 años. Como dos autores señalan en un libro reciente sobre el tema (Lesnoff-Caravaglia y Klys, 1987), este cambio ascendente de momento de ingresar en la senectud y el incremento

relacionado de la esperanza de vida de los ancianos constituye un fenómeno relativamente reciente, que ha coincidido de forma notoria con el énfasis reciente en la forma física y de la salud, iniciando en la década de los 70. Los estudios prospectivos, en los cuales los investigadores siguen a miles de individuos a lo largo de años, ofrecen pruebas incluso más directas de que unas costumbres afectan positivamente la longevidad". Página 61-62 (Barcelona, España)

Las costumbres juegan un papel muy marcado, ya que hoy en día nuestra población está perdiendo esas costumbres tradicionales de la población y llega con ello el sedentarismo, la falta de buenas costumbres en donde la población envejece a menor edad ya considerándose de los 60 en adelante y dura menos por todas las enfermedades frecuentes que los aqueja, disminuyendo la esperanza de vida en este grupo de edad.⁷

Es importante resaltar que integrar a la vida diaria buenas costumbres saludables, nos ayuda a tener un mejor ritmo de vida, vitalidad y fuerza para poder seguir un buen patrón de vida y así, al llegar a la etapa de la vejez, ser menos dependientes y más productivos y gozar de buena salud tanto física como mental.

- **Cambios vitales**

El cambio en todo el transcurso de la vida se da siempre, pero cabe destacar que, al entrar a la vejez, no todos los cambios son buenos y en algunos casos son determinantes ya que afectan crucialmente la vida del adulto mayor. Entre ellos tenemos:

- La jubilación
- pérdida del trabajo

⁷Organización Panamericana de la Salud. "Guía clínica para atención primaria a las personas Adultas Mayores". 3era. Edición. Washington, D.C. 2002.

- muerte del esposo/a.
- dependencia de la familia
- gastos económicos
- nietos
- cambios de residencia

Los cambios de residencia son vitales en algunos casos y más cuando hay abandono de parte de las familias, pues el vivir toda la vida productiva y donde los logros pasados fueron vividos, afectan negativamente al anciano y se dan los casos en que son trasladados a lugares de acogida o separados de la familia por ser un gasto económico mayor si el adulto padece de enfermedades o si simplemente no pueden ser atendidos dentro de su hogar y son trasladados a asilos de ancianos.

J. Belsky (1996) anota: "En gerontología, el impacto de mudarse en la postrimería de la vida se ha investigado tan a menudo que se le ha dado un nombre especial: efecto del traslado. El efecto del traslado fue descubierto por primera vez en un grupo de pacientes alojados en una residencia después del cierre de su institución. Los investigadores observaron un aumento destacado del número de muertes.

Durante los tres primeros meses después que estos residentes fueran trasladados a otra institución (Aldrich y mendkoff, 1963). Desde entonces, diversos investigadores han investigado el impacto del traslado de diversos tipos: de un contexto comunitario a otro, de la comunidad a una residencia de ancianos y, como en el estudio mencionado previamente, de una institución a otra.

Ha parecido un patrón general. Una vez más, al contrario de los que predijeron Holmes y Rahe, el impacto en sí mismo no parece tener un impacto negativo en la salud. Si una persona se traslada voluntariamente

a un entorno más adecuado, de hecho podría relacionarse con una mejoría de la salud y del estado de ánimo (Carp, 1968). Sin embargo, los ancianos presentan el riesgo de enfermarse cuando se trasladan a un contexto diferentes, poco familiar y menos deseable, por ejemplo, desde su hogar a una residencia de ancianos antes que a otro entorno comunitario. Son más propensos a experimentar efectos físicos negativos cuando se trasladan sin una preparación adecuada. Son especialmente vulnerables cuando la decisión es ajena a ellos, cuando el individuo no ha escogido libremente el traslado (Moos y Lemke, 1985).

De hecho la capacidad de controlar o hacer una libre elección en sí misma presenta efectos importantes sobre el bienestar físico y mental del anciano. Aunque los gerontólogos discuten la validez de la investigación estrés vital/enfermedad, poseemos pruebas experimentales genuinas de que la provisión de control a los ancianos incapacitados pueden ser estimulantes para la vida (Hofland, 1988)". Página 69 (Barcelona, España)

La adaptación a la vejez es muy larga y en algunos casos no se da de la mejor manera y si además ese individuo es trasladado de un lugar a otro sin tomar en cuenta su opinión, puede ser tomado de una forma negativa y no positiva. El hecho de que el adulto tenga la capacidad de elegir o controlar sus decisiones juega un papel muy importante para su bienestar, no solo físico sino también mental y familiar.

- **Autonomía y Control**

El tener autonomía y control es un derecho de todo individuo pero en esta edad es una realidad. No todos pueden contar con este derecho ya que al entrar en una edad muy avanzada son más dependientes y son otros los que deben o toman las decisiones y mantienen el control sobre

ellos.

Pero ese adulto está vitalmente fuerte y en capacidad de mantener la autonomía y control de su vida, da un mejor aporte a las condiciones sociales y saludables en las que vive.

Según J. Belsky (1996) : "En diversas revisiones, los gerontólogos han resumido el conjunto cada vez mayor de investigaciones que sugieren que aumentar la autonomía y los poderes de la toma de decisiones de los ancianos afecta el bienestar físico (v. *The Gerontologist*, junio 1988; Rodin, 1986a, 1986b), pero asimismo recomiendan prudencia. Como ocurre con los estudios de Rodin, la mayor parte de las investigaciones se han llevado a cabo con ancianos frágiles. Aumentar el control puede tener un impacto físico mucho menos entre los individuos todavía no dependientes de una enfermedad crónica incapacitante. Además como señala Rodin, los individuos difieren en el grado hasta el cual desean tener poder para tomar decisiones. Algunos se sienten más cómodos permitiendo que otras personas las tomen en su lugar. Desean eliminar la ansiedad inherente a la toma de decisiones. Asimismo, en ocasiones tener el control total puede ser más un desencadenante de ansiedad que lo contrario". Página 70-71 (Barcelona, España)

Se debe aumentar esta autonomía, siempre tomando en cuenta las opiniones del adulto en cualquier decisión en que se vea necesario cualquier cambio o circunstancia que lo pueda afectar directa o negativamente. También se debe tener prudencia, pues no todos son capaces de tener control de todas las situaciones que se presentan en esta edad, y no en todas las situaciones ellos pueden tener el control y es aquí donde se debe explicar siempre al adulto ante cualquier circunstancia donde él se sienta vulnerable.⁸

⁸Moragas Moragas, R. (1998): *Gerontología Social. Envejecimiento y calidadde vida*. Barcelona: Herder

2.2. FACTORES BIO-PSICO-SOCIALES

2.2.1. Factores Biológicos

El aspecto general refleja el envejecimiento, la silueta se pone pesada por la gordura que predomina en ciertas regiones (vientre, caderas). La piel pierde su hidratación y elasticidad, se arruga; las varicosidades se acusan, las venas sobresalen, los cabellos se encanecen y se hacen escasos. A esto se le suman las alteraciones autoperceptibles de las funciones oculares y auditivas, el incremento de la fatigabilidad muscular y un cambio en la velocidad de respuesta adaptativa a ciertos estímulos (por ejemplo, sexuales)

Ahora bien, todas estas modificaciones que deben ser consideradas fisiológicas en tanto no derivan de problemas patológicos definidos tendrán repercusiones personales y serán vividas de manera totalmente diferente por los individuos que la padecen y que dependerá de la personalidad previa de cada uno y del rol socioeconómico que desempeñe. Por ejemplo, la pérdida de belleza y del encanto físico no tendrá el mismo efecto en una personalidad narcisista que en una depresiva. Las combinaciones de personalidades, profesiones y roles sociales multiplican las posibilidades hasta el infinito, lo cual hace sumamente difícil, la pretensión de establecer generalidades del proceso de envejecimiento. De esta última afirmación se desprende la necesidad de ahondar en los factores psicológicos y sociales que intervienen en éste proceso, cómo así también sobre la relación entre éstos y lo biológico.

De acuerdo a nuestra investigación tenemos los siguientes dificultades que pasan generalmente el adulto mayor son: enfermedades crónicas y secuelas de posfracturas.⁹

⁹Moragas Moragas, R. (1998): Gerontología Social. Envejecimiento y calidadde vida. Barcelona: Herder

2.2.2. Factores Psicológicos

El Sistema Nervioso Central de todas las personas es una estructura biológica construida históricamente. A lo largo de la vida, los seres humanos "tallamos" en las redes neuronales del cerebro la trama de nuestra identidad psicológica y de nuestra historia. Pasamos por períodos de neurodesarrollo que están tanto genética y socialmente determinados como sometidos a procesos azarosos. Y es solo basándose en esto que nuestros cerebros adquieren las potencialidades que los caracterizan. Día a día construimos con nuestras experiencias la trama de la red de nuestras neuronas generando como resultado un "diseño cerebral" único e irrepetible. Por esto, el cerebro de una persona envejecida no es "la versión deteriorada de un cerebro joven". "El cerebro de una persona anciana es una escultura biológica que tiene cualidades únicas, dadas por la impronta en su estructura de una experiencia cultural y subjetiva irrepetible y temporalmente irreversible" (Strjilevich, S: 2001, 64). Por estas razones los cerebros de las personas ancianas tienen más diferencias entre sí que aquellos de los más jóvenes. La experiencia psicobiológica de un ser humano envejecido, si bien es efectivamente diferente a la de otras edades, es subjetivamente coherente y permite una experiencia tan potencialmente disfrutable como en cualquier otra época de la vida. Sin embargo, las mismas razones biológicas determinan que de viejos seamos cerebralmente más vulnerables. Con un menor respaldo neuronal y una capacidad neuroplástica menor que a otras edades, algunas patologías neuropsiquiátricas aumentan su incidencia a medida que nos adentramos en la vida más allá de los 65. Y muchas de estas enfermedades como por ejemplo los cuadros afectivos o los demenciales si bien no son mortales, son seriamente discapacitantes y tiene un efecto deletéreo en la vida de las personas.

Es importante tener en cuenta que las personas ancianas, de ser correctamente asistidas, tienen las mismas expectativas de recuperación que las personas de otras edades. Y si bien es cierto que para otras enfermedades prevalentes en este grupo etareo (como el Mal de Alzheimer) no se han encontrado aún tratamientos que cambien drásticamente el destino del cuadro, aun para estos casos los tratamientos con los que actualmente se cuenta están impactando favorablemente en la calidad de vida de las personas enfermas y sus familiares.

Múltiples han sido las teorías que se han propuesto para explicar el envejecimiento psicológico y/o la reacción psicológica de los individuos ante el envejecimiento.

Erikson, el primer psicoanalista que se ocupó específicamente del proceso de envejecimiento y la vejez, lo hizo formando parte de su teoría epigenética, que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales.

En la edad que nos ocupa, el conflicto principal, según Erikson, se plantea entre generatividad y estancamiento. La primera debemos entenderla como la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, sin que se refiera esto, por supuesto, solamente a una relación con personas de filiación directa. Este concepto incluye los otros más estrechos de productividad y creatividad." La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando" (Erikson, 1968). Pero cuando este enriquecimiento falla hay una regresión a una necesidad obsesiva de pseudo-intimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. La resolución,

satisfactoria o no, del conflicto planteado en este estadio dará lugar al último, que se planteará entre la integridad y la desesperación. La primera es el fruto de los otros siete ciclos vitales, y madura gradualmente en las personas que envejecen, pero sólo en aquellas "que se han ocupado de las cosas y de la gente y se han adaptado a los triunfos y a los desengaños". El fracaso de ésta lleva al sentimiento de desesperación, que expresa "el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar el intento de otro tipo de vida que lleve a la integridad".

Siguiendo a Salvarezza se observa este esquema es un poco abarcador y generalizador, por lo tanto si cada uno envejece como ha vivido debemos buscar otro elemento teórico que nos permita entender cómo hemos vivido y qué determina los cambios en dirección a nuestro ciclo vital.

El psicoanálisis ha privilegiado el encuadre histórico individual (psicosocial): en éste la historia es una explicación del presente por el pasado, más precisamente del presente adulto por el pasado infantil.¹⁰

Para comprender la operatividad de éste concepto hay que recurrir a la formulación de las series complementarias. (Freud, 1963). En ellas hay tres series de causas que no actúan independientemente sino que, en realidad, lo que actúa es la resultante constituida por su interacción. Una primera serie está constituida por factores hereditarios y congénitos; entre los primeros están los transmitidos por herencia, por los genes, y entre los segundos los que derivan del período intrauterino. La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles, son de importancia fundamental porque ocurren en los primeros momentos de la formación de la persona. Los factores actuales o desencadenantes constituyen la tercera serie. Estos actúan sobre el resultado de la interacción entre la

¹⁰Arámbulo, M. (1997): Adaptación del hábitat del anciano. Artículo publicado en Internet.

primera y la segunda serie. Para entender su funcionamiento hay que recurrir al principio de proporcionalidad inversa, es decir que una interacción "fuerte", estará en condiciones de absorber sin mayor complicación reiteradas situaciones conflictivas, en tanto que interacciones "débiles" entre las series o debilitadas por reiterados sufrimientos, factores actuales mínimos pueden desencadenar catástrofes al constituirse en verdaderas situaciones traumáticas difíciles o imposibles de manejar.

Este esquema nos permite comprender las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la acción de los factores actuales que sobre ella inciden, tales como biológicos y sociales, y poder determinar en qué momento éstos se convertían en traumáticos.

Durante esta etapa la aparición de circunstancias dolorosas se vuelve más probable. Cuando se produce la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (duelo normal), ésta se acompaña de pena y tristeza, además de una identificación con el objeto perdido. Para que la persona pueda lograr el desprendimiento de este objeto y la búsqueda de otro que logre satisfacer sus deseos y necesidades, es necesario que haya incorporado a través de su vida una serie de experiencias integradoras de sus conductas instrumentales y que conformen una adecuada capacidad de frustración frente a las vicisitudes de su inclusión dentro de su escala de valores. La capacidad para poder transformar estos acontecimientos vitales críticos depende también de las perspectivas de vida, es decir, del tiempo que queda por vivir y de las posibilidades con que se cuenta, como por ejemplo la movilidad corporal, la capacidad de establecer nuevas relaciones sociales o de encontrar actividades basadas en la reflexión, entre otras.

También, la vejez es una época en que se realiza una revisión de la vida. Es una etapa en la que la memoria es muy clara pero acerca del pasado, se trata de una "psicobiografía en la cual el narrador se cuenta a sí mismo: dentro de la trama de los acontecimientos, contextualizados en el espacio social, pero interiorizados en la significación personal". El relato refleja el plan de vida o proyecto inconsciente elaborado por la persona, el cual se relaciona con su identidad. El proceso psicológico de reminiscencia se produce por la aproximación a la muerte, por la dificultad de sostener la propia invulnerabilidad o para el mantenimiento de la autoestima frente a la declinación física e intelectual. El aumento de tiempo libre también es un factor decisivo en esta situación. Durante esta interioridad se realiza una revisión, replanteo o cuestionamiento de una escala de valores y de aquello que se ha logrado o no, en relación con el ideal trazado por el individuo (ideal del yo). Según su ubicación en esta escala se dará su autoestima.

Al transmitir esto por medio de relatos, se otorga un sentido en el que escucha y escucharlos con atención ayuda en el drama de muchos ancianos que perdidos en sus referentes no pueden expresar su desasosiego frente a que muy pocos le hablen. Esto, además, se relaciona con la continuidad en el tiempo, porque se transmiten valores correspondientes a su generación a través de los recuerdos de su historia familiar, compensando insatisfacciones del presente, introduciéndose en el mundo futuro.

Los problemas que más tenemos en el adulto mayor es: pérdida de confianza de sí mismo, problemas de viudez, falta de afecto del hijo, falta de afecto del familiar y falta de afecto del amigo.¹¹

¹¹Belsky (1996). Psicología del Envejecimiento. Teorías, investigaciones e intervenciones. Segunda edición. MASSON, S.A. Barcelona (España)

2.2.3. Factores Sociales

Los adultos mayores son discriminados en nuestra sociedad por su edad. A esto se llama viejismo que es el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores en función de su edad.

Los prejuicios contra la vejez, son adquiridos durante la infancia y luego se van asentando y racionalizando durante el resto de la vida de los seres prejuiciosos. Generalmente son el resultado de identificaciones primitivas con las conductas de personas significativas del entorno familiar y, por lo tanto no forman parte de un pensamiento racional adecuado, sino que se limitan a una respuesta emocional directa ante un estímulo determinado. Por ejemplo, hemos mencionado con anterioridad que el proceso de envejecimiento conlleva cambios corporales tales como la pérdida de la suavidad y tersura de la piel, pérdida de cabello, arrugas y tristeza en la mirada. La persona en desarrollo ve estos cambios indeseables que acompañan a la vejez e inconscientemente rechaza tanto el proceso de envejecimiento como a las personas que son portadoras de él. El temor es la base de la hostilidad, y la ignorancia la prolonga. El temor es de que esto me pueda pasar a mí, por lo tanto o debo escaparme o debo luchar activamente en contra.

Estos sentimientos irracionales, están ampliamente extendidos en toda la población pero son esencialmente peligrosos cuando los poseedores de ellos son los médicos o psicólogos que tienen a su cargo la responsabilidad de la salud mental de los adultos mayores. En ellos el viejismo está internalizado de tal manera que les es sumamente difícil reconocerlo conscientemente. El Group for the Advancement of Psychiatry enumeró en 1971 algunas de las razones de las actitudes negativas de los psiquiatras para tratar a los adultos mayores:

- Los adultos mayores estimulan a los terapeutas temores sobre su propia vejez.
- Reactualizan en los terapeutas conflictos reprimidos en relación con sus propias figuras parentales.
- Los terapeutas piensan que no tienen nada que ofrecer a los adultos mayores porque creen que estos no van a cambiar su conducta o porque sus problemas están relacionados con enfermedades cerebrales orgánicas intratables.
- Los terapeutas creen que no vale la pena hacer el esfuerzo de prestar atención a los psicodinamismos de los adultos mayores porque están muy cerca de la muerte; algo similar a lo que ocurre en el sistema médico militar de urgencia, en el cual el más grave recibe menos atención porque es menos probable su recuperación.
- El paciente puede morir durante el tratamiento, lo cual afecta el sentimiento de importancia, (¿omnipotencia?), del terapeuta.
- Los terapeutas se sienten disminuidos en su esfuerzo por sus propios colegas. Habitualmente se escucha decir que los gerontólogos o los geriatras tienen una preocupación morbosa por la muerte; su interés por los adultos mayores es enfermizo o por lo menos sospechoso.

En nuestro país, a diferencia de otros países de la región, la atención a la salud mental de personas con problemas psicogerítricos no se trata de una carencia cuantitativa, sino que existe un problema cualitativo. En el país con más profesionales de la salud mental per cápita del mundo (hay un psicólogo por cada 100 habitantes), "la falta de políticas globales de entrenamiento adecuado genera la paradójica situación de encontrarnos con un sinnúmero de consultas evacuadas pero que terminan frecuentemente

en situaciones iatrogénicas" (Strjilevich, S: 2001, 67). Cuando un profesional no ha recibido entrenamiento específico, pero se ve obligado a trabajar con ancianos (la epidemiología y el mercado así lo dictan) debe entonces apelar a sus conocimientos subjetivos e intuiciones para abordar el problema. Así los prejuicios pasan a ocupar el lugar del conocimiento ausente.

Tenemos problemas en que quieren volver a su trabajo, están aislados, están inactivos, falta de amigos, habla poco con los familiares, le afecta la jubilación, problemas en la realización de actividades, mala economía y problema de condiciones económicas.

2.3. ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA DEL ADULTO MAYOR

A la hora de trabajar en la mejora de la calidad de vida en la vejez se suele partir del grado de dependencia de la persona mayor con el objetivo de facilitarle los recursos necesarios para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Así, dependencia, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, es: "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". Es decir se trata, por tanto, de una dependencia funcional, necesitando ayuda para realizar las ABVD, en función del grado de dependencia adquirido, estructurado en tres niveles por la presente ley

- a. Grado 1. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- b. Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- c. Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal."

Esta clasificación es utilizada por los profesionales y la administración a la hora de realizar un diagnóstico del grado de dependencia que ha desarrollado la persona, atendiendo a las actividades que puede realizar dentro y fuera del hogar. Se trata de estudiar el número de veces que necesita ser ayudada una persona para realizar sus actividades diarias. En relación a las personas mayores, dicha perspectiva teórica resulta reduccionista, ya que:

a) por un lado, no aborda todas las dimensiones del ser humano, centrándose en la dimensión biológica y psíquica, dejando a un lado la dimensión social. Sin embargo, es fundamental situarse desde una perspectiva multidimensional que contemple todas las vertientes de desarrollo de la persona, incluyendo la dimensión social. El ser humano durante toda su vida se encuentra inmerso en un proceso de socialización, en una permanente relación interpersonal, que le permite estar en constante aprendizaje y desarrollo. Si esta dimensión no se contempla y, por tanto, no se trabaja, uno se olvida de situaciones muy complejas que cobran protagonismo a edades avanzadas como son el aislamiento y la soledad, debido a las características sociales que rodean a la tercera edad, anteriormente comentadas.

También desde el cuidado de la salud, la Organización Mundial de la Salud en

1948 establece como concepto de salud: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". (Gil López, 1998: 10), señalando la importancia del bienestar en las tres dimensiones-mencionadas. Es importante comentar que las tres están interrelacionadas influyendo una en las demás, de tal forma que si una mejora también mejoran las demás, y, al revés, si una empeora, también lo hacen las otras dos. Por ello es fundamental facilitar su desarrollo desde una perspectiva integral.

En consecuencia, definiremos el concepto de dependencia desde una perspectiva multidimensional, de modo que se entiende por dependencia la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él, por lo que se puede determinar el grado de dependencia de un mayor a partir del ajuste a las demandas de su medio físico y social. De esta forma, la dependencia puede ser (Hombrados, 2006: 253): económica (debido a las cuantías reducidas percibidas), mental (debido a la disminución de las capacidades cognitivas), física (pérdida de control de sus funciones corporales y sensoriales) y social (pérdida de relaciones sociales significativas para el individuo).

b) y por otro lado, es más positivo enfocar la intervención desde el fomento de la autonomía personal, lo que permite centrarse en las potencialidades y no en las limitaciones del anciano, creando una visión positiva de la persona mayor. Así, autonomía (Ley 3912006, art. 2) es "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria". Consiste, por un lado, en el control sobre la toma y ejecución cotidiana de decisiones, y por otro, en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), que son aquellas que le permiten a la persona valerse por sí misma, como por ejemplo, actividades de autocuidado, de movilidad funcional,

labores del hogar o de relación con los demás. Cuando la persona va perdiendo la capacidad de dirigir su vida debido al deterioro progresivo de alguna de sus capacidades, va adquiriendo cierto grado de dependencia y poco a poco necesitará la ayuda de los demás para realizar ciertas actividades.

En conclusión, potenciando las diversas capacidades de la persona mayor (físicas, psíquicas/cognitivas y sociales) y proporcionando las ayudas técnicas o humanas necesarias para realizar las actividades de la vida diaria en función de su grado de dependencia se fomentará la autonomía personal y por lo tanto, se mejorará su calidad de vida.

Las capacidades en donde presentan problemas el adulto mayor es capacidad de usar teléfono, compras, preparación de alimentos y realizar tareas domésticas.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- ALACOQUE E., JOSETE L., AMÉLIA A., MENDES, M., TREVIZAN Y., CARVALHO C. Brasil (2004). *ANÁLISIS DE INVESTIGACIONES BRASILEÑAS ENFOCADAS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A ADULTOS MAYORES*. Las conclusiones a la que se aborda en el área de la asistencia de enfermería a adultos mayores concentra casi la totalidad de las tesis publicadas en el período de 2001 a 2002; éstas tratan del cuidado relacionado con aspectos del quehacer de enfermería, involucrando su actuación en los ámbitos: hospitalario, domiciliario, ambulatorio y comunitario. La construcción de conocimientos sobre el quehacer o la práctica del cuidado a adultos mayores, muestra un aspecto importante que caracteriza una real presencia de enfermería en estos escenarios. Del mismo modo, la insuficiente producción de conocimientos sobre la enseñanza del cuidado a los pacientes y familias parece mostrar la dicotomía que todavía existe entre el hacer y el aprender o enseñar, o tal vez aún es muy fuerte la necesidad o prioridad de desarrollar más el hacer.

- CARPIO VILLANUEVA J. y MAQUERA SANCHEZ K. Arequipa (2003). *ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ABANDONO EN LA CIUDAD DE AREQUIPA*. Concluyeron: Que en su mayoría los Adultos Mayores en abandono, no poseen una buena nutrición, higiene personal, además de carecer de comodidad y confort, lo que determina que su estilo de vida es muy deficiente.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Determinar los factores biopsicosociales que se asocian a la vida cotidiana de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata de Arequipa.
- 4.2. Determinar la forma en que se realizan las actividades de la vida cotidiana los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata de Arequipa.
- 4.3. Precisar el tipo de asociación que se da entre los factores biopsicosociales y las actividades de la vida cotidiana en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata.

5. HIPÓTESIS

Dado que cada una de las etapas de nuestro crecimiento y desarrollo responden no sólo a nuestra genética sino al ambiente donde nos desenvolvemos.

Es probable que las actividades de la vida cotidiana de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata, estén asociadas directamente a los factores biopsicosociales, siendo las más significativas las biológicas y psicológicas.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnicas

- Para los factores biopsicosociales se empleará la técnica el Cuestionario
- Para las actividades de la vida cotidiana, la entrevista de Lawton

1.2. Instrumentos

- Para los factores biopsicosociales se empleará como instrumento el Cédula de Preguntas.
- Para las actividades de la vida cotidiana, la escala de Lawton

1.3. Estructura del Instrumento

Variable	Indicadores	Subindicadores	Técnica e Instrumento
Independiente Factores Biopsicosociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biológicos 2. Psicológicos 3. Sociales 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Antecedentes de enfermedad crónica. 1.2. Secuelas de fracturas. 1.3. Limitación física 2.1. Confianza de las personas 2.2. Sentimiento de soledad 2.3. Sentimientos de duelo 2.4. Estado de Jubilación 2.5. Marginación Social 3.1. Adaptación a la jubilación 3.2. Carencia de amigos 3.3. Diálogo familiar 3.4. Adaptación a las condiciones económicas 	Cuestionario y Cédula de Preguntas
Dependiente Actividades de la Vida Cotidiana Acciones que realizan los adultos mayores en su vida diaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tareas Domésticas 2. Higiene personal 3. Deambulación 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Higiene de la vivienda 1.2. Lavado y planchado 1.3. Preparación de alimentos 1.4. Hacer compras 1.5. Comunicarse telefónicamente 2.1. Total 2.2. Parcial 2.3. Cambio de ropa 3.1. Con apoyo 3.2. Sin apoyo 	Entrevista Escala de Lawton

1.4. Prototipo de los Instrumentos

CEDULA DE PREGUNTAS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD

A continuación se le expondrán algunos problemas que afectan a los ancianos, y quisiera que me dijera si están o no presentes en su vida. Su ayuda a responder sinceramente en cada momento, así como el precisar si los tiene, desde cuándo presenta estos problemas, será muy importante para la realización de la investigación. Por favor responda:

Factores Biológicos:

- Tiene usted antecedente de enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, artrosis, artritis.)
_____ (Si tiene alguna de las anteriores enfermedades, desde cuándo)
- Presencia de secuela posfractura de cadera (deformidad, dolor e impotencia funcional):
_____ (Actualmente y desde cuándo)

Factores Psicológicos:

1. ¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos? Sí o No _____ (si responde No, desde cuándo).
2. Si es viudo(a): ¿Se encuentra afectado por la viudez? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
3. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
4. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
5. ¿Desearía volver a su anterior trabajo? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
6. ¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).

Factores Sociales:

7. ¿Se encuentra inactivo? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
8. ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)? Sí o No _____ (si responde No, desde cuándo).
9. ¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? Sí o No _____ (si responde No, desde cuándo).
10. ¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud.? Sí o No _____ (si responde No, desde cuándo).
11. ¿Está adaptado(a) a la jubilación? Sí o No _____ (si responde No, desde cuándo).
12. ¿Realiza actividades útiles como las que desempeña antes? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
13. ¿Son malas sus condiciones económicas? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).
14. ¿Son malas sus condiciones materiales? Sí o No _____ (si responde Si, desde cuándo).

INDICE DE LAWTON

CÉDULA DE PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Opera el teléfono por su propia iniciativa sin restricciones, busca el número en el dial, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
3. Responde al teléfono, pero no llama	1
4. No utiliza el teléfono nunca	0
B. COMPRAS	
1. Hace toda las compras necesarias independientemente	
2. Compra de forma independiente algunas cosas	
3. Necesita ser acompañada para cualquier viaje de compras	
4. Completamente incapaz de comprar	
C. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	
1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas de una forma independiente	
2. Prepara comidas adecuadas si se le proporcionan los ingredientes	
3. Calienta y sirve comidas preparadas	
4. Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	
D. REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS	
1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Ej: trabajos pesados)	
2. Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos, hacer la cama	
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero sin alcanzar niveles aceptables de limpieza	
4. Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa	
5. No participa en ninguna tarea de la casa	
E. MODO DE TRANSPORTACIÓN	
1. Viaja independientemente en transporte público o conduce su propio automóvil	
2. Dispone su propio viaje en taxi, pero no utiliza otros transportes públicos	
3. Viaja en transporte público cuando va acompañada por otros	
4. Viaja limitadamente en taxi o en automóvil con ayuda de otros	
5. No viaja en absoluto	
F. RESPONSABILIDAD CON SUS PROPIOS MEDICAMENTOS	
1. Es responsable de tomar los medicamentos en las dosis y en las horas adecuadas	
2. Es responsable si se le prepara permanentemente los medicamentos en dosis separadas	
3. No es capaz de administrarse sus propios medicamentos	
G. CAPACIDAD PARA MANEJAR LAS FINANZAS	
1. Maneja independientemente los asuntos económicos (cheques, pago de alquiler, ir al banco).	
2. Maneja las compras diarias, pero necesita para las operaciones del banco, las compras importantes, etc.	
3. Incapaz de manejar dinero.	

Nota: En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0 se preguntará desde cuándo perdió la capacidad para la realización de dicha actividad

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Se realizó en el Centro de salud San Juan de la Micro Red de Ciudad Blanca del distrito de Paucarpata.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó entre los meses de Octubre del 2012 a Marzo 2013.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

En la presente investigación, las unidades de estudios son los adultos mayores.

2.3.1. Universo

Está conformado por los adultos mayores del Centro de Salud San Juan del distrito de Paucarpata en número de 49.

2.3.2. Muestra

Para la selección de la muestra se aplicaran los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de Inclusión**

Adultos mayores inscritos en el Centro de Salud San Juan del Distrito de Paucarpata.

Adultos mayores que asisten regularmente

- **Criterios de Exclusión**

Adultos mayores de 90 años.

Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, la muestra queda constituida por 30 adultos mayores.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- a. Se coordinará con la Escuela de Postgrado de la UCSM, para la emisión de la Carta de Presentación.

- b. Se coordinará con el Director Médico del Centro de Salud San Juan de la Micro Red de Ciudad Blanca del distrito de Paucarpata, para la obtención del permiso correspondiente.

3.2. RECURSOS

A. Humanos

- **Investigador**
Hilda Emiliana Macedo Valencia
- **Participantes**
Adultos mayores

B. Material y Financiamiento

El material obtenido por la investigadora se financiará con recursos propios.

3.3. CRITERIO PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

- Concluida la recolección de datos se procederá a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.
- Se procederá a la elaboración de las tablas estadísticas y elaboración de las gráficas correspondientes. El análisis estadístico consistirá en la determinación de las frecuencias y porcentajes.
- Se presentará las conclusiones del trabajo.

IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2012												2013															
	Octubre				Nov				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
• Recolección de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X																			
• Tabulación, análisis e interpretación de resultados										X	X	X	X	X	X	X												
• Elaboración del informe final																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Ander-Egg, E. (2004): Metodología y práctica de la Animación Sociocultural. Madrid: CCS
2. Arámbulo, M. (1997): Adaptación del hábitat del anciano. Artículo publicado en Internet.
3. Belsky (1996). Psicología del Envejecimiento. Teorías, investigaciones e intervenciones. Segunda edición. MASSON,S.A. Barcelona (España)
4. Bueno, J. A. y Castanedo, C. (coords.) (2001): Psicología de la educación aplicada. Madrid: CCS
5. Casado, D. (dir.) (2004): Respuestas a la dependencia. La situación en España. Propuestas de Protección Social y Prevención. Madrid: CCS
6. Espinosa. (2010) TESIS: LA VEJEZ Y SUS PÉRDIDAS. Primera edición. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C. México, DF.
7. García Martínez, A. y otros. (2002): Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud. Editado por la Universidad de Murcia
8. García Minués, J. (2004): La educación en personas mayores. Ensayos de nuevos caminos. Madrid: Narcea
9. Guía Saber envejecer. Prevenir la dependencia. Elaborada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y con la Obra Social Caja Madrid
10. HombradosMendiet, Mal., García Martín, M.A. y López Espigares, T. (coords.) (2006): Intervención Social y Comunitaria. Málaga: Aljibe

11. Limón, MaR. y Crespo, J.A. (2002): Grupos de debate para mayores. Guía práctica para animadores. Madrid: Narcea
12. López Doblaz, J. (2005): Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
13. Mauk (2008). ENFERMERÍA GERIÁTRICA competencias asistenciales. 2ª edición. Mc Graw Hill. España
14. Moragas Moragas, R. (1998): Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder
15. Organización Mundial de la Salud (2002): Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria Gerontológica: 37 (S2): 74-105
16. Ortega, F. (coord.) (2002): Fundamentos de sociología. Madrid: Editorial Síntesis
17. Pérez Serrano, G. (coord.) (2004): ¿Cómo intervenir en personas mayores?. Madrid: Dykinson
18. Pérez Serrano, G. (coord.) (2004): Calidad de vida en personas mayores. Madrid: Dykinson
19. Shives (2007) Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos básicos. 6 ediciones. McGraw-Hill. Interamericana. España.