

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACIÓN PAMPAS DEL CUZCO - MICRORED HUNTER AREQUIPA 2015

Tesis presentada por la Bachiller:

CINTHYA MERCEDES RAMOS AYALA

**Para Optar el Título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ
2016**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACIÓN PAMPAS DEL CUZCO - MICRORED HUNTER AREQUIPA 2015**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Enero del 2016

Cintha Mercedes Ramos Ayala

DICTAMEN DE ASESORÍA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Dominga Vargas de Flores
Asesora de la Investigación

Asunto : Dictamen de Asesoría de Tesis.

Tesis “FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACIÓN PAMPAS DEL CUZCO - MICRORED HUNTER AREQUIPA 2015”

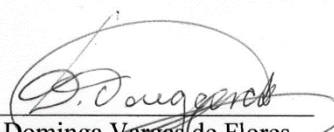
Bachiller : Cinthya Mercedes Ramos Ayala

Fecha : 02 de diciembre del 2015

El estudio de investigación tuvo una duración de 01 año, durante el cual se hicieron reajustes en cuanto al Marco Conceptual Variables y Estadística del mismo. Estos puntos han sido superados mediante análisis realizados en varias sesiones durante el tiempo mencionado anteriormente.

Es cuanto tengo que informar a Ud.

Atentamente,



Dra. Dominga Vargas de Flores
Asesora de la Investigación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO : Decreto N°040 – DFENF-2015/Expediente N°013188

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Doctora Sonia Núñez Chávez

Decana de la Facultad de Enfermería

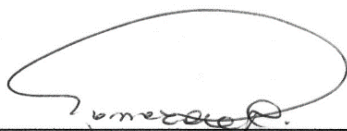
DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis Titulado:

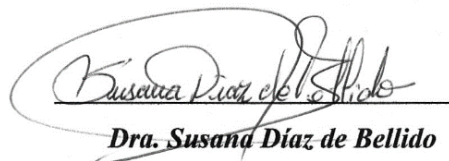
**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACION PAMPAS DEL
CUZCO – MICRORED HUNTER, AREQUIPA 2015”**

FECHA : 12 de mayo, 2015

*Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el proyecto de tesis presentado por la señorita Bachiller: **CINTHYA MERCEDES RAMOS AYALA**; se aprueba el proyecto y pasa a la fase de ejecución:*



Dra. . Gloria Núñez de Pinto



Dra. Susana Díaz de Bellido



Dedico el presente estudio a:

DIOS..... Mi amado Padre

Mis padres: ***Manuel y Mercedes*** con inmenso amor y gratitud.

Mi hermano ***Enrique*** por ser un gran amigo, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar.

Mi gran amor ***Jesús***, por su apoyo y animo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas.

A mi hija ***Mireya*** y a mi futuro bebe quienes me prestaron el tiempo que les pertenecía y por ser el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor.

Mi sincero agradecimiento a:

La Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa por la formación Académica recibida.

Los adultos Mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco quienes compartieron conmigo parte de su vida.

A mis maestras del jurado y a mi asesora por su paciencia, tiempo y palabras que me impulsaron al desarrollo de la presenta investigación.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------|----|
| INDICE DE ILUSTRACIONES | 09 |
| RESUMEN | 11 |
| ABSTRAC | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 1. PROBLEMA | 13 |
| 1.1. Enunciado del Problema | 13 |
| 1.2. Descripción del Problema | 13 |
| 1.2.1. Campo, Área y Línea | 13 |
| 1.2.2. Operacionalización de Variables | 13 |
| 1.2.3. Interrogantes Básicas | 14 |
| 1.2.4. Tipo y Nivel del Problema | 15 |
| 1.3. Justificación | 15 |
| 2. OBJETIVOS | 16 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 16 |
| 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS | 33 |
| 5. HIPÓTESIS | 35 |

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

| | |
|----------------------------|----|
| 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 36 |
| 1.1. Técnica | 36 |
| 1.2. Instrumento | 36 |
| 2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA | 38 |
| 2.1. Espacial | 38 |
| 2.2. Ubicación Espacial | 38 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3. UNIDADES DE ESTUDIO | 38 |
| 4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 39 |
| 5. CRONOGRAMA DE TRABAJO | 40 |

CAPÍTULO III

RESULTADOS

| | |
|----------------------------|----|
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 41 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| RECOMENDACIONES | 62 |
| BIBLIOGRAFÍA | 63 |
| ANEXOS | 65 |



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|--|----|
| 1. Adultos Mayores investigados según Edad. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 42 |
| 2. Adultos Mayores investigados según Género. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco. Microred Hunter. Arequipa, 2015 | 43 |
| 3. Adultos Mayores investigados según Ingresos Económicos Disponibles. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 44 |
| 4. Adultos Mayores investigados según Ocupación. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 45 |
| 5. Adultos Mayores investigados según Enfermedades Actuales. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 46 |
| 6. Adultos Mayores investigados según Incapacidades. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 47 |
| 7. Adultos Mayores investigados según Medicación Actual. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 48 |
| 8. Adultos Mayores investigados según Régimen Alimentario. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 49 |
| 9. Adultos Mayores investigados según Uso de Servicios de Salud Disponibles. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 50 |
| 10. Adultos Mayores investigados según Mecanismos de Seguridad Física. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 51 |
| 11. Adultos Mayores investigados según Facilidad en el Transporte y Movilización. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 52 |
| 12. Adultos Mayores investigados según Habilidad para Servirse de Nuevas Tecnologías Electrónicas Domésticas y de Comunicación. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 | 53 |

13. Adultos Mayores investigados según Relaciones Interpersonales con la Familia. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 54
14. Adultos Mayores investigados según Relaciones Interpersonales con los Amigos. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 55
15. Adultos Mayores investigados que mayormente son expuestos a los Factores de Riesgo. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 56
16. Adultos Mayores investigados según Calidad de Vida en la Dimensión Biofísica, Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 57
17. Adultos Mayores investigados según Calidad de vida en la Dimensión Psicoemocional, Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 58
18. Adultos Mayores investigados según Calidad de vida en la Dimensión Social, Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 59
19. Adultos Mayores investigados según Calidad de vida. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015 60

RESUMEN

La investigación: Factores de riesgo relacionados a la calidad de vida de los adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Micro red Hunter de Arequipa-2015 tiene como objetivo el determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y su calidad de vida. Es un problema de campo y de nivel relacional, cuya hipótesis señala que los adultos mayores se encontrarían en nivel medio y bajo de calidad de vida y que ello se relaciona directamente con los factores de riesgo biológicos. El universo de investigación lo constituyen 54 adultos mayores. La técnica e instrumento fue el cuestionario y el formulario de preguntas para la primera variable y para la segunda, la escala calidad de vida, que contiene las características de calidad de vida. Las conclusiones son: 1. Los factores de riesgo de la calidad de vida a los que mayormente están expuestos los adultos mayores son: Edad de 75 a más de 80 años, el género femenino, bajo ingreso económico, enfermedades asociadas a la vejez que requieren de tratamiento integrado permanente; La carencia de mecanismos de bioseguridad, incapacidad biofísica y la no habilidad para el manejo de la nueva tecnología doméstica y de comunicación, así como inadecuada relación interpersonal en su entorno social. 2. Los Adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred de Hunter poseen una Calidad de Vida de niveles medios, bajos y altos, predominando el nivel medio. 3. Los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida de los Adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred de Hunter son los biológicos y los de relación.

Palabras clave: Adulto mayor, factores de riesgo y calidad de vida.

ABSTRAC

Research: Risk factors related to the quality of life of older adults Health Expansion Since Pampas del Cusco network Micro Hunter Arequipa-2015 aims to determine the relationship between risk factors and quality of life. It is a problem of field and relational level, the hypothesis says that older adults would be in middle and low quality of life and that this is directly related to the biological risk factors. The research universe is constituted by 54 seniors. The technique and instrument was the questionnaire and the form of questions to the first variable and the second quality of life scale, which contains the characteristics of quality of life. The conclusions are: 1. Older adults surveyed have a quality of life of high, medium and low, predominantly medium. 2. Biological Materials factors that are mostly exposed Aging and affecting their quality of life risk are: age 75 to 80 years, female gender, low income, diseases associated with old age are treatment integrated permanent. 3. The environmental risk factors to which they are exposed mostly the elderly and affecting their quality of life are: lack of biosafety mechanisms, biophysics disability and no ability to handle the new domestic technology and communication. 4. The risk factor to which they are exposed seniors attended, is inadequate interpersonal relationships in their social environment. 5. Risk factors that relate to the quality of life of older adults are the biological-materials and relacionantes.

Keywords: elderly, risk factors and quality of life.

Srta. CINTHYA MERCEDES RAMOS AYALA
Email: Cindy_17_02@hotmail.com
Teléfono: 950373814 - 054342533

INTRODUCCIÓN

En torno a los cambios biológicos ocurridos al envejecer, se configura el modelo médico tradicional que conceptualiza a la vejez en términos de déficits y de involución, aceptando la percepción de la vejez como un proceso degenerativo, fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos: animales y hombres.

Envejecer no significa que el hombre como ser vivo se deslice inevitablemente hacia la invalidez, soledad y a un deterioro físico y mental en razón a que a través de la calidad de vida que lleve obtendrá un alto, intermedio o bajo grado de bienestar subjetivo y buenas condiciones objetivas para la satisfacción individual de sus necesidades.

Ante esta situación, es pertinente que se conceptualice y se estudie la calidad de vida de las personas, en este caso, de los adultos mayores, así como de los factores que contribuyen a modificarlo en forma positiva o negativa.

Considerando también el aspecto sociodemográfico, en nuestro medio, los indicadores sociodemográficos actuales permiten afirmar que existe un crecimiento importante de los adultos mayores que portan enfermedades crónico – degenerativas, enfermedades que afectan su bienestar y por consiguiente su calidad de vida, y que requieren del consumo prolongado de medicamentos, hecho que reviste una importancia fundamental por la edad que poseen situación que demanda la realización de estudios de investigación.

En atención en lo descrito anteriormente, la autora se vio motivada para realizar el presente estudio, cuyo contenido es presentado en tres capítulos que dan referencia a los planteamientos teórico, operacional y a los resultados, conclusiones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA

1.1. Enunciado del Problema

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACIÓN PAMPAS DEL CUZCO - MICRORED HUNTER. AREQUIPA, 2015

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería

Línea : Salud del Adulto Mayor

1.2.2. Operacionalización de Variables

El estudio tiene dos variables:

Independiente: Factores de riesgo de calidad de vida.

Dependiente: Calidad de vida

| Variable | Indicadores | Subindicadores |
|--|--|--|
| Independiente Factores de riesgo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Biológicos 2. Ambientales 3. De relación | <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Edad 1.2. Género 1.3. Ingresos económicos disponible 1.4. Ocupación 1.5. Salud 2.1 Presencia y acceso a servicios de salud 2.2 Seguridad 2.3 Transporte y movilización 2.4 Habilidad para el manejo de equipos 2.5 Características del hogar 3.1. Con la familia 3.2. Con los amigos |
| Dependiente Calidad de Vida del adulto mayor | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensión Biofísica 2. Dimensión Psicoemocional 3. Dimensión social | <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Incapacidad física 2.1. Incapacidad psicológica 2.2. Disconfor psicológico 3.1. Incapacidad social |

1.2.3. Interrogantes Básicas

- A. ¿Cuáles son los factores de riesgo de calidad de vida a los que están expuestos los adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco – Hunter?
- B. ¿Qué calidad de vida tienen los pacientes adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco – Hunter?
- C. ¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco – Hunter?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo : De Campo

Nivel : Relacional, de corte transversal

1.3. Justificación

Es **original** porque, podemos observar que este tema no ha sido suficientemente abordado a pesar de disponer de los elementos necesarios que son los adultos mayores y que lo hacen factible y de gran utilidad.

Es **relevante socialmente** porque las razones por las cuales se ha seleccionado el presente estudio es que la calidad de atención de vida de los adultos mayores cobra cada día mayor importancia, dada la gravitación profunda que esta tiene en la sociedad.

Debido a ello, los resultados obtenidos a través de esta investigación permitirán mejorar las políticas referentes a la calidad de vida de los adultos mayores para lograr los objetivos y metas de una sociedad justa, que considere a los adultos mayores personas importantes e integradas al seno familiar.

Es **relevante científicamente**, porque es una investigación que permitirá proponer alternativas de solución en lo que se refiere al bienestar del adulto mayor, base del sustento científico; además, el marco teórico y operativo de la investigación servirá de base para nuevas investigaciones.

Es un tema de actualidad porque la utilidad del estudio radica en que son los mismos adultos mayores los que nos informan desde su perspectiva social información que servirá para orientar con mayor precisión cada uno de los adultos mayores. Este estudio es pertinente, pues la era de la globalización que vivimos exige a los profesionales competir con el nivel de excelencia en un mundo globalizado y de constantes cambios, es por estas circunstancias que tratar sobre la calidad de vida de un grupo poblacional coloca a los profesionales de salud en una situación del reto para lograr en ellos el bienestar físico, psicológico y social a que tienen derecho.

Es factible de realizarlo ya que la investigadora tiene contacto directo con las

unidades de estudio, además de requerir recursos materiales y financieros; estos son enteramente manejables por la investigadora.

Siendo un problema que aqueja a los adultos mayores que asisten al puesto de salud de Ampliación Pampas del Cuzco, existe la motivación e interés personal para desarrollar la investigación.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar los factores de riesgo de la calidad de vida a los que están expuestos los pacientes adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco de Hunter.
- 2.2. Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco de Hunter.
- 2.3. Identificar los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco de Hunter.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. EL ADULTO MAYOR

En el año 2002 la población estimada a nivel nacional fue de 26 millones 749 mil personas, de las cuales el 33.8% tiene menos de 15 años, el 60% está entre 15 y 59 años, mientras que el 7.2 % cuenta con 60 y más años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% el año 2025. En cifras absolutas, las personas de 60 años y más subirán de 1 millón 848 mil en el año 2000 a 3 613 mil en el año 2020 y, a 4 millones 470 mil en el año 2025.

3.1.1. Mitos respecto a la vejez

En torno a los cambios biológicos ocurridos al envejecer, se configura el llamado modelo médico tradicional que conceptualiza a la vejez en términos de déficits y de involución, acentuando la percepción de la vejez como un proceso degenerativo. El

proceso de envejecimiento constituye un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos. El envejecer no significa necesariamente que la persona se deslice inevitablemente hacia la invalidez, soledad y a un deterioro físico y mental.

Respecto a la vejez se han desarrollado una variedad de mitos:

El primero se refiere a la expectativa de que ser viejo significa estar enfermo (Verbrugger, 1984). Al respecto, una encuesta realizada en 1994 encontró que entre las personas de 65 y 74 años, 89% no presenta invalidez alguna. Para las personas entre 75 y 84 años, esta cifra fue del 73% y entre aquellos sobre 85 años, fue del 40%. (Rowe y Khan, 1998)

Un aspecto adicional es la concepción que se asume respecto a la salud - enfermedad. La "Biomedicina", pone particular interés en la observación de la salud humana, centrando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y patofisiológicos del cuerpo humano. El reduccionismo de la salud y la enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana es coherente con la moderna separación entre cuerpo y alma, siendo sólo el primero ámbito de acción e intervención para las ciencias médicas racionales. Desde este paradigma, que considera el cuerpo como una máquina que funciona fisiológicamente según patrones constantes y cuantificables, y a la enfermedad como una alteración física de este funcionamiento, lo que corresponde para mantener la salud es conocer dicha fisiología, conocer sus alteraciones e intervenir para restablecer el normal funcionamiento del cuerpo. En consecuencia, otros aspectos de la experiencia humana, sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos, nada tiene que ver con la salud ni con la enfermedad del sujeto. Este acercamiento reduccionista del bienestar y la salud a su expresión corporal y fisiológica se manifiesta también en la fuerte tendencia a la medicalización de una serie de procesos humanos altamente complejos, tales como el embarazo y parto, la obesidad, el stress, sexualidad o las adicciones, el envejecimiento, experiencias que son marcadas de terminologías patológicas y tratamientos centrados en la corporalidad de estos procesos.

El segundo mito se refiere a que existen límites en la capacidad de aprendizaje. Una serie de habilidades como el procesamiento, el aprendizaje y la recuperación de nueva información, la solución de problemas y la rapidez de respuesta, parecen sufrir un enlentecimiento en la vejez con respecto a etapas previas de la vida. Birren,

proponen la hipótesis de un enlentecimiento cognitivo generalizado del SNC. (Woods y Williams 1980) Sin embargo, las personas mayores pueden mejorar sus habilidades cognitivas mediante procedimientos conductuales (por ej., retroalimentación y reforzamiento positivo para la identificación de las claves relevantes a la memorización); en particular, el aprendizaje, la recuperación de información y la habilidad para resolver problemas.

Al menos tres factores han sido identificados como predictores de un menor decremento en las habilidades cognitivas, a medida en que envejecemos. El primer y mejor predictor es el nivel educacional. El segundo es la capacidad pulmonar, estrictamente relacionada con la actividad física regular y que probablemente permite una mejor circulación y oxigenación de la sangre que llega al cerebro. El tercer predictor es el nivel de autoeficacia, es decir, la creencia en la habilidad personal de ser capaz de influir en lo que nos ocurre a diario. (Albert, 1995; Greider, 1996)

Un tercero implica que el envejecimiento conlleva necesariamente un deterioro continuo y progresivo. Sin embargo, gran parte de las funciones perdidas pueden recuperarse y en algunas instancias lograr niveles superiores a los previos.

Una cuarta creencia señala que la genética es el factor determinante en el cómo envejecemos; Sin embargo, se estima que sólo el 30% del envejecimiento físico puede ser atribuido a factores genéticos, aún más, se cree que a medida que envejecemos la importancia de la genética es cada vez menor. La forma en que vivimos (estilos de vida) y dónde vivimos (ambiente) son los factores más importantes en determinar los cambios relacionados con el corazón, el sistema inmunológico, los pulmones, los huesos, el cerebro y los riñones.

El quinto mito se refiere a dificultades en la respuesta sexual. Al respecto, se constata una gran variabilidad individual. Considerándose que, aquellos individuos que han sido sexualmente activos toda su vida es probable que continúen siéndolo durante su vejez. También parece necesario señalar que es muy probable que el repertorio sexual se amplíe a medida que envejecemos. Es decir, los viejos practican una gama más amplia de comportamientos sexuales, en donde el acariciarse, abrazarse y sentirse amado son más importantes que la penetración y el alcanzar el orgasmo. (Segraves y Segraves, 1995)

Un sexto mito se relaciona con la creencia de que los viejos son una carga para los otros grupos etéreos y que no participan en actividades productivas. Lo cierto es que, una buena parte de los adultos viejos están preparados y dispuestos a trabajar, o trabajan; lo que ocurre es que en el mercado laboral son discriminados, cuando se trata de contrataciones o ascensos.

De otro lado, el retiro como negación del derecho al trabajo, la retirada de los sistemas de producción se traduce en un cambio radical en el estilo de vida de estas personas, a una disminución considerable de su poder adquisitivo se le añade la pérdida de los ambientes sociales en los que habitualmente se desenvolvía la persona, la disminución de funciones y roles sociales, la obligada reestructuración de su tiempo, etc.

No obstante, debemos prestar atención a los procesos que normalmente están asociados al envejecimiento, y que nos indican cuáles son los problemas que se presentan hoy en día:

- a. Por una parte, la incomprensión y la falta de adaptabilidad a situaciones nuevas que colocan a las personas mayores en una situación de inferioridad en un mundo rápidamente cambiante.
- b. Por otra, el declive psicofísico asociado al envejecimiento conlleva necesidades de atención psicosocial, sanitarias y económicas cada vez mayores.

En los países desarrollados se considera que cerca del 25 por 100 de la población geriátrica sufre una afección psíquica, siendo la depresión la más frecuente, con un índice de morbilidad que oscila entre el 13 y el 20 por 100. En Lima Metropolitana y Callao, la prevalencia actual del episodio depresivo, alcanza la cifra de 9.8. El 27.8 % alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas; el 2.5% ha intentado suicidarse alguna vez y un 0.3% lo habría realizado en el último año. (Sheperd y Clare, 1981)

3.1.2. Intervención psicosocial

El desarrollo de la escala humana incorpora a los viejos junto con otros miembros de la sociedad en la definición y construcción de su futuro. Este tipo de desarrollo

supone una democracia directa y participativa, significa llevar adelante el concepto de ciudadanía, entendido como: ..." la competencia histórica para decidir y concretar la oportunidad del desarrollo humano sostenible, indica la capacidad para comprender críticamente la realidad y sobre la base de esta conciencia crítica elaborada, de intervenir de manera alternativa, se trata de transformarse en sujeto histórico y como tal participar activamente, en este sentido la capacidad organizativa es fundamental porque potencia la competencia innovadora, en el reverso de la moneda, la cuestión consistiría en la superación de la masa manipulable y la pobreza política."

Pensar en términos de desarrollo a escala humana, de acuerdo a los escritos de Max Neff, significa crear las condiciones para que los mayores sean los protagonistas principales en este desarrollo, esto implica respetar las diferencias y la autonomía de los espacios en que actúan, alentar soluciones creativas que asciendan de las bases a la cima.

La satisfacción de las necesidades debe considerarse no sólo como superación de carencias sino también como la capacitación de los mayores como participantes activos en el desarrollo de su sociedad y como protagonistas del crecimiento personal de cada cual como ser humano, pasar a ser personas sujeto y no objeto.

Este desarrollo supera la antinomia entre lo individual y lo social, fomenta la adopción de medidas que combinan el crecimiento individual y social como dos aspectos de una misma realidad.

Lo que se busca en el desarrollo de la escala humana es una planificación global de la autonomía local, con estrategias capaces de movilizar a las diferentes organizaciones de los mayores de modo que puedan transformar su lucha por sobrevivir en opciones y alternativas vitales basadas en la dignidad y creatividad y no en la pobreza y degradación humana.

Al ser la vejez una construcción social, el desarrollo de la escala humana cambiaría desde el inicio las fuerzas que estigmatizan a los viejos y los empujan al margen de la sociedad. Avanzar en esta modalidad podría dar lugar al ejercicio activo de los principios propuestos por las Naciones Unidas a favor de los Adultos Mayores: "independencia, participación, cuidado, realización personal y dignidad".

En otro aspecto, y en relación a la salud de la comunidad, un objetivo importante es ofrecer un encuadre conceptual y metodológico para el trabajo con la comunidad, que supone una serie de actividades referidas al equipo, a la comunidad y a otros sectores involucrados.

Con respecto al equipo se plantea la necesidad de:

- Recuperar la historia del grupo y realizar un diagnóstico sobre la situación presente, la inclusión de nuevos integrantes, el grado de acercamiento y compromiso con la propuesta de "salud de la comunidad".
- Sondar las expectativas y actitudes relativas al trabajo en el centro de salud.
- Promover espacios de trabajo interdisciplinario.
- Analizar las dificultades cotidianas, los obstáculos que impiden la realización de las tareas programadas, revisando las consignas surgidas en las reuniones de equipo.
- Registrar las actividades, proyectos y programas colaborando en el establecimiento de prioridades y la planificación de las actividades.
- Incorporar la dimensión sociocultural e histórica al interior del equipo, para ampliar su concepción de los procesos de salud-enfermedad-atención.
- Incentivar los procesos de reflexión sobre la institución: su historia, organización, normativas, relaciones de poder.
- Brindar información sobre la población del área programática en lo referente a composición sociodemográfica, historia, organizaciones, grupos e instituciones.
- Reflexionar sobre las estrategias de trabajo comunitario con el fin de coordinar las actividades extra muro.

Esto significa con respecto a la comunidad, profundizar el conocimiento de la historia, las formas de organización, instituciones, liderazgo, redes, formas de comunicación, lógicas existentes.

Avanzar en el conocimiento de las distintas instituciones, organizaciones y grupos que estaban trabajando en el barrio, intentando en la medida de lo posible una coordinación de acciones.

Reflexionar sobre la relación centro de salud comunidad, el grado de acercamiento, las imágenes, expectativas, experiencias, las demandas en lo asistencial y en los

programas, intentando fortalecer los vínculos existentes y formulando una metodología adecuada de trabajo.

Entrar en un mundo conocido desde la experiencia social pero desde una posición distinta, una experiencia que se asocia al padecimiento, a la enfermedad y a la muerte, que genera angustia, temor. Intervenir, conocer para transformar, para pensar alternativas, involucrarse.

Esta experiencia supone aprender a trabajar de otro modo, muchas veces con problemas enunciados por otras disciplinas, redefinir una problemática desde diferentes perspectivas, trabajar con un ritmo distinto, atravesados por urgencias, contradicciones, frustraciones. El supuesto teórico implícito es trabajar sobre las diferencias no como oposiciones sino como relaciones (nosotros-otros), trabajar sobre los espacios de intercambio, las interacciones, las mediaciones entre lo individual y lo social, lo micro y lo macro, la teoría y la práctica: las relaciones entre el C.S. y la comunidad, entre clases sociales. Las modalidades a través de las cuales se me impone el otro, el lugar que ocupamos, las formas de comunicación, las distancias, las relaciones de poder. Relacionar lo macro y lo microsocioal, analizando cómo el contexto histórico, político y económico, las modificaciones en las políticas sociales, podemos verlas en la cotidianeidad y en las rupturas de esa cotidianeidad, asociadas a experiencias colectivas.

3.2. FACTORES DE RIESGO

Es el conjunto de situaciones negativas a las que están expuestas el adulto mayor

3.2.1. Biológicos

Los factores biológicos - materiales son los recursos que uno o en grupo de personas posee:

- Edad
- Genero
- Ingresos económicos disponibles
- Posición en el mercado de trabajo
- Salud
- Régimen alimentario

Muchos autores asumen una relación causa- efecto entre los recursos y la calidad de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

3.2.2. Ambientales

Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como:

- Presencia y acceso a servicios
- Grado de seguridad y criminalidad
- Transporte y movilización
- Habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple
- Características del hogar

Estos factores son relevantes en la determinación de la calidad de las condiciones de vida de los adultos mayores.

3.2.3. De relacionamiento

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto, oportuno y necesario.

3.2.4. Políticas gubernamentales

La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también hay que considerar la perspectiva social

La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores depende parcial o totalmente de las políticas de salud existentes.

3.2.5. Género al final de la vida

Experimentar la vejez es una experiencia principalmente femenina. Demográficamente, el envejecimiento poblacional ha traído consigo un incremento en las desigualdades de género a medida que la edad avanza.

Las mujeres adultas mayores están en desventajas por su relativamente menor disponibilidad de recursos materiales y financieros, por su mayor nivel de discapacidades funcionales y por la menor facilidad de acceso a recursos en materia de cuidados.

El sentimiento de bienestar está también afectado por el género, debido a la mayor posibilidad de que las mujeres perciban -en mayor medida que los hombres- sentimientos de soledad y aislamiento.

No agregar años a la vida sino vida a los años

Empíricamente la medición de la calidad de vida en las edades avanzadas es problemática por dos razones:

- La falta de una definición clara y,
- La deficiencia en la teoría que hace difícil la medida de este constructo y la comparabilidad de sus resultados

Debe ser subrayado que no ha sido llevado a cabo hasta el momento ningún estudio extensivo ni encuesta que considere de manera comprehensiva todos los aspectos mencionados arriba y que determinan la calidad de vida.¹

3.3. CALIDAD DE VIDA

3.3.1. Concepto de calidad de vida

- Muchos autores piensan por ejemplo que no podemos hablar significativamente acerca de la calidad de vida en general, sino que tenemos que definir dominios específicos de la calidad de vida.
- También la población de referencia es relevante
- A menudo el concepto de “bienestar” es usado como sinónimo de calidad de vida.

¹ ASHTON C. La Promoción de la Salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. España: 2000.

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades”.

3.3.2. Definición de bienestar (“well-being”)

En el pasado ha estado fuertemente ligado a los ingresos y más comúnmente a la presencia de medios adecuados. Sólo recientemente se ha atribuido mayor importancia al bienestar (“well being”) como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles, y no sólo de su mera posesión.

3.3.3. Dimensiones Principales de la Calidad de vida:

- Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”;
- La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar (well-being)

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (well-being) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.

Calidad de Vida



2

3.4. PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (PLANPAM) 2013 – 2017

² OMS (2000) The global oral health programme at who heatquarts

3.4.1. La ley N° 28803, ley de las personas Adultas Mayores

La Ley 28803 busca garantizar el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

El Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017, basado en cuatro políticas esenciales, con el fin de promover para este sector de la población una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional por el envejecimiento activo y saludable.

A. VISIÓN

Las personas adultas mayores ejercen efectivamente sus derechos, con dignidad, autonomía e inclusión social, a través del acceso a servicios públicos de calidad, en el marco de una política nacional que prioriza el envejecimiento saludable; el empleo, la previsión y la seguridad social; la participación e integración social y la educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.

B. MISIÓN

El Estado y la Sociedad generan e implementan normas, políticas, programas y servicios para promover y proteger los derechos de las personas adultas mayores, promoviendo un envejecimiento digno, saludable y productivo.

C. Objetivo general del PLANPAM 2013 – 2017

Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil.

D. Lineamientos de Política del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores:

1. Envejecimiento saludable
2. Empleo, previsión y seguridad social
3. Participación e integración social

4. Educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres.

En salud, con la disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población, se irá presentando un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sin que desaparezcan las enfermedades propias de personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social.

E. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el documento “Envejecimiento activo: un marco político”.

El documento “Envejecimiento activo: un marco político”, desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, señala que: “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. “El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población”. Facilita a las personas a alcanzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. (Revista Especializada de Geriatria y Gerontología, p. 99)

3.5. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA CON EL ADULTO MAYOR

Un objetivo fundamental será desarrollar nuestra capacidad de respuesta a las personas a las que servimos. Consideramos un perfil básico:

1. **Comprensión empática:** Concebida como el grado en el cual una persona es consciente de lo que en este momento le ocurre a otra persona internamente. (Adulto mayor)
2. **Nivel de aprecio:** Definido como el componente afectivo de la respuesta de una persona hacia el Adulto Mayor. Tenemos que afianzar los sentimientos "positivos" (respeto, simpatía, aprecio, etc.) frente a los negativos (desagrado, impaciencia, desprecio, etc.)
3. **Autenticidad:** Lo que muestra una persona en una relación determinada con el Adulto mayor; definiéndose como el grado en el cual la primera se halla funcionalmente integrada en el contexto de su relación con la segunda que es el Adulto Mayor en este caso.
4. **Incondicionalidad del aprecio:** Concepto que se relaciona específicamente con el grado de variabilidad que exista en la respuesta afectiva de una persona con respecto al Adulto Mayor. En su polo positivo implica, que todas las experiencias del consumidor nos afecta como igualmente dignas de consideración positiva. En el polo negativo, supone imponer nuestra escala de valores, y considerar algunas de sus vivencias dignas de aprecio y otras no.

Se propone esta serie de competencias para promover resiliencia durante el Cuidado de Enfermería, donde el Adulto Mayor es la persona que mayores necesidades y/o problemas tiene dentro de las familia.

En esta convivencia, la valoración, la selección de cuidados y la educación juegan un rol determinante sustentando en dos líneas de indeterminación

1. El requerimiento del adulto mayor que quiere participar en el mundo relacional en el que se desenvuelve con pleno derecho con mayor capacidad y menos limitación orgánica.
2. La no institucionalización de la persona mayor, posibilitando en las familias el Autocuidado de la salud con el apoyo y participación familiar.

En relación a lo cual, Orems (1999), plantea algunas estrategias que podríamos utilizar para fortalecer la salud, el bienestar, la integración social y la calidad de vida del adulto mayor:

- Animación sociocultural
- Autocuidado de la función respiratoria
- Autocuidado de la nutrición
- Autocuidado de la función renal
- Campañas de información y sensibilización
- Actuaciones dirigidas a la mejor ocupación del ocio y tiempo libre
- Actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de todos los sistemas de protección social
- Acciones encaminadas a potenciar las relaciones intergeneracionales para lograr una convivencia familiar positiva

El aspecto fundamental a tomar en cuenta está dado por los resultados del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, que nos aporta más de un dato positivo a tomar en cuenta en nuestra intervención de enfermería.

1. Alrededor de una cuarta parte de la población adulta mayor pasa por situaciones de alto estrés, siendo mayor en aquellos relacionados con la salud y la convivencia familiar.
2. Sin embargo, entre 59.7 y 52.1 % las personas experimentan significativamente estados de ánimo positivos: tranquilo, alegre. Cabe resaltar que los hombres experimentan en mayor proporción que las mujeres tales estados. Entre 18.2 y 34% experimentan estados de ánimo negativos.
3. Se encuentra un nivel aceptable de calidad de vida desde la perspectiva de la propia persona muchos de ellos presentan autoestima baja y muy baja
4. El grado de cohesión familiar medida a través del respeto y apoyo mutuo, o el compartir principios y valores, se encuentra en niveles altos. De la misma manera, el factor religioso es muy importante en la población adulta mayor, y la mayoría se apoya en el mismo para enfrentar los retos cotidianos. Es aquí que Enfermería tiene que intervenir con acciones de información, orientación y de soporte.

De los factores de riesgo, donde el individuo tiene un grado de control, la falta de ejercicio físico es el potencialmente más modificable. Enfermería a través de microprogramas de motivación al adulto mayor enseña, induce y procura en el adulto

mayor actividades que aumente la fuerza, disminuye el riesgo de muerte, mejora el ánimo y reduce el impacto de otros factores de riesgo; ha demostrado ser beneficioso no sólo en la prevención de enfermedades coronarias, sino que también en la prevención y reversión de la hipertensión (donde está aceptado como un tratamiento adjunto a la medicación), en la protección del cáncer del colon, en la prevención de la diabetes, en el tratamiento de la artritis, en la prevención de la osteoporosis y en mejoramiento del equilibrio y la fuerza de las extremidades inferiores. (Sabin, 1993)

La falta de relaciones sociales es un poderoso factor de riesgo para un nivel de salud pobre. En tal sentido, el apoyo social y socioemocional (expresiones directas de afecto, de estima, de amor y respeto) por parte de Enfermería son fundamentales para el envejecimiento exitoso.

Hay cuatro modos importantes que propone Enfermería para que el apoyo social puede promover la salud:

- a) Es posible que el apoyo social lleve a las personas a obtener tratamiento médico de manera más rápida y que les provea de mejor información en salud incluyendo el cómo acceder a los servicios.
- b) Algunas formas de apoyo social pueden de hecho consistir en tratamiento directo de Enfermería
- c) El apoyo social puede hacer más probable la adopción de comportamientos promotores de salud (caminar o no fumar), supuesto ésta sea la norma en el grupo de referencia.
- d) Comportamientos de apoyo pueden tener efectos biológicos directos que aumenten la resistencia a enfermedades. Individuos que reportan altos niveles de apoyo social tienen niveles significativamente más bajos en tres medidas fisiológicas de estrés: epinefrina, norepinefrina y cortisol. (Girard, 1991)

Es cada vez más claro que el mantenerse activo en tareas que tengan un propósito y un significado, junto con el mantener relaciones significativas, es fundamental para la mantención del bienestar a lo largo de la vida; en relación a lo cual, es muy importante una intervención de Enfermería sustentada en los siguientes principios metodológicos:

1. Las intervenciones deben ser definidas en función de las necesidades individuales de las personas mayores
2. La discapacidad y/o inadaptaciones son las circunstancias que deben poner en relación a las personas mayores y/o sus familias con el entorno institucional.
3. La prevención como forma de intervención no debe estar limitada en el tiempo
4. Sólo el conocimiento del medio en el que el individuo se desenvuelve y su catalogación puede permitir comprender la importancia de la situación
5. El equipo de intervención de Enfermería debe ser versátil y lo menos jerarquizado posible.

En un primer nivel primario de atención o comunidad, las necesidades más frecuentes que se presentan suelen ser las siguientes:

- a) De cuidado, afecto, relación, actividad
- b) De convivencia armónica normalizada
- c) De relación con los medios de socialización primarios y secundarios: hogares, calle, amigos, etc.
- d) De atención de dificultades o desajustes que puedan aparecer en el proceso de envejecimiento
- e) De alojamiento y cuidado en caso de inexistencia o deterioro de las relaciones convivenciales.

La intervención en el segundo y tercer nivel va dirigida a individuos, familias y grupos que se encuentran en un proceso definido de exclusión médica y/o social, necesitando apoyos para la convivencia familiar y social, por lo que no sólo se debe incidir en éstos, sino, por generalización, en toda la comunidad. Entre los objetivos más importantes a conseguir en estos niveles de prevención serían:

- a) Facilitar el acceso, permanencia y utilización de recursos normalizados de la comunidad
- b) Intervenir con los individuos, familias y grupos, al objeto de habilitar las competencias necesarias para el cuidado, la convivencia y la inserción al entorno social
- c) Procurar el apoyo psicosocial necesario

- d) Promover intervenciones socioeducativas
- e) Realizar intervenciones tendentes al conocimiento, mantenimiento y fortalecimiento de las redes de apoyo social
- f) Procurar alojamientos alternativos en las circunstancias adecuadas y cuando no se posible proponer otras alternativas.

Si bien el objetivo último de toda política social es incrementar el bienestar social, desde el punto de vista psicosocial nos interesa el bienestar subjetivo, el cual, de acuerdo con Diener (1994), tiene tres características:

- 4. Es subjetivo, reside en la experiencia del individuo
- 5. Incluye medidas positivas, no sólo es la ausencia de factores negativos
- 6. Las medidas del bienestar subjetivo suelen ser integrales e incluir todos los aspectos de la vida de las personas.

3.5.1. Intervención Educativo y Psicosocial

La intervención educativa y psicosocial no puede ser vista únicamente como un esfuerzo por contrarrestar las carencias, sino como una apuesta por las posibilidades; en el caso del adulto mayor, se plantean retos de adaptación y los esfuerzos de estas personas para acometerlos., y se supone que la integridad de la calidad de vida emana de las respuestas adaptativas. Por ejemplo, en relación a movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, capacidades de orientación, comunicación receptiva y expresiva, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, percepción de salud, entre otras. Lo que podría interpretarse a partir de la teoría de la actividad. Según este enfoque, de raíces aristotélicas, una persona se sentirá bien en función de las actividades que realice y de la calidad con la que las lleve a cabo, aprehendida ésta a través de percepciones subjetivas: opiniones, actitudes, creencias y valores Por ejemplo: El desafío de adaptación es extraer placer de la vida. La pregunta que tendríamos que plantearnos es si la persona, el adulto mayor en nuestro caso, tiene respuestas ante éste desafío y su percepción de las mismas. Por ejemplo, actuar de acuerdo con los propios valores, seguir intereses, adherirse a experiencias religiosas y estéticas, relajarse en tiempo de ocio, valorar la vida a pesar del dolor y de los problemas, etc. Y, dos aspectos finales, no olvidemos que no hay un único estándar

con el que sopesar el declive, el mantenimiento o la mejoría de la adaptación y que la adaptación se modifica en función del contexto, especialmente la motivación y el entorno. Por ejemplo, la reestructuración del hogar o la provisión de aparatos auxiliares pueden aumentar o restablecer la adaptación o la independencia de la persona mayor.³

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1 A nivel Internacional

- **DUEÑAS D. ET AL.** Cuba (2009), "Calidad de vida percibida en adultos mayores" 1. **Objetivos:** determinar la calidad percibida en los adultos mayores a partir de los estudios de investigación que se realizaron. **Conclusión:** El estudio de investigación llegó a la conclusión que no hubo diferencias por sexo ni por estado conyugal. Es decir el predominio de la baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.⁴

4.2 A nivel Nacional

- **VERA, M.** Lima (2007), "Significado de la calidad de vida del adulto Mayor para sí misma y para su familia". **Objetivos:** determinar el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí misma y para su familia. **Conclusiones:** Se llegó a la conclusión que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestidos, higiene y vivienda.⁵

4.3 A nivel Local

³ <http://www.monografias.com/trabajos15/adulto-mayor/adulto-mayor.shtml#ixzz3iECM3LAR>

⁴ DUEÑAS D. ET AL, "Calidad de vida percibida en adultos mayores ,Rev.. Cubana de medicina general integral. 2009, Cuba; 1-15

⁵ VERA, M, Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí misma y para su familia ,2007- Lima. 284-290

- **TORRES. R, CRUZ. S.** Arequipa (2012), "Relación del estado de salud y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores atendidos en el centro de salud Zamácola". **Objetivos:** Determinar el estado de salud de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Zamácola de Arequipa. Identificar la calidad de vida que tienen los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Zamácola de Arequipa. Establecer la relación del estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Zamácola de Arequipa. **Conclusiones:** 1. El estado de salud en más de la mitad de los adultos mayores investigados, que son atendidos en el Centro de Salud Zamácola, es alta. 2. La calidad de vida en cerca de la mitad de los adultos mayores investigados, que son atendidos en el Centro de Salud Zamácola, es regular. 3. La relación entre estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores investigados de acuerdo al chi es directa, en razón a que existe diferencia significativa, que indica que el estado de salud afecta la calidad de vida de los adultos mayores.⁶
- **HINOJOSA. M,** Arequipa (2015), "Calidad de vida en pacientes Adultos Mayores del Policlínico Metropolitano. Red asistencial EsSalud Arequipa periodo Enero- Diciembre 2014" **Objetivos:** Determinar la calidad de vida de los adultos mayores del Policlínico Metropolitano. Red asistencial EsSalud Arequipa periodo Enero- Diciembre 2014". **Conclusiones:** Para la muestra de investigación apreciamos que el estado de salud mental representa una puntuación de 46,20, mientras que el estado de salud física alcanza una puntuación de 40,50, que aun estando por debajo del promedio se puede determinar que la salud mental supera al estado de salud físico.⁷

5. HIPÓTESIS

Dado que en la conservación de la salud intervienen un conjunto de factores vinculados a la genética de las personas, así como de las condiciones de vida.

⁶ TORRES. R, CRUZ. S. "Relación del estado de salud y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores atendidos en el centro de salud Zamácola". Arequipa: UCSM; 2012. p. 4

⁷ HINOJOSA. M, "Calidad de vida en pacientes Adultos Mayores del Policlínico Metropolitano. Red asistencial EsSalud Arequipa periodo Enero- Diciembre 2014". Arequipa: UCSM; 2015. p. 4

Es probable que en los adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco de Hunter encontremos un medio y bajo nivel de calidad de vida y que ello se relaciona directamente con los factores biológicos.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

La técnica usada en la presente investigación es el cuestionario.

1.2. Instrumento

Para la primera variable: factores de riesgo, el instrumento a usar es el Formulario de Preguntas estructurado, consta de 15 ítems o cuestiones divididos en los tres tipos de factores: Biológico – materiales – ambientales y relacionantes.

Para la segunda variable: Calidad de vida se utilizará el instrumento denominado “Calidad de Vida” que consta de tres dimensiones descritos en el cuadro siguiente:

| Dimensiones | Subdimensiones | Número Ítems | Valor Mx | Valor total |
|-------------------|------------------------|--------------|----------|---------------|
| 1. Física | 1.1 Incapac. Física | 6 | 3 pts | 18 pts |
| | 2.1 Incapac. Psicol. | 6 | 3 pts | 18 pts |
| 2. Psicoemocional | 2.2 Disconfor psicol. | 5 | 3 pts | <u>15 pts</u> |
| | | | | 33 pts |
| 3. Social | 1.1 Incapacidad social | 11 | 3 pt | 33 pts |

Los puntajes se dividen entre 3 que son los niveles de calidad de vida: Alto – Medio – Bajo.

- Para la dimensión física

$$18 \text{ pts} \div 3 = 6$$

- Calificación

Alto: 18 – 12 pts

Medio: 11 – 6 pts

Bajo: 5 – 0 pts

- Para la dimensión Psico emocional

$$33 \text{ pts} \div 3 = 11$$

- Calificación

Alto: 33 – 22 pts

Medio: 21 – 22 pts

Bajo: 10 – 0 pts

- Para la dimensión Social

$$33 \text{ pts} \div 3 = 11$$

- Calificación

Alto: 33 – 22 pts

Medio: 21 – 22 pts

Bajo: 10 – 0 pts

El resultado final se obtiene de la suma de los puntajes de cada dimensión, pudiendo obtener hasta 84 pts.

El índice de calidad de vida establece los siguientes niveles:

Alto: 84 – 56 pts

Medio: 55 – 28 pts

Bajo: 27 – 0 pts

2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

2.1. Espacial

El estudio se realizará en el Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco de la Microred de Runter

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizará en los meses de Marzo a Agosto del 2015.

3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las constituyen los adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco de la Microred de Hunter.

3.1. Universo

El universo lo conforman adultos mayores en número de 54 atendidos en el Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco en el presente año.

3.2. Muestra

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

- De Inclusión

- Adultos Mayores de 60 a 80 años de edad.
- Adultos mayores de ambos géneros
- Adultos mayores de asistencia regular al establecimiento de salud

- De Exclusión

- Los adultos mayores que no deseen participar en la investigación.
- Los adultos mayores portadores de enfermedades que le imposibilitan brindar información

La muestra queda conformada por 34 adultos mayores seleccionados por conveniencia.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Organización

- Coordinación con la Sra. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, para el envío de una carta de presentación dirigida a la Sr. Giuliana Cuentas Responsable del puesto de Salud Ampliación Pampas del Cuzco.
- Se realizó las coordinaciones respectivas a fin de que autoricen la realización de la investigación .Se coordinó con la Enfermera a cargo, a fin de que nos proporcionen información necesaria para el estudio realizado.
- Se seleccionaron las unidades de investigación a quienes se les aplico los instrumentos respectivos los días de lunes a viernes
- Validación del 1er Instrumento por experto.

4.2. Criterio para el Manejo de Resultados

- Concluida la recolección de datos se procederá la tabulación, calificación, análisis e interpretación de los mismos.
- Se procederá a la elaboración de las tablas estadísticas y elaboración de las gráficas correspondientes.
- El análisis estadístico constituye la determinación de las frecuencias y porcentajes.
- Se presenta las conclusiones y recomendaciones

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| ACTIVIDADES | 2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|--|--|--|--|
| | Marzo | | | | Abril | | | | Mayo | | | | Junio | | | | Julio | | | | Agosto | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| Proyecto de Tesis | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Tabulación, análisis e interpretación de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Elaboración del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | |





CAPÍTULO III

- Resultados
Análisis e Interpretación
- Conclusiones
- Recomendaciones

I. FACTORES DE RIESGO

Tabla N° 1

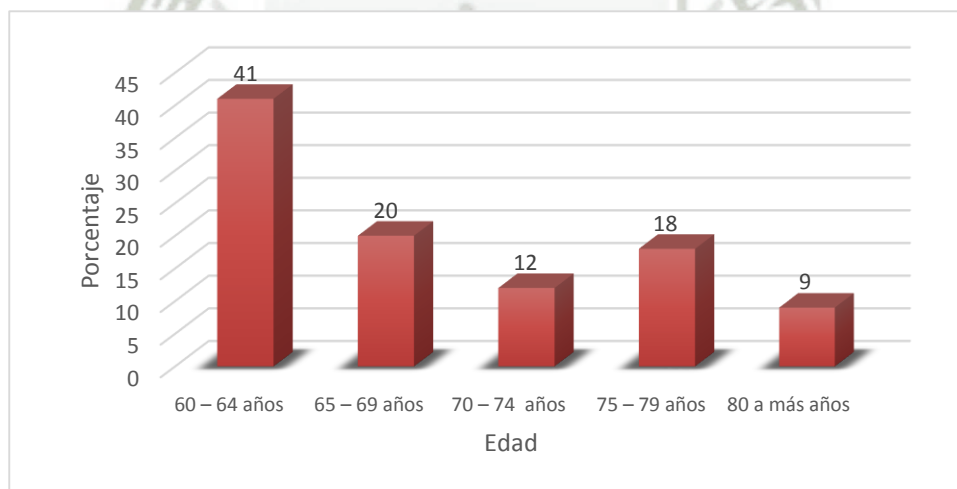
**Adultos Mayores investigados según Edad. Puesto de Salud Ampliación Pampas del
CUSCO de la Microred Hunter Arequipa, 2015**

| Intervalos de Edad | N° | % |
|--------------------|-----------|------------|
| 60 – 64 años | 14 | 41 |
| 65 – 69 años | 7 | 20 |
| 70 – 74 años | 4 | 12 |
| 75 – 79 años | 6 | 18 |
| 80 a más años | 3 | 9 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 1

Adultos Mayores investigados según Edad



En la tabla y gráfico N° 1 se aprecia que los adultos mayores en los porcentajes del 41% y 20% tiene las menores edades (60-69 años) del rango de edad consideradas en los intervalos de edad del adulto mayor.

Los menores porcentajes (39% acumulado) representan a los adultos mayores que tienen de 70 a más de 80 años. Edades que los colocan en situación de mayor riesgo de presentar incapacidades físicas, sensoriales, entre otros, por el mayor deterioro orgánico que poseen, produciendo en ellos como consecuencia menos calidad de vida.

Tabla N° 2

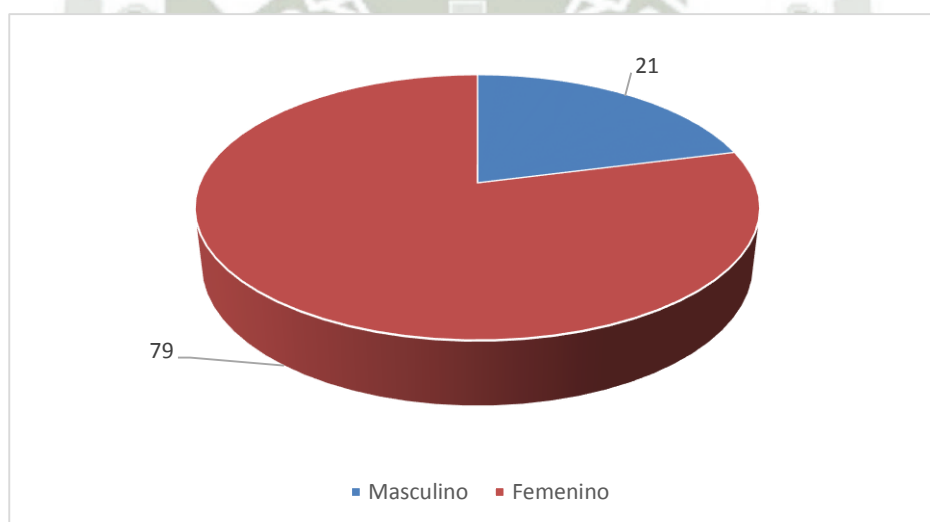
Adultos Mayores investigados según Género. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco. Microred Hunter. Arequipa, 2015

| Género | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| Masculino | 7 | 21 |
| Femenino | 27 | 79 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 2

Adultos Mayores investigados según Género



En relación al género, los adultos mayores en más de las 2/3 partes pertenecen al género femenino, en una minoría (21%) pertenecen al género masculino.

Resultados que no son ajenos a los de otras investigaciones, en donde se aprecia que las mujeres son representadas por mayores porcentajes, explicables en el sentido de su idiosincrasia biológica.

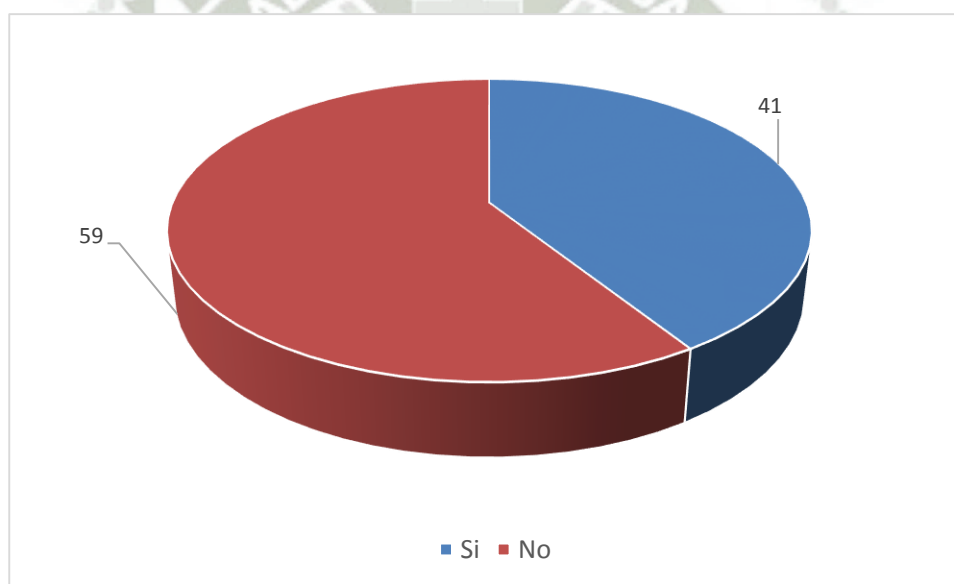
Tabla N° 3

Adultos Mayores investigados según Ingresos Económicos Disponibles. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Ingresos Económicos Disponibles | N° | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Si | 14 | 41 |
| no | 20 | 59 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 3

Adultos Mayores investigados según Ingresos Económicos Disponibles

En la tabla y gráfico N° 3 se observa que los adultos mayores investigados en mayoría (59%) no disponen de medios económicos; ya que viven con sus hijos y nietos, quienes asumen sus asuntos personales. El 41% restante cuenta con medios económicos propios, para sus gastos personales como producto de su trabajo y/o pensión de jubilación.

Tabla N° 4

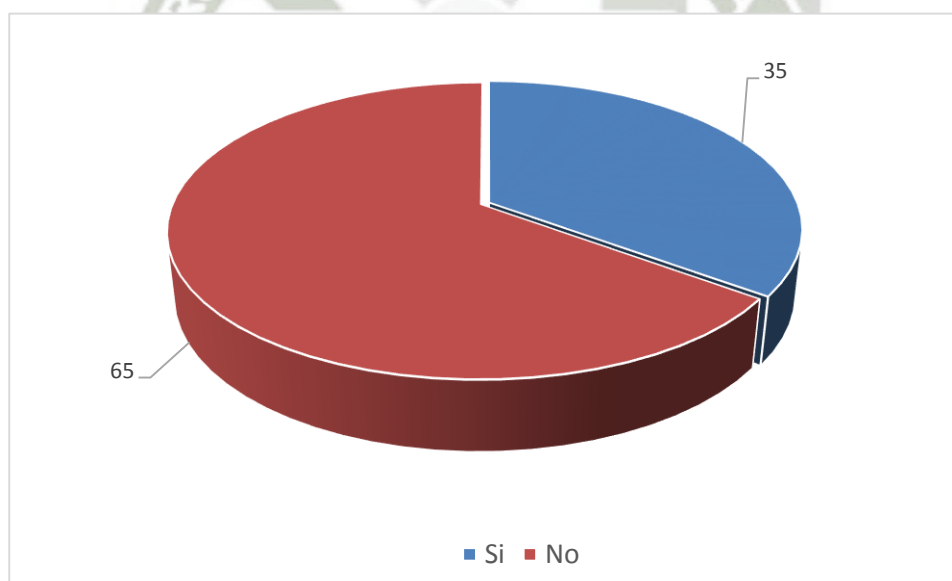
Adultos Mayores investigados según Ocupación. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Ocupación en el Mercado de Trabajo | N° | % | Tipo | N° | % |
|------------------------------------|-----------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Si | 12 | 35 | - Empleado | 1 | 3 |
| | | | -Obrero | 3 | 8 |
| | | | -Independiente | 8 | 24 |
| | | | Subtotal | 12 | 35 |
| No | 22 | 65 | | | |
| Total | 34 | 100 | | | |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 4

Adultos Mayores investigados según Ocupación



La ocupación es uno de los indicadores de importancia en el bienestar de los adultos mayores; al respecto, es preocupante el 65% que no trabaja, ya que están en riesgo de presentación ansiedad tristeza y estrés. El trabajo mantiene la actitud física y mental de las personas, en este caso, de los adultos mayores. El 35% si trabajan, predominando el trabajo independiente que los motiva a caminar, a realizar su higiene personal antes de salir a mantenerse ocupadas durante el día.

Tabla N° 5

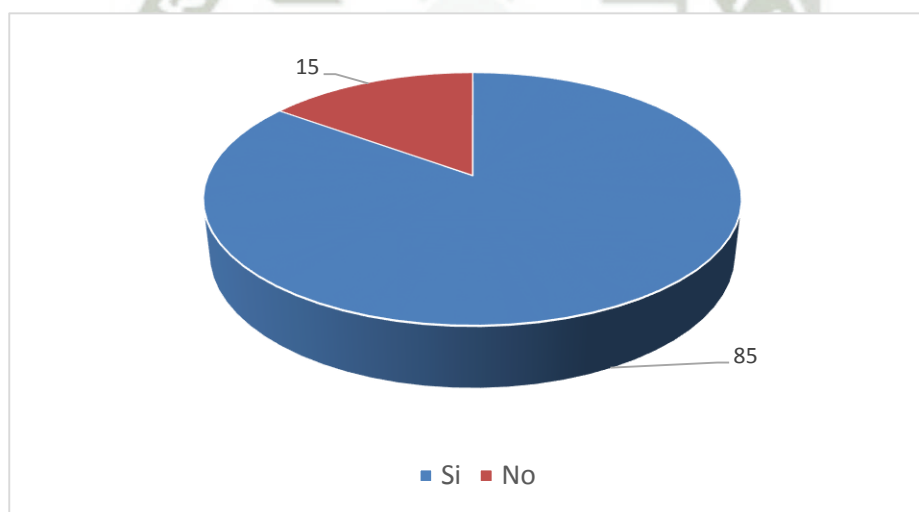
**Adultos Mayores investigados según Enfermedades Actuales. Puesto de Salud
Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015**

| Enfermedades | N° | % | ¿Cuáles? | N° | % |
|--------------|-----------|------------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Si | 29 | 85 | - Diabetes | 2 | 6 |
| | | | - Hipertensión arterial | 5 | 15 |
| | | | - Artritis | 20 | 58 |
| | | | - Insuficiencia renal Crónica | 0 | 0 |
| | | | - Demencia Senil | 2 | 6 |
| | | | Subtotal | 29 | 85 |
| No | 5 | 15 | | | |
| Total | 34 | 100 | | | |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 5

Adultos Mayores investigados según Enfermedades Actuales



Los adultos mayores investigados en amplia mayoría (85%) portan enfermedades propias de la vejez y que requieran de un cuidado especial y de tratamiento integrado: farmacológico, dietético y cuidados personales especiales. Predomina la artritis, sólo el 15% no presenta síntomas ni signos que tipifican dichas enfermedades.

La calidad de vida de hecho, no es igual en ambos grupos, las enfermedades, el tratamiento a seguir, los síntomas que presentan según la enfermedad presentan su calidad de vida.

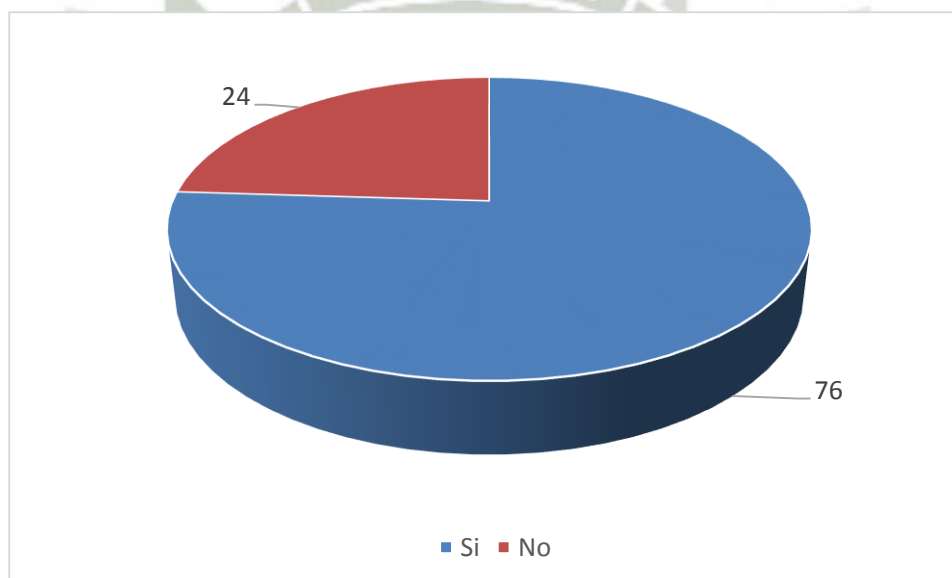
Tabla N° 6

**Adultos Mayores investigados según Incapacidades. Puesto de Salud Ampliación
Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015**

| Incapacidades | N° | % | Tipo | N° | % |
|----------------------|-----------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Si | 26 | 76 | - Motora | 23 | 68 |
| | | | - Psicológica | 0 | 0 |
| | | | - Social | 3 | 8 |
| | | | Subtotal | 26 | 76 |
| No | 8 | 24 | | | |
| Total | 34 | 100 | | | |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 6



Los adultos mayores investigados en el 76% presentan discapacidades más o menos intensas motoras como: dificultad para caminar, para coger objetos, sensoriales (hipoacústica, miopía) y sociales como: deficiencia para relacionarse con familiares, amigos; egocentrismo aislamiento, etc. El 24% restante no las presenta.

Las incapacidades presentadas afectan el desenvolvimiento en la vida diaria haciéndolo más limitado, lo que sin lugar a dudas repercute en la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla N° 7

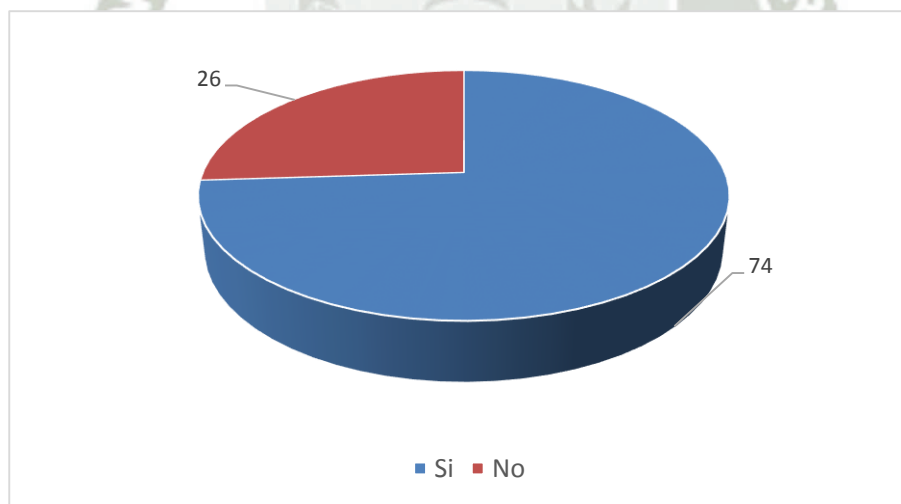
**Adultos Mayores investigados según Medicación Actual. Puesto de Salud Ampliación
Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015**

| Medicación Actual | N° | % | Fármacos | N° | % |
|-------------------|-----------|------------|---------------------|-----------|-----------|
| Si | 25 | 74 | - Antihipertensivos | 8 | 23 |
| | | | - Analgésicos | 10 | 30 |
| | | | - Antidiabéticos | 5 | 15 |
| | | | - Otros | 2 | 6 |
| | | | Subtotal | 25 | 74 |
| No | 9 | 26 | | | |
| Total | 34 | 100 | | | |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 7

Adultos Mayores investigados según Medicación Actual



Los adultos mayores investigados en el 74%, o sea las dos terceras partes reciben medicación en forma constante y continúa por las enfermedades que presentan: hipertensión arterial, diabetes, arteriosclerosis, y artritis. Los adultos mayores al recibir medicación diaria, se sienten ansiosos y presentan molestias de origen gástrico; que afecta su calidad de vida.

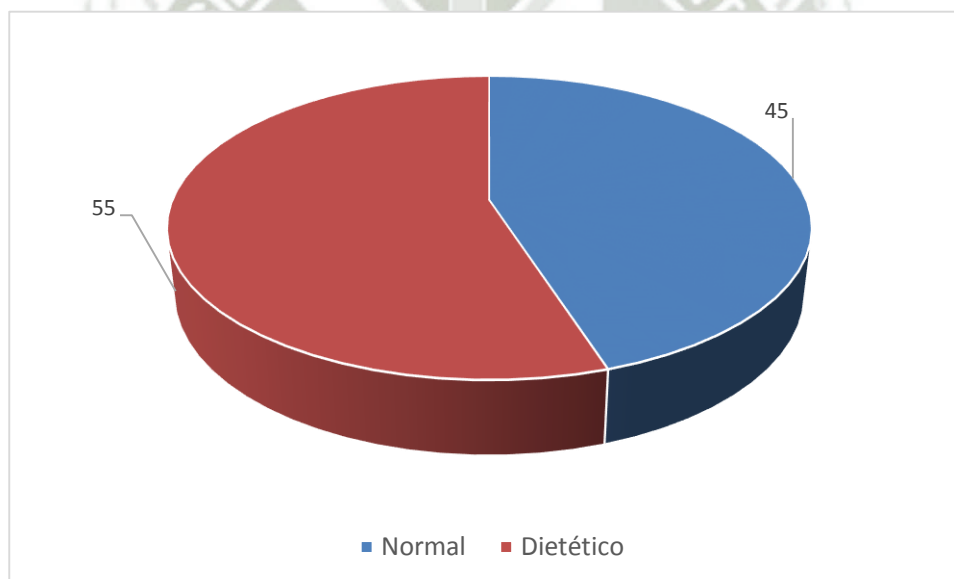
Tabla N° 8

**Adultos Mayores investigados según Régimen Alimentario. Puesto de Salud
Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015**

| Régimen Alimentario | N° | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Normal | 15 | 45 |
| Dietético | 19 | 55 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 8

Adultos Mayores investigados según Régimen Alimentario.

En cuanto al régimen alimentario, el 45% (menos de la mitad) tienen régimen normal; más de la mitad 55% tienen régimen alimentario especial; es decir, hipograso; hiposódico, hipocalórico, como tratamiento dietético por las enfermedades que portan.

Situación que también afecta su calidad de vida por la intolerancia a los regímenes dietéticos especiales.

Tabla N° 9

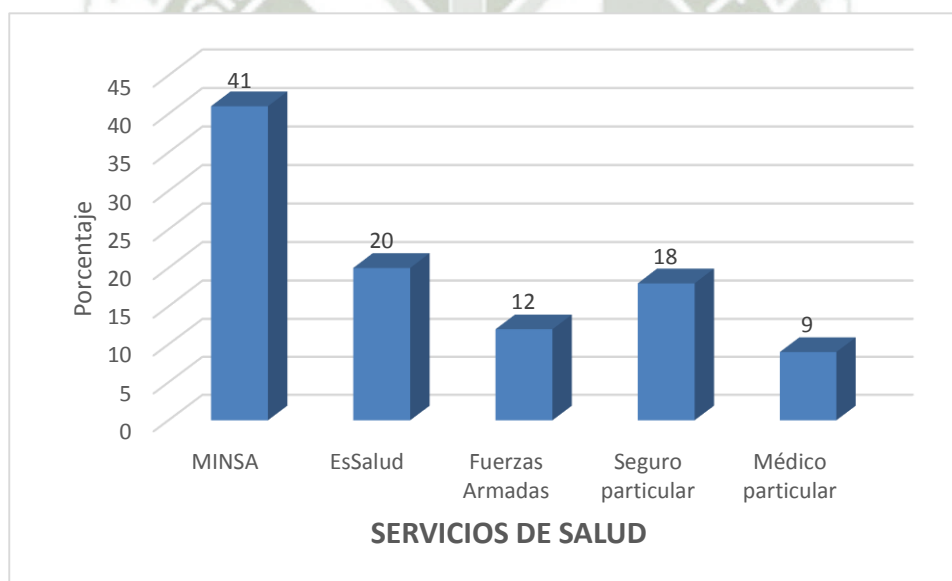
Adultos Mayores investigados según Uso de Servicios de Salud Disponibles. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Servicios de salud | N° | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| MINSA | 14 | 41 |
| EsSalud | 7 | 20 |
| Fuerzas Armadas | 4 | 12 |
| Seguro particular | 6 | 18 |
| Médico particular | 3 | 9 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 9

Adultos Mayores investigados según Uso de Servicios de Salud Disponibles



Los adultos mayores en su totalidad, aún con porcentajes y frecuencias distintos disponen de algún servicio de salud; predomina el servicio de salud MINSA, con el 41%; EsSalud con el 20% y poseen seguro particular el 18%. Sólo el 9%, dispone de médico particular.

Según los resultados se tiene que la totalidad de los adultos mayores al hacer uso de servicios de salud en distintas instituciones, velan por su salud. .

Tabla N° 10

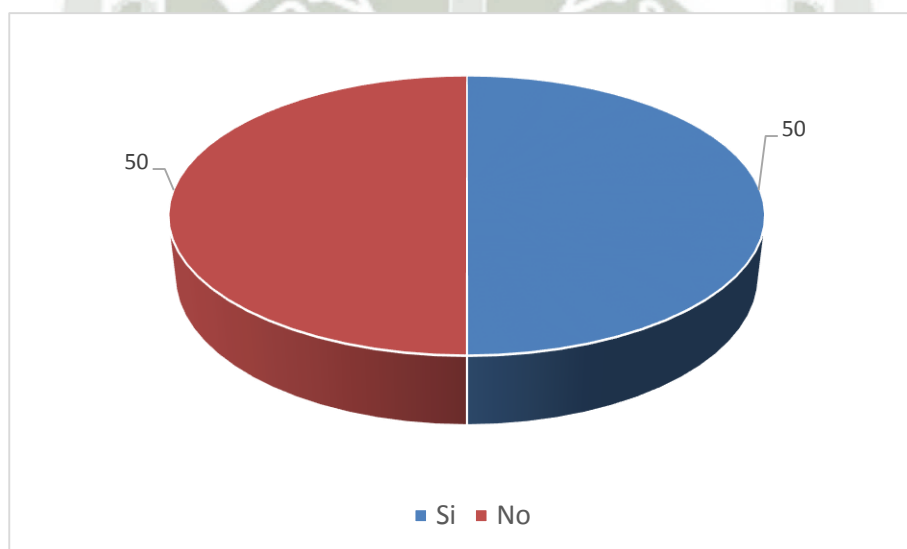
Adultos Mayores investigados según Mecanismos de Seguridad Física. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Mecanismos de Seguridad Física | N° | % |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Si | 17 | 50 |
| No | 17 | 50 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 10

Adultos Mayores investigados según Mecanismos de Seguridad Física



Los adultos mayores investigados en proporción y porcentajes son iguales (50%) refieren que su entorno social si cuenta con mecanismos de seguridad física: pisos o nivel y libre de cera, escaleras protegidas con pasamanos y gradas cubiertas de jebe, corrientes de aire con flujo indirecto a las personas, iluminación adecuada, con suficiente espacio y ventilación etc. El 50% restante carece de dichas normas de seguridad.

Tabla N° 11

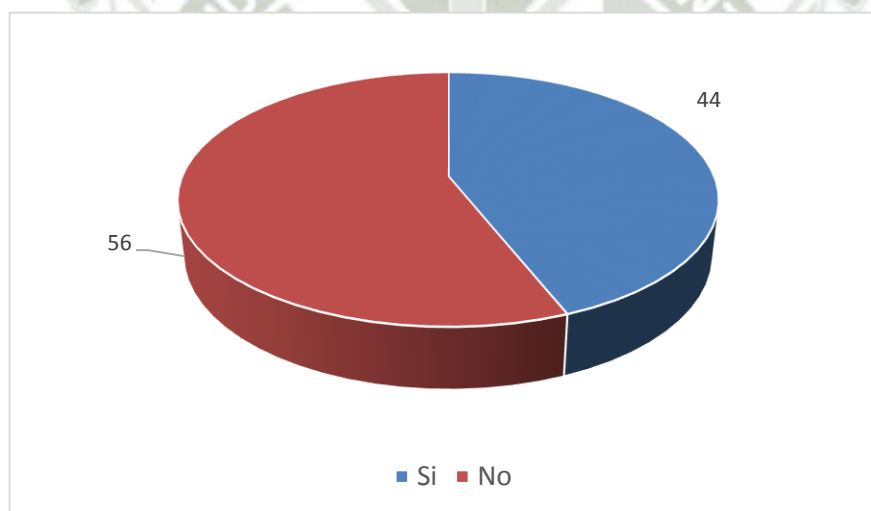
**Adultos Mayores investigados según Facilidad en el Transporte y Movilización.
Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter
Arequipa, 2015**

| Facilidad | N° | % |
|------------------|-----------|------------|
| Si | 15 | 44 |
| No | 19 | 56 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 11

Adultos Mayores investigados según Facilidad en el Transporte y Movilización



Los adultos mayores investigados en menos de la mitad (44%) demuestran facilidad y disposición de implementos para realizar movimientos, como caminar, coger objetos sin dificultad, caminar dentro y fuera de la casa. Más de la mitad (56%) no realizan con facilidad las actividades antes señaladas, para realizarlas tienen que hacerlo con ayuda ortopédica y/o de miembros de la familia.

Tabla N° 12

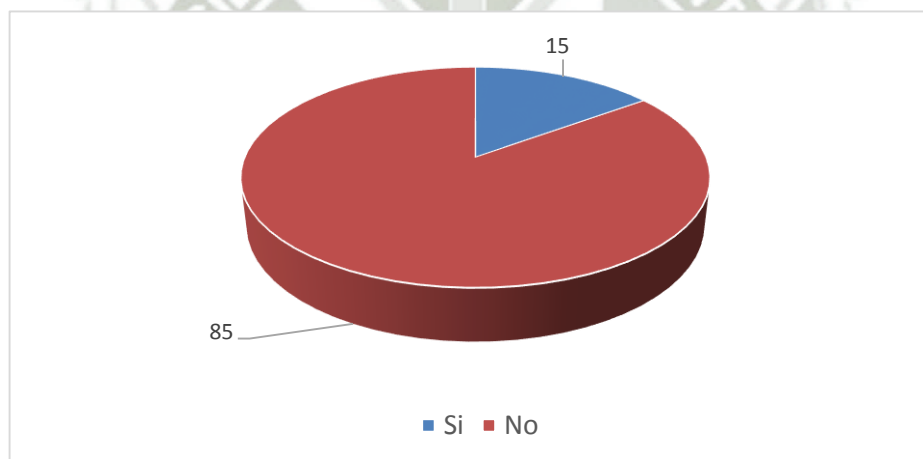
Adultos Mayores investigados según Habilidad para Servirse de Nuevas Tecnologías Electrónicas Domésticas y de Comunicación. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Habilidad | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| Si | 5 | 15 |
| No | 29 | 85 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 12

Adultos Mayores investigados según Habilidad para Servirse de Nuevas Tecnologías Electrónicas Domésticas y de Comunicación



En la tabla y gráfico N° 12 se observa que los adultos mayores en más del 80% no poseen habilidades para manejar artefactos eléctricos, dispositivos como laptop, Tablet, Smartphone, horno microondas, cocina, lavadora, entre otros; un 15% si manejan algunos de ellos, como: computadora, celular, lo que les facilita la comunicación social.

A los que no manejan los artefactos eléctricos domésticos y de comunicación limitan las actividades cotidianas en el hogar y en la relación social, afectando una vez más su calidad de vida.

Tabla N° 13

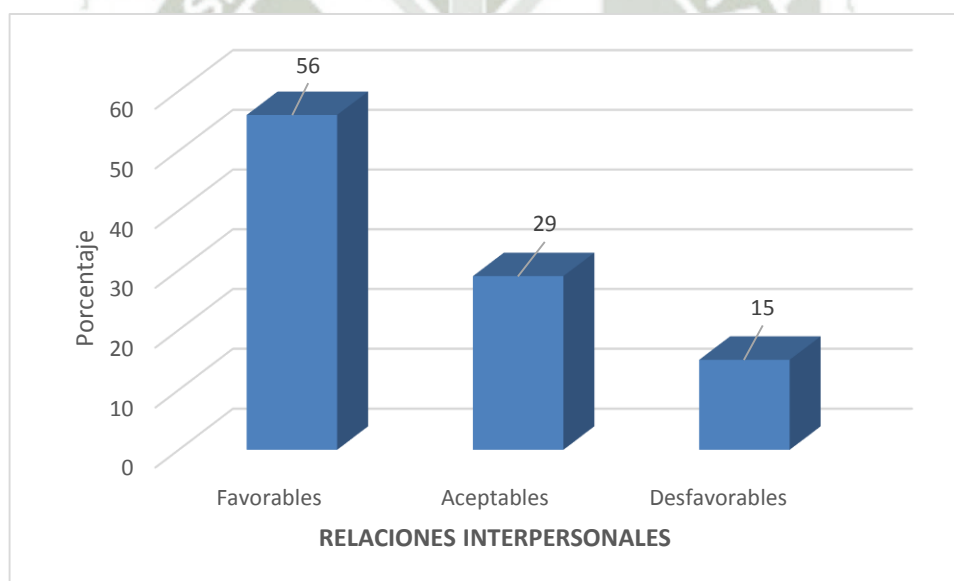
**Adultos Mayores investigados según Relaciones Interpersonales con la Familia.
Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter
Arequipa, 2015**

| Relaciones Interpersonales | N° | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| Favorables | 11 | 32 |
| Aceptables | 7 | 21 |
| Desfavorables | 16 | 47 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 13

Adultos Mayores investigados según Relaciones Interpersonales con la Familia



En atención a los resultados de la tabla y gráfico N° 13 se tiene que, el 68% acumulado representa a los adultos mayores cuyas relaciones interpersonales en la familia no son las adecuadas por la carencia de un diálogo sostenido y amical que les permita una comunicación constante y continúa y por la no participación en la toma de decisiones en la familia.

Tabla N° 14

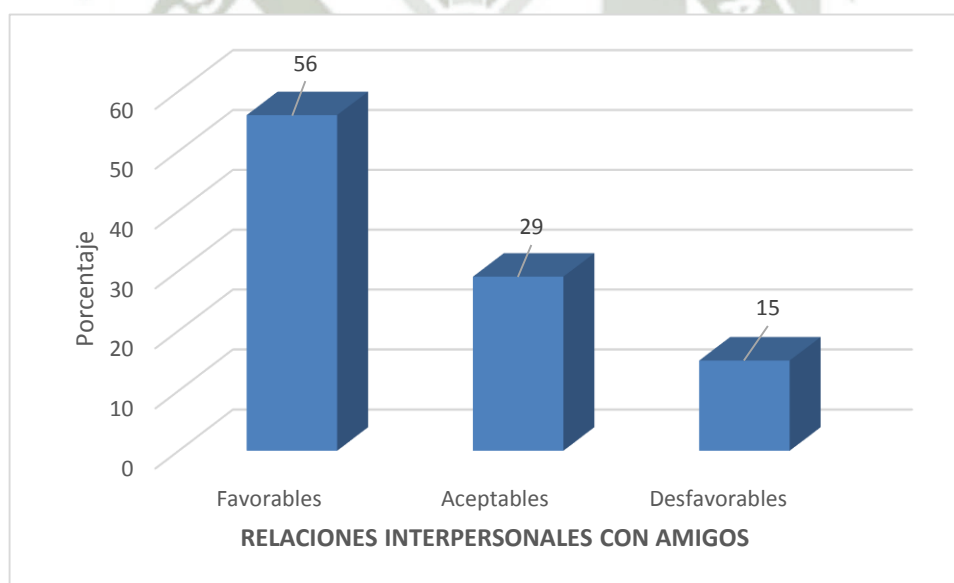
**Adultos Mayores investigados según Relaciones Interpersonales con los Amigos.
Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter
Arequipa, 2015**

| Relaciones interpersonales | N° | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Favorables | 19 | 56 |
| Aceptables | 10 | 29 |
| Desfavorables | 5 | 15 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 14

Adultos Mayores investigados según Relaciones Interpersonales con los Amigos



En la tabla y gráfico N° 14 se observa que las relaciones interpersonales con los amigos del entorno social de los adultos mayores son favorables en más de la mitad (56%) y aceptables en el 29% y desfavorables en un 15%.

Según los resultados, los adultos mayores investigados en mayoría tienen relaciones interpersonales adecuadas, ya que la comunicación y el diálogo sostenido y amical se da frecuentemente.

II. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Tabla N° 15

TABLA LITERAL

Adultos Mayores investigados que mayormente son expuestos a los Factores de Riesgo. Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microrred Hunter Arequipa, 2015

| Factores de Riesgo | | |
|--|---|---|
| Biológicos | Ambientales | Relacionantes |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Adultos mayores de 75 años a más de 80 años 2. Adultos mayores del género femenino 3. Adultos mayores con bajos recursos económicos disponibles. 4. Adultos mayores que ocupan un lugar en el mercado de trabajo. 5. Adultos mayores portadores de enfermedades asociadas a la vejez con tratamiento farmacológico sustitutivo y régimen dietético especial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adultos mayores que no disponen de mecanismos de bioseguridad. 2. Adultos mayores con incapacidades biofísicas que les dificultan el movimiento, visión y audición. 3. Adultos mayores sin habilidad para el manejo de nueva tecnología. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adultos mayores en cuyo entorno social existe inadecuadas relaciones interpersonales, por diálogo forzado y no sostenido haciendo imposible la comunicación. |

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2015

Tabla N° 16

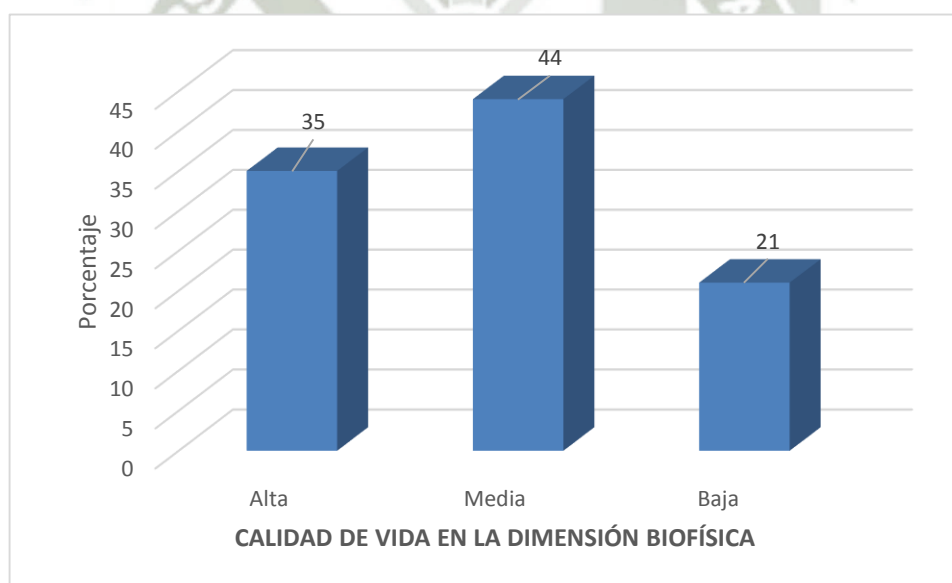
**Adultos Mayores investigados según Calidad de Vida en la Dimensión Biofísica,
Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter
Arequipa, 2015**

| Calidad de vida | N° | % |
|------------------------|-----------|------------|
| Alta | 12 | 35 |
| Media | 15 | 44 |
| Baja | 7 | 21 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 15

Adultos Mayores investigados según Calidad de Vida en la Dimensión Biofísica



En la tabla N° 16 se observa que los Adultos mayores investigados en el 44% y 35%, su calidad de vida alcanza los niveles alto y medio, el menor porcentaje (21%) alcanzó el nivel bajo, en lo que respecta a la dimensión biofísica.

Según los resultados, los adultos mayores investigados en mayoría tienen un nivel alto y medio de calidad de vida en la dimensión biofísica ya que realizan su higiene personal y cuidan de su alimentación.

Tabla N° 17

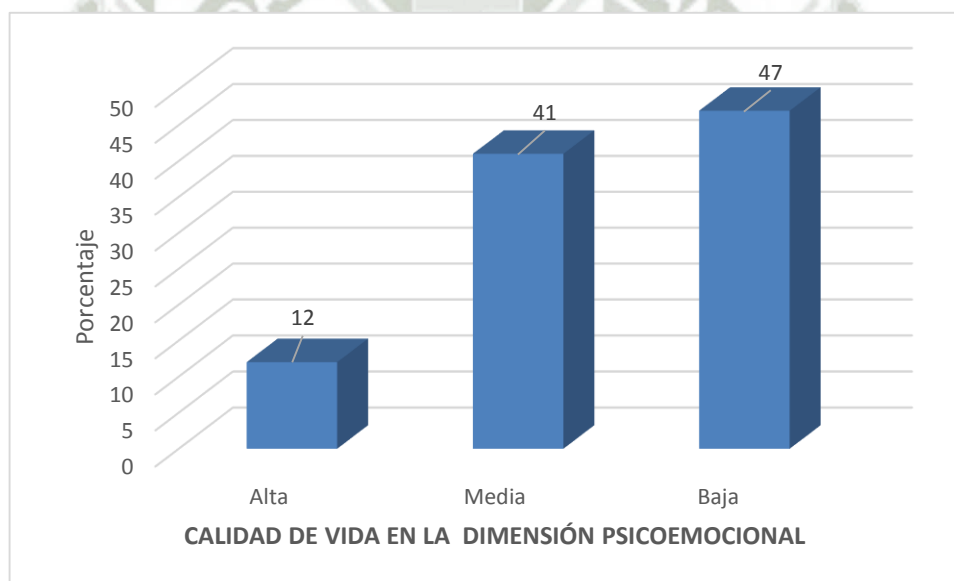
Adultos Mayores investigados según Calidad de vida en la Dimensión Psicoemocional, Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Calidad de vida | N° | % |
|-----------------|-----------|------------|
| Alta | 4 | 12 |
| Media | 14 | 41 |
| Baja | 16 | 47 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 16

Adultos Mayores investigados según Calidad de vida en la Dimensión Psicoemocional



Los resultados de la Tabla N°17, muestran porcentajes variados; de ellos, los mayores 41% y 47% representan a los adultos mayores en la calidad de vida psicoemocional baja y media, predominando la baja. Solo el 12% demuestran un nivel de calidad alta.

Tabla N° 18

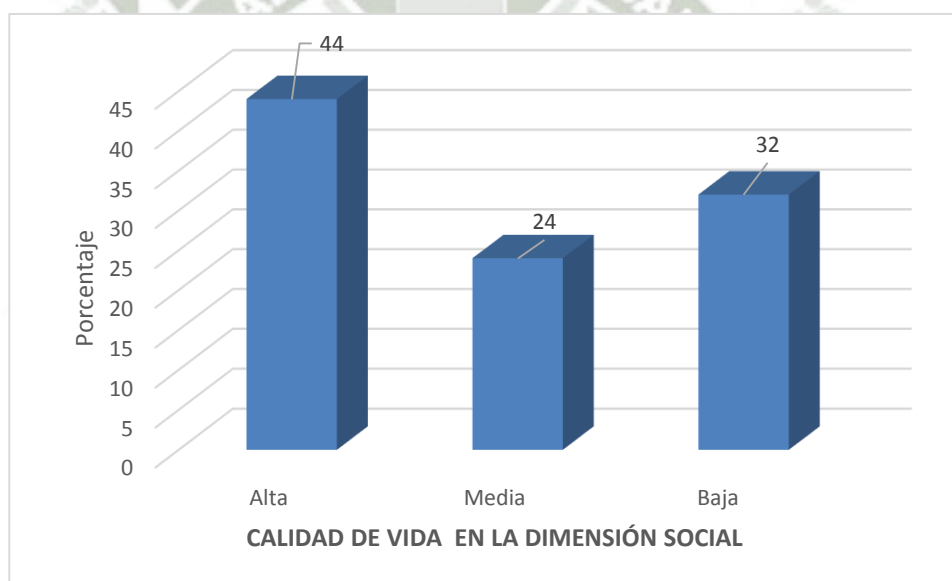
Adultos Mayores investigados según Calidad de vida en la Dimensión Social, Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015

| Calidad de vida | N° | % |
|-----------------|-----------|------------|
| Alta | 15 | 44 |
| Media | 8 | 24 |
| Baja | 11 | 32 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2015

Gráfico N° 17

Adultos Mayores investigados según Calidad de vida en la Dimensión Social



En relación a la calidad de vida en la dimensión social, los adultos mayores investigados en el 44% y 24% es alta y media, respectivamente, el 32% el nivel de calidad de vida es baja.

La calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión social en las dos terceras partes son adecuadas, en razón de que afrontan los problemas de la vida cotidiana, practican la tolerancia entre los miembros de la familia y gozan de bienestar personal

Tabla N° 19

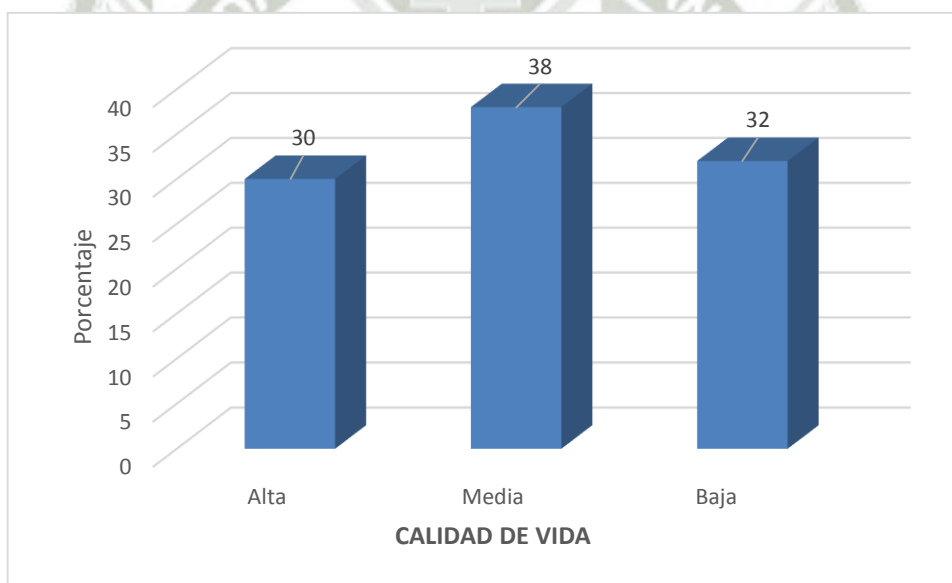
**Adultos Mayores investigados según Calidad de vida. Puesto de Salud Ampliación
Pampas del Cusco de la Microred Hunter Arequipa, 2015**

| Calidad de vida | N° | % |
|---------------------|----|-----|
| Alta (84 – 56 pts) | 10 | 30 |
| Media (55 – 28 pts) | 13 | 38 |
| Baja (27 – 0 pts) | 11 | 32 |
| Total | 34 | 100 |

Fuente: Escala de Calidad de Vida SF-36

Gráfico N° 19

Adultos Mayores investigados según Calidad de vida



En general o globalmente, los adultos mayores del puesto de salud Ampliación Pampas del Cusco de la Micro red de Hunter en porcentajes similares: 38%, 32% y 30% poseen niveles medio, bajo y alto de calidad de vida, predominando el nivel medio.

CONCLUSIONES

PRIMERA : Los factores de riesgo de la calidad de vida a los que mayormente están expuestos los adultos mayores son: Edad de 75 a más de 80 años, el género femenino, bajo ingreso económico, enfermedades asociadas a la vejez que requieren de tratamiento integrado permanente; La carencia de mecanismos de bioseguridad, incapacidad biofísica y la no habilidad para el manejo de la nueva tecnología doméstica y de comunicación, así como inadecuada relación interpersonal en su entorno social.

SEGUNDA : Los Adultos mayores del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred de Hunter poseen una Calidad de Vida de niveles medios, bajos y altos, predominando el **nivel medio**.

TERCERA : Los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida de los Adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred de Hunter son los **biológicos y los de relación**.

RECOMENDACIONES

PRIMERA. A nivel familiar:

- Los miembros familiares de los adultos mayores que se atienden en el Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred de Hunter adquieran responsabilidad social y afectiva para con los adultos mayores (padres – abuelos) durante la convivencia familiar. Fin a lograr a través de participación en las sesiones educativas organizadas por las Instituciones de Salud dedicadas a la atención del Adulto Mayor.

SEGUNDA. A nivel del Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco de la Microred de Hunter

- Los profesionales de la Salud organicen, desarrollen y evalúan sesiones educativas con metodología dinámica y participación sobre “Calidad de vida de los adultos mayores” dirigidos a la población de la Microred de Hunter, en forma periódica.
- Realicen un monitoreo permanente de los familiares participantes de las sesiones educativas a fin de recibir orientación y retroalimentación en lo concerniente a enfrentar los factores de riesgos tanto biológicos como ambientales y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASHTON C. La Promoción de la Salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. España: 2000
2. BENNETT, Ignacio, "Tratado de Medicina Interna", 3ra Ed. Editorial Interamericana, México, 1997
3. BEERS H, Marck, "El Manual Merck", 10ma Ed., Editorial Harcourt, Madrid -España, 2002.
4. DUEÑAS D. ET AL, "Calidad de vida percibida en adultos mayores", Cuba (2009) 1-15.
5. FARRERAS, P. "Medicina Interna", 14ava Ed., Editorial Me Graw - HUÍ - Interamericana, Madrid - España, 2000.
6. GUZMÁN GAMERO, Raúl. "Técnicas de Autocontrol emocional", Editorial Me Graw HUÍ, México, 2000.
7. HARRISON, R. "Principios de Medicina Interna". 13ava Ed. Editorial Interamericana, Madrid - España, 1998.
8. LONG C, Barbara, "Enfermería Medicoquirúrgico", 3ra Ed. Editorial Harcourt, Madrid - España, 1998.
9. LOVE, Susan, "El libro de las Hormonas". Editorial. Paidos S.A. Argentina 1999, Pág.28
10. MARTÍNEZ, Ruth, "Nutrición y Dietética", 3ra. Ed. Editorial UNSA, Arequipa - Perú, 1999.
11. TORTORA, GERARD J. "Principios de Anatomía y Fisiología" 7ma Ed. Editorial Harcourt, Madrid - España 2000.
12. VARGAS, Nasareto L, "Guía de medicina natural para la salud" 2da. Edición, Edit Trillas, México 2000
13. VERA, M. Lima, "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí misma y para su familia", Lima (2007), 284-290.

14. OMS (2000) The global oral health programme at who heatquarts

HEMEROGRAFÍA

15. DUEÑAS D. ET AL, "Calidad de vida percibida en adultos mayores, Rev.. Cubana de medicina general integral. 2009, Cuba; 1-15

16. VERA, M, Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí misma y para su familia ,2007- Lima. 284-290

17. TORRES. R, CRUZ. S. "Relación del estado de salud y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores atendidos en el centro de salud Zamácola". Arequipa: UCSM; 2012. p. 4

18. HINOJOSA. M, "Calidad de vida en pacientes Adultos Mayores del Policlínico Metropolitano. Red asistencial EsSalud Arequipa periodo Enero- Diciembre 2014". Arequipa: UCSM; 2015. p. 4

INFORMATOGRAFÍA

19. LEGORELA, Devorah.http://www.sahering.com.ar/index/detalleprensa.asp?pid_prensa=45

20. <http://www.infomedica.com.ar/linfo>

21. www.buenasalud.com/lib/showdoc.cfmPlibDock=3052ReturnCartID=343-32K

22. www.diariomedico.com/edicion/diario.medico/especialidades/ginecologia-y-obstetricia/es/desarrollo/648903-84k

23. <http://www.monografias.com/trabajos15/adulto-mayor/adulto-mayor.shtml#ixzz3iECM3LAR>



ANEXOS

PRIMER INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

I. DIMENSION BIOFISICA

INCAPACIDAD FISICA

1. ¿Ha sido incapaz de realizar su propia higiene por problemas de salud?
Si () No () A veces ()
2. ¿Ha tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas de salud?
Si () No () A veces ()
3. ¿Su dieta ha sido insatisfactoria por problemas de indicación médica?
Si () No () A veces ()
4. ¿Ha sido incapaz de comer por sí mismo?
Si () No () A veces ()
5. ¿Ha evitado sonreír por problemas con sus dientes, boca o prótesis?
Si () No () A veces ()
6. ¿Ha tenido que interrumpir comidas por problemas de salud?
Si () No () A veces ()

II. DIMENSION PSICOEMOCIONAL

INCAPACIDAD PSICOLÓGICA

1. ¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con su salud?
Si () No () A veces ()
2. ¿Ha estado molesto por problemas con sus limitaciones físicas y psicológicas?
Si () No () A veces ()
3. ¿Ha encontrado difícil relajarse por su ansiedad, angustia y disconfort emocional?
Si () No () A veces ()
4. ¿Se ha sentido deprimido por su envejecimiento?
Si () No () A veces ()
5. ¿Se ha afectado su concentración por problemas de olvidos continuos?
Si () No () A veces ()
6. ¿Ha estado un poco avergonzado por problemas incapacitantes: no poder caminar?
Si () No () A veces ()

DISCONFORT PSICOLÓGICO

7. ¿Ha estado preocupado por problemas de salud?
Si () No () A veces ()
8. ¿Ha sido consciente de sí mismo por sus limitaciones?
Si () No () A veces ()
9. ¿Los problemas de salud le han hecho miserable?
Si () No () A veces ()
10. ¿Ha sentido disconfort sobre la apariencia de su estado corporal?
Si () No () A veces ()
11. ¿Se ha sentido tan solo por problemas de salud?
Si () No () A veces ()

III. DIMENSION SOCIAL

INCAPACIDAD SOCIAL

12. ¿Ha evitado salir por problemas de salud?
Si () No () A veces ()
13. ¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas de salud física?
Si () No () A veces ()
14. ¿Ha tenido problemas relacionándose con otra gente por problemas de salud mental?
Si () No () A veces ()
15. ¿Ha estado un poco irritable con otra gente por problemas de salud?
Si () No () A veces ()
16. ¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas de limitación?
Si () No () A veces ()
17. ¿Ha sentido que su salud general ha empeorado por el proceso de envejecimiento?
Si () No () A veces ()
18. ¿Ha sufrido cualquier pérdida financiera por problemas de salud?
Si () No () A veces ()
19. ¿Ha sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas de audición y visión?
Si () No () A veces ()
20. ¿Ha sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas de salud física?
Si () No () A veces ()
21. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas de salud física?
Si () No () A veces ()
22. ¿Ha sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas de salud?
Si () No () A veces ()

SEGUNDO INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

I. BIOLÓGICOS

1. ¿Cuál es su edad?

- 60 – 64 años ()
65 – 69 años ()
70 – 74 años ()
75 – 79 años ()
80 a más ()

2. Su género es

- Masculino ()
Femenino ()

3. ¿En la actualidad, ha tenido enfermedades cómo?

- Diabetes ()
Hipertensión arterial ()
Artritis ()
Infección Renal crónica ()
Demencia Senil ()

4. ¿Tiene Ud. alguna incapacidad?

- Motora ()
Psicología ()
Social ()

5. ¿Actualmente toma medicamentos?

- Si () No ()
¿Cuáles? _____

6. Su régimen alimenticio es:

- Normal ()
Hiposódico ()
Hipograso ()
Hipocalórico ()

7. ¿Cuántas comidas consume al día?

- Una () Dos () Tres ()

8. Termina las porciones servidas en cada comida

- Siempre () No siempre () No ()

9. ¿De que servicios de salud disponibles hace uso Ud.?

- MINSA ()
EsSalud ()
Fuerzas Armadas ()
Seguro Particulares ()
Médico Particular ()

10. ¿En su entorno social (hogar, trabajo, vecindad) cuenta Ud. con mecanismos de seguridad física?

- Si () No ()

11. ¿Para movilizarse en su entorno social cuenta con facilidades?

- Si () No ()

12. ¿Ud. Maneja con habilidad los equipos electrónicos domésticos de tecnología actual (cocina, lavadora, horno microondas, etc.)?

- Si () No ()

13. ¿Ud. Maneja con habilidad los equipos electrónicos de comunicación social (celular, tablet, computadora, etc.)?

- Si () No ()

14. ¿Las relaciones interpersonales en su familia las considera?

- Favorables () Aceptables () Desfavorables ()

15. ¿Las relaciones interpersonales con su familia lo considera?

- Favorables () Aceptables () Desfavorables ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION

Yo.....de.....años de edad, identificado(a)
con DNI.....y con domicilio
.....

habiéndome explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACION PAMPAS DEL CUZCO – MICRORED HUNTER AREQUIPA 2015.

Dicha investigación publicara los resultados guardando reserva de mi identidad.

Habiéndome informado de todo lo anterior señalando y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha:.....



Firma:.....

Huella digital



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED HUNTER

CONSTANCIA

**LA MEDICO JEFE DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA -
HUNTER**

HACE CONSTAR QUE:

Que Doña Cinthya Mercedes Ramos Ayala, ha aplicado el Instrumento denominado FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES, en el Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco - Micro Red Hunter.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que crea por conveniente.

Arequipa, 14 de Agosto del 2015

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD HUNTER

Edy Jacinta Loayza Delgado
C.M.P. 15569 - MÉDICO JEFE



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0634 -CB- 2015

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2015-0634

Fecha : 27 de noviembre de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD AMPLIACIÓN PAMPAS DEL CUZCO - MICRORED HUNTER AREQUIPA 2015

Autor(es):

RAMOS AYALA CINTHYA MERCEDES

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **19 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería

1735
27 NOV 2015

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

