

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARÍA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
ACTITUD FRENTE AL ENVEJECIMIENTO DE
ADULTOS MAYORES DEL CLUB “RAFAEL
BELAUNDE”, PUESTO DE SALUD RAFAEL
BELAUNDE, CAYMA - AREQUIPA 2013”**

Tesis presentada por los Bachilleres:
SADIE ANGELA ORDOÑO FERNÁNDEZ
JAMILETH VANESSA RODRÍGUEZ GÓMEZ

Para optar el Título Profesional de:
Licenciadas en Enfermería

AREQUIPA –PERÚ

2014

Dedico esta tesis a DIOS y a la Virgen María, quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión de esta tesis. A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. Espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Sadie Ángela Ordoño Fernández

Dedico esta tesis a Dios por darme la fuerza necesaria para alcanzar mis metas. Con mucho cariño a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo Papá y Mamá por darme una carrera y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor y sus sabios consejos, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. Por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo. A mi hermano por su paciencia y comprensión, a ustedes por siempre mi cariño y mi agradecimiento, sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí está el fruto. Los quiero mucho y espero ser siempre su más grande orgullo.

Jamileth Vanessa, Rodríguez Gómez

Primeramente queremos agradecer a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida.

Algunas están aquí con nosotras y otras en nuestros recuerdos y en nuestro corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nosotras, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Sadie y Jamileth

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1 CAMPO, ÁREA, LÍNEA.....	14
1.2.2 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	15
1.2.3 INTERROGANTES BÁSICAS.....	16
1.2.4 TIPO Y NIVEL DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACION	16
2. OBJETIVOS.....	17
3. MARCO TEORICO.....	17
3.1. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL PERU.....	17
3.2. ASPECTOS GENERALES DE LA VEJEZ.....	22
3.3. ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO	24
3.4. PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO:	24
3.5. TEORIAS DE ENVEJECIMIENTO	27
3.6. PRINCIPALES FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO	30
3.7. ACTITUDES	46
3.8. ACTITUD QUE ASUME EL ADULTO MAYOR FRENTE AL PROCESO DEL EVEJECIMIENTO.....	49
3.9. LA ENFERMERA Y EL ADULTO MAYOR.....	50
4. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	57
5. HIPÓTESIS.....	59

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	60
1.1 TÉCNICA	60
1.2 INSTRUMENTO.....	60
2 CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	62
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL:.....	62
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL:	62
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO:	62
3 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
3.1 ORGANIZACIÓN	63

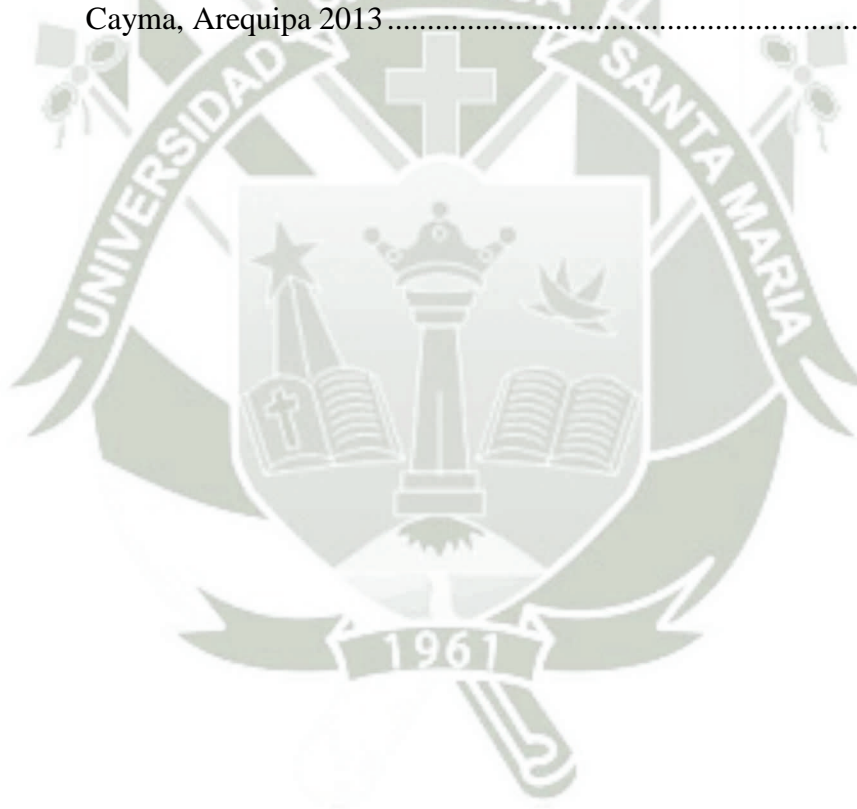
CAPITULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	66
1. FACTORES BIOLÓGICOS.....	69
2. FACTORES PSICOSOCIALES.....	95
3. FACTORES CULTURALES.....	105
CONCLUSIONES.....	109
RECOMENDACIONES.....	110
BIBLIOGRAFÍA.....	111
HEMEROGRAFÍA.....	112
INFORMATOGRAFÍA.....	113
ANEXOS.....	114

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población de estudio según Actitud frente al Proceso de Envejecimiento en los adultos mayores evaluados, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	66
Tabla 2: Población de estudio por EDAD según Actitud Frente al Envejecimiento, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	69
Tabla 3: Población de Estudio por SEXO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	71
Tabla 4: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA APARIENCIA FISICA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	73
Tabla 5: Población de Estudio por ESTADO DE CONSERVACION DE LA PIEL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	75
Tabla 6: Población de Estudio por ESTADO DE LA VISION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	77
Tabla 7: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA AUDICION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	79
Tabla 8: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA MASTICACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	81
Tabla 9: Población de Estudio por CAMBIOS EN LA DENTADURA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	83
Tabla 10: Población de Estudio por ACTIVIDADES DIARIAS según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	85
Tabla 11: Población de Estudio por MOVILIZACION (SE VALE POR SIMISMO) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	87
Tabla 12: Población de Estudio por MOVIMIENTO (SE MOVILIZA CON DIFICULTAD) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	89
Tabla 13: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECEITA BASTON, MULETA U OTROS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	91
Tabla 14: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECESITA AYUDA DE OTRAS PERSONAS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	93
Tabla 15: Población de Estudio por ESTADO CIVIL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	95

Tabla 16: Población de Estudio por OCUPACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	97
Tabla 17: Población de Estudio por VIVIENDA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	99
Tabla 18: Población de Estudio por CONVIVENCIA FAMILIAR (CON QUIEN VIVE) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	101
Tabla 19: Población de Estudio por SENTIMIENTO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	103
Tabla 20: Población de Estudio por NIVEL DE INTRUCCION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	105
Tabla 21: Población de Estudio por HABITOS DE LA ALIMENTACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	107



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población de estudio según Actitud frente al Proceso de Envejecimiento en los adultos mayores evaluados, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	67
Gráfico 2: Población de estudio por EDAD según Actitud Frente al Envejecimiento, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	70
Gráfico 3: Población de Estudio por SEXO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	72
Gráfico 4: Población de Estudio por SEXO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	74
Gráfico 5: Población de Estudio por ESTADO DE CONSERVACION DE LA PIEL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	76
Gráfico 6: Población de Estudio por ESTADO DE LA VISION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	78
Gráfico 7: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA AUDICION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	80
Gráfico 8: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA MASTICACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	82
Gráfico 9: Población de Estudio por CAMBIOS EN LA DENTADURA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	84
Gráfico 10: Población de Estudio por ACTIVIDADES DIARIAS según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	86
Gráfico 11: Población de Estudio por MOVILIZACION (SE VALE POR SI MISMO) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	88
Gráfico 12: Población de Estudio por MOVIMIENTO (SE MOVILIZA CON DIFICULTAD) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	90
Gráfico 13: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECEITA BASTON, MULETA U OTROS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	92
Gráfico 14: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECEITA AYUDA DE OTRAS PERSONAS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	94
Gráfico 15: Población de Estudio por ESTADO CIVIL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	96
Gráfico 16: Población de Estudio por OCUPACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	98

Gráfico 17: Población de Estudio por VIVIENDA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	100
Gráfico 18: Población de Estudio por CONVIVENCIA FAMILIAR (CON QUIEN VIVE) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	102
Gráfico 19: Población de Estudio por SENTIMIENTO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	104
Gráfico 20: Población de Estudio por NIVEL DE INSTRUCCION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.....	106
Gráfico 21: Población de Estudio por HABITOS DE LA ALIMENTACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013	108



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., tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de las señoras Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación: **“PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTITUD FRENTE AL ENVEJECIMIENTO DE ADULTOS MAYORES DEL CLUB “RAFAEL BELAUNDE”, PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE, CAYMA - AREQUIPA 2013”**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

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

Arequipa, Marzo del 2014.

Sadie Ángela Ordoño Fernández

Jamileth Vanessa Rodríguez Gómez

RESUMEN**“PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTITUD FRENTE AL ENVEJECIMIENTO DE ADULTOS MAYORES DEL CLUB “RAFAEL BELAUNDE”, PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE, CAYMA - AREQUIPA 2013”**

Presentado por las Bachilleres en Enfermería: SADIE ANGELA ORDOÑO FERNÁNDEZ y JAMILETH VANESSA RODRÍGUEZ GÓMEZ, para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo - Yanahuara. Teléfono: 251210. Fax: 054 – 219283. Apartado Postal 1350. Arequipa – Perú.

OBJETIVOS: Determinar la actitud de los adultos mayores frente al proceso del envejecimiento. Identificar los factores que influyen en la actitud de los Adultos Mayores frente al Proceso del Envejecimiento.

METODOLOGIA:

La investigación fue de tipo explicativo, se utilizó como técnica la entrevista y la observación directa; como instrumento, la guía de entrevista, guía de observación directa y la escala de Likert. Se trabajó con una muestra de 33 personas entre hombres y mujeres pertenecientes al club del adulto mayor Rafael Belaunde.

CONCLUSIONES: Los Integrantes del Club Rafael Belaunde del Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, presenta una actitud positiva. Los factores que influyen en la actitud frente al Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor del club Rafael Belaunde, son los Biológicos y Socio Culturales. La Actitud negativa de estos adultos lo determino la temprana edad a que se inició el proceso del envejecimiento.

RECOMENDACIONES: Al Puesto de Salud Rafael Belaunde, distrito de Cayma se sugiere que a través de la gerencia y equipo multidisciplinario se planifique programas educativos para el Adulto Mayor incluyendo a la familia para informar sobre el proceso del envejecimiento y fortalecer la actitud positiva hacia este proceso biológico. A la Universidad Católica de Santa María, la Facultad De Enfermería debe incluir en sus programas curriculares una línea académica relacionada al Adulto Mayor, aspectos como el autocuidado, calidad de vida y actitudes positivas al envejecimiento. Se recomienda continuar estudios similares y/o comparativos y se incluyan otros factores y en otro tipo de población a fin de tener mayor información y conocimiento sobre las actitudes de los Adultos Mayores.

SADIE ANGELA ORDOÑO FERNÁNDEZ, Compl. Hab. Deán Valdivia N-9 Lte.14 – Cayma.
Telf. 457884

JAMILETH VANESSA RODRÍGUEZ GÓMEZ, Urb. Dolores F-12 - José Luis Bustamante y Rivero. Telf. 487126

**Arequipa – Perú
2014**

ABSTRACT

“KEY FACTORS AFFECTING THE ATTITUDE OF AGING SENIORS CLUB “RAFAEL BELAUNDE " HEALTH POST BELAUNDE RAFAEL, CAYMA - Arequipa 2013 "

Presented by the Bachelors in Nursing: SADIE ORDOÑO ANGELA FERNANDEZ and JAMILETH VANESSA RODRIGUEZ GOMEZ, for the licensed professional diploma in nursing at the Catholic University of Santa Maria, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo - Yanahuara. Phone: 251210. Fax: 054-219283. Po Box 1350. Arequipa - Peru.

To determine the attitudes of older adults against the aging process. Identify factors that influence the attitude of the front Aging Process Aging.

OBJETIVE: To determine the attitudes of older adults against the aging process. Identify factors that influence the attitude of the front Aging Process Aging.

METHODOLOGY:

The research was explanatory type; the technique used was the interview and direct observation as a tool, the interview guide, guide and direct observation Likert scale. We worked with a sample of 33 people, including men and women from the club of the elderly Rafael Belaunde.

CONCLUSIONS: Members of Club Rafael Belaunde Health Post Rafael Belaunde Cayma, has a positive attitude. The factors that influence the attitude towards Aging Process Senior club Rafael Belaunde are Biological and Cultural Partner. The negative attitude of these adults to determine the age at which the aging process began.

RECOMMENDATIONS: When Rafael Belaunde Health Post, District Cayma is suggested that through the management and multidisciplinary team is planning educational programs for Older Adults including the family to report on the aging process and strengthen the positive attitude towards this process biological. At the Catholic University of Santa Maria, the Nursing Faculty must include in its online academic curricula related to seniors, issues such as self-care, quality of life and positive attitudes to aging. We recommend continuing the like and / or comparative studies and other factors are included and in other populations to have more information and knowledge about the attitudes of Aging.

SADIE ANGELA ORDOÑO FERNÁNDEZ, Compl. Hab. Deán Valdivia N-9 Lte.14 – Cayma.
Telf. 457884

JAMILETH VANESSA RODRÍGUEZ GÓMEZ, Urb. Dolores F-12 - José Luis Bustamante y Rivero. Telf. 487126

**Arequipa – Perú
2014**

INTRODUCCIÓN

A medida que llega el envejecimiento, se experimenta un mayor número de cambios importantes en la vida, incluida la jubilación, la pérdida de seres queridos, y los cambios físicos del envejecimiento. El envejecimiento saludable es mucho más que mantenerse físicamente sano, se trata de mantener su sentido y el entusiasmo por la vida.

El desafío anímico particular para los adultos mayores es el gran número de cambios y transiciones que se van a producir, incluyendo la pérdida de amigos, familia, su carrera, su salud, e incluso su independencia. Es natural sentir esas pérdidas. Pero desafortunadamente, para muchos, el envejecimiento trae ansiedad y miedo en lugar de alegría.

Por ello es necesario mantener una actitud positiva frente al envejecimiento, lo que significa ir continuamente reinventándose a sí mismo, la búsqueda de cosas nuevas que disfrutar, aprender a adaptarse al cambio, mantenerse físicamente y socialmente activo, y el sentimiento conectado a su comunidad y sus seres queridos.

Es por ese motivo que el presente proyecto de investigación está enfocado a medir la actitud frente al proceso de envejecimiento y los factores que influyen en la actitud ante el envejecimiento. De esta forma en el Capítulo I se expone el planteamiento teórico de la investigación; en el Capítulo II se tiene el planteamiento operacional; en el Capítulo III se muestran los resultados de la investigación, para finalmente alcanzar la conclusión y recomendación.

El fin último que procuran las investigadoras es que este estudio coadyuve a conocer y entender la situación que se presenta, como aporte para fomentar una actitud positiva frente al envejecimiento y superar este importante problema de actitud que actualmente aqueja a muchos adultos mayores.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

“PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTITUD FRENTE AL ENVEJECIMIENTO DE ADULTOS MAYORES DEL CLUB “RAFAEL BELAUNDE”, PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE, CAYMA - AREQUIPA 2013”.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 Campo, área, línea:

- **Campo** : Ciencias de la Salud
- **Área** : Enfermería
- **Línea** : Salud del Adulto

1.2.2 Operalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
INDEPENDIENTE FACTORES	<ul style="list-style-type: none"> • FACTORES BIOLÓGICOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Cambios de apariencia física, piel, visión, masticación • Estado físico, funcional, cognitivo y psicosocial • Nutrición
	<ul style="list-style-type: none"> • FACTORES PSICOSOCIALES 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje • Salud en general • Dolor • Estado civil • Ocupación • Jubilación • Sistema familiar • Interacción social • Recursos disponibles • Autoestima
	<ul style="list-style-type: none"> • FACTORES CULTURALES 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de instrucción • Conocimiento del envejecimiento • Hábitos: alimentación, sociales, culturales, deportivos
DEPENDIENTE ACTITUD	<ul style="list-style-type: none"> • POSITIVA • NEGATIVA • INDIFERENTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Likert

1.2.3 Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la Actitud de los adultos Mayores frente al Proceso de Envejecimiento?
- ¿Qué factores son los que influyen en la Actitud de los Adultos Mayores frente al Proceso de Envejecimiento?

1.2.4 Tipo y nivel del problema:

El problema es explicativo, de campo observacional y prospectivo.

1.3 JUSTIFICACION:

La población mundial de personas de 60 a más años en 1950 alcanzo a 24 millones, lo que representa al 8.5% de la población en general, y se calcula que para 2025 esta población ascenderá al 13.7%.

Según el X Censo poblacional realizado en el año 2005, el 8.6% de la población del Perú tiene 60 a más años, esto representa un incremento importante con respecto al IX Censo realizado en 1993 (el 7% tenía 60 años a mas) proyección al año 2025 la población del adulto mayor será el 12.6%.¹

El Perú es una Nación en la que empieza a engrosar la pirámide de edad y se incrementa el número de personas mayores, simultáneamente está descendiendo las tasas de fecundidad y mortalidad aumentando la esperanza de vida a los 75 años lo que trae como consecuencia una estructura de edad envejeciente, lo que es un proceso inevitable, ya que en esta etapa se va produciendo una serie de cambios importantes creando sentimientos negativos y de rechazo o aceptación a la vejez como proceso natural con serenidad, optimismo y entusiasmo.

El presente estudio de investigación pretende determinarla actitud frente al proceso de envejecimiento que asumen los adultos mayores que integran el

¹ INEI Análisis Estadístico, tomada de Estado de la Población Peruana Julio 2005

club del adulto mayor Rafael Belaunde, influenciados por factores biológicos, psicosociales y culturales. Los resultados obtenidos nos permitirán conocer y/o comprender las vivencias, experiencias, conocimientos, autoestima del adulto mayor que acude al Club manifestado en su Actitud frente a proceso de envejecimiento.

El presente estudio es trascendente porque estudia al adulto mayor población vulnerable, es de relevancia científica porque el rol de la enfermera abarca aspectos de promoción y prevención de la salud, relevancia social y humana por que se sustenta el cuidado humanizado del adulto mayor; siendo nuestra principal motivación obtener el Título Profesional de Licenciadas de Enfermería.

2. OBJETIVOS:

- 2.1 Determinar la actitud de los adultos mayores frente al proceso del envejecimiento.
- 2.2 Identificar los factores que influyen en la actitud de los Adultos Mayores frente al Proceso del Envejecimiento.

3. MARCO TEORICO:

3.1. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL PERU

Perfil demográfico de la población adulta mayor

Los cambios en la estructura de la población ocasionados por el proceso de envejecimiento poblacional, repercuten en todas las esferas de desarrollo de la vida humana, como el plano económico, el social y el familiar, planteando ello nuevos desafíos y el diseño de políticas públicas que puedan atender oportunamente las demandas y necesidades que irán surgiendo en los próximos años.

Diversas estimaciones plantean que en el Perú, al igual que en otros países de América Latina, está ocurriendo un progresivo proceso de

envejecimiento, que se acelerará en la primera parte del siglo XXI (CEPAL. 2004). En el 2010, la Subregión Andina tenía alrededor de 14 millones de personas adultas mayores y si se mantuviera el mismo ritmo de crecimiento de los últimos cinco años, para el año 2021, la Subregión va camino a tener cerca de 20 millones, lo que en un contexto de alta incidencia de pobreza y desigualdad social, es preocupante (OPS, 2010).

Para el año 2012 la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes².

De este total, el 9,2% de la población se preveía conformada por personas adultas mayores, equivalente a 2 millones 711,772 habitantes, de los cuales 1 millón 266,930 son varones y 1 millón 444,842 son mujeres. La velocidad con que crece este segmento poblacional es más que el doble del ritmo de crecimiento de la población total. Así, mientras que la tasa de crecimiento de la población total en el período intercensal 1993-2007 fue de 1.6% promedio anual, la tasa de crecimiento de la población de 60 y más años fue de 3.5% en el mismo período. Se estima que el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones.

Por otro lado, es de indicarse que en el Perú, al igual que en otros países, se está dando un proceso de feminización del envejecimiento. En la década de los años 50, la brecha entre la esperanza de vida al nacer existente entre hombres y mujeres era de 2 a 3 años. Para el periodo 2010-2015 la esperanza de vida al nacer proyectada viene a ser de 69.9 años para hombres y 75.3 años para las mujeres, lo que indica que la brecha se ha ampliado a más de 5 años. Asimismo, si se analizan las tendencias de vida después de la edad de jubilación, se aprecia también que la cantidad de años de vida luego de jubilarse ha ido en aumento. En las mujeres este fenómeno se ha dado de manera más acentuada: así, si se compara el periodo 1975-1980 con la proyección del periodo 2010-2015, se puede

² INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050. Lima. 2001

apreciar que las mujeres han pasado de 14 a 18 años de esperanza de vida después de la edad de jubilación, mientras que los varones pasaron de 13 a 16 años³.

Esta constatación demográfica tiene implicancias importantes en términos de política pública.

La ampliación de la esperanza de vida, con sus diferencias por sexo, deben orientar el rumbo de políticas diversas como por ejemplo las relacionadas al Incremento de los fondos provisionales; las que deben impulsar la incorporación de sistemas que consideren mecanismos no contributivos para la atención de salud y otras necesidades vitales de este sector poblacional; las políticas que deben promover que los gobiernos locales propicien entornos favorables para favorecer la participación activa y la autonomía de las personas adultas mayores, entre otras. Asimismo, al interior de los hogares, se deben promover medidas y estrategias que faciliten arreglos familiares que apoyen la labor de cuidado al interior y fuera de los hogares y que propugnen la convivencia en un clima de respeto de los derechos de las personas adultas mayores (**PAM- PERSONAS ADULTAS MAYORES**).

La distribución geográfica de la población adulta mayor coincide con los patrones que se dan para el conjunto de la población peruana. De acuerdo a las cifras oficiales los departamentos con mayor cantidad de población adulta mayor en el país son: Lima (32.19%), La Libertad (6.17%), Piura (5.94%), Puno (5.24%) y Cajamarca (5.2%). La proporción de población adulta mayor en Lima Metropolitana es de 9.2%⁴.

La población de PAM en el país presenta determinadas características que tienen que ser consideradas para el diseño de las intervenciones públicas y que se presentan a continuación⁵.

³ INEI, 2001. Ob. Cit.

⁴ INEI. ENAHO 2010

⁵ INEI, ENAHO, II Trimestre de 2012

- Hay una importante proporción de hogares que albergan a PAM: 39%.
- Las PAM residen en diferentes tipos de hogar, entre los que predominan los hogares de tipo nuclear (36.4%) y los hogares de tipo extendido (36.8%). Cabe hacer notar que un 15.8% de hogares con personas adultas mayores son unipersonales, lo que puede ser indicativo de situaciones de abandono y soledad.
- Un importante sector de PAM presenta problemas en su estado nutricional: más de una cuarta parte de los hogares (28,6%) tienen al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico.
- Tan sólo el 20.1% de hogares donde al menos uno de sus miembros es una persona adulta mayor, están participando de algún programa alimentario, tales como comedor popular, canasta familiar (PANFAR), entre otros. Sin embargo, no se trata necesariamente de programas dirigidos expresamente a las PAM.
- La tasa de pobreza en las PAM, según INEI, en promedio es de 30%, con una incidencia de 54% en zonas rurales y aproximadamente de 15% en zonas urbanas.
- Más de una cuarta parte de las personas de 65 a más años son analfabetas (27.42%). El analfabetismo de las PAM en las zonas rurales es un problema grave: un 55.9 % de ellas no saben leer y escribir. De las personas analfabetas rurales, el 69% son mujeres
- En lo relativo a nivel de educación, el país enfrenta también un problema serio: el 21.1% de las PAM no han alcanzado ningún nivel de educación o sólo estudiaron el nivel inicial; un 45.3% de las PAM han estudiado por lo menos un año de educación primaria, sólo el 20.3% lograron estudiar algún año de secundaria y un escasa 13.3% accedió a algún año de educación superior.

- Por otro lado, las PAM constituyen un sector de alta demanda potencial de servicios de atención de salud: Un 73.2% de ella presentó algún problema de salud (datos del II trimestre ENAHO - 2012). Sin embargo, sólo el 25,7% ha acudido en busca de atención a establecimientos de salud públicos, el 10,4% a servicios de salud privados, el 11,8 % a otro tipo de servicios y un importante 52.1% de este grupo poblacional no buscó atención.
- Las razones expresadas por las PAM para no acudir a los servicios de salud proveen elementos para mejorar los mecanismos de accesibilidad a estos servicios: Un 59,7% dijo que no buscó atención a problemas de salud porque no fue necesario o porque usó remedios caseros. El 21.7% señaló que el servicio de salud quedó lejos, falta de confianza, demora en atender y el 18.5% indica como causa la falta de dinero; finalmente el 25.4% expresa otro motivo (no tiene seguro, falta de tiempo, maltrato del personal de salud).
- La información anterior muestra que el sector de PAM que no está cubierto por algún sistema de aseguramiento es significativo. Según el XI Censo de Población del 2007, el 55.87% de las personas de 65 a más años no tenía acceso a ningún seguro de salud, de las cuales, el 54.15 % eran mujeres. En el 2011, la proporción de personas sin seguro alguno baja a 36% (datos de la ENAHO, III Trimestre), en gran parte debido a la ampliación de cobertura del SIS.
- Respecto de la pensión de jubilación, la ONP reporta que a setiembre de 2011 hay 487,809 PAM que están siendo beneficiadas. Asimismo, el Programa Nacional Pensión 65 entregó una subvención monetaria a 247,673 personas de 65 a más años (datos a noviembre de 2012), de estos más de 200 mil fueron incorporados al SIS.
- Respecto al empleo, según el Censo Nacional de Población 2007, la cuarta parte de esta población trabaja o está buscando trabajo

(26.66%). De esta PEA, el 97.08% está ocupada, pero cabe señalar que sólo el 29% de las PAM ocupadas, son mujeres.

- En el tema del desempleo en las PAM, los datos del Censo del 2007 indican que la tasa de desempleo (porcentaje de la población desocupada respecto de la PEA adulta mayor) fue sólo de 3.9%.
- Esto se explica porque una muy alta proporción de las PAM genera su propio trabajo en ocupaciones independientes o por cuenta propia (61% de la población ocupada), lo que señala una realidad de informalidad que se traduce en precarias condiciones de trabajo y bajos niveles de productividad y rentabilidad que afecta a las PAM y que debe ser enfrentada desde la acción pública.

3.2. ASPECTOS GENERALES DE LA VEJEZ

- **GERONTOLOGÍA:** la gerontología (de *geronto*, anciano y *logos*, estudio) es el área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento de una población. A diferencia de la geriatría, la gerontología se ocupa de los aspectos de promoción de salud, pero no es una especialidad médica. Por lo que aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el anciano
- **GERIATRÍA:** es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en la senectud. La geriatría resuelve los problemas de salud de los ancianos; sin embargo, la gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad.

- **ADULTO MAYOR:** la expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene de 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término *personas mayores* (en España y argentina) y *adulto mayor* (en américa latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta la muerte.
- **ESPERANZA DE VIDA:** es la media de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las guerras, etc., si bien actualmente se suele referir únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta
- **EXPECTATIVA DE VIDA:** tiempo aproximado de vida que le queda a una persona según su edad o sus condiciones físicas, sociales, etc.

3.3. ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento Primario

El envejecimiento primario se refiere a los cambios biológicos que son universales, graduales, intrínsecos e inevitables. Las canas, arrugas son ejemplos de cambios del envejecimiento primario.

Envejecimiento secundario

El envejecimiento secundario normal se refiere a las condiciones fisiopatológicas, que pueden ser más prevalentes en los ancianos pero no son universales. Más importante aún los cambios secundarios pueden tratarse y a veces son reversibles. Se ha comprobado que muchas condiciones que en el pasado se atribuían a la vejez son de origen patológico. Entre ellas se encuentran por ejemplo, la artritis, la pérdida de la audición, la debilidad muscular y la incontinencia.

La enfermera que trabaja con ancianos debe conocer los cambios comunes que aparecen con el envejecimiento. La valoración debe incluir una capacidad funcional basal, una predicción de los cambios funcionales y una distinción entre el envejecimiento primario y secundario. Como los ancianos creen a menudo en los mitos relativos a las cosas a las que deben acostumbrarse, es necesario estimularlos a que busquen tratamiento médico para sus alteraciones crónicas y agudas. Algunos síntomas, como la debilidad y la fatiga, mejoran con la dieta y el ejercicio.

3.4. PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO:

Es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un proceso que implica cambios celulares tisulares, orgánicos y funcionales. Aunque usualmente se considera los 65 años de edad como el principio de la adultez tardía, existen enormes variaciones entre las personas. Más que un concepto psicológico o cronológico, la edad es un concepto sociocultural.

Características del envejecimiento

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: Porque es un proceso acumulativo.
- Dinámico: Porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
- Declinante: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco: Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Envejecimiento fisiológico:

En la adultez tardía, la función fisiológica no se correlaciona con la edad cronológica. Los años en el adulto no se caracterizan por eventos específicos en edades particulares, con excepción de la menopausia. Algunas variables biológicas permanecen constantes a lo largo de la vida (por ejemplo, la glicemia en ayuno, el PH de la sangre). Sin embargo el margen normal de algunos electrolitos y enzimas es diferente en los ancianos que en los adultos más jóvenes. Otras funciones corporales comienzan a declinar gradualmente después de los 30, continuando así en las décadas siguientes. No obstante pueden hacerse ciertas generalizaciones:

- Mientras mayor sea la edad del grupo, habrá mayor variabilidad entre los individuos.

- La velocidad de deterioro varía para las distintas funciones corporales.
- Se han demostrado que algunos cambios, que anteriormente se consideraban asociados con el envejecimiento, son realmente el resultado de la falta de condición física o de las enfermedades.

Envejecimiento psicosocial

Durante largo tiempo el envejecimiento se ha asociado con el deterioro de la funciones más que con la expansión de habilidades. Se han acumulado nuevas evidencias que apoyan las teorías de sistemas multifactoriales que dan cuenta de la riqueza y variedad que se encuentra entre los adultos mayores. El desarrollo del adulto es un fenómeno progresivo, no experimental. La teoría de sistemas multifactoriales destaca el papel de las interacciones persona- ambiente en el envejecimiento exitoso y considera el comportamiento del envejecimiento no como un proceso de deterioro, sino como una serie de “trueques”. Los “trueques” para los adultos mayores consisten en una menor destreza intelectual, menor flexibilidad en el pensamiento y una falta de capacidad para recordar los detalles. Estas pueden parecer una deficiencia para los adultos jóvenes, pero realmente ayudan a los ancianos a convertirse en una fuerza estabilizadora para la sociedad. Una visión positiva del envejecimiento es crucial para la capacidad de la enfermera de evaluar las posibilidades de los ancianos en cualquier medio. Una mujer de 84 años de edad no es el equivalente de un niño con comportamiento regresivo. Debe ser considerada como una adulta experimentada, relacionada integralmente con el ambiente, no importa cuál sea su nivel funcional. Las enfermeras tienen el reto de brindar bienestar a adultos que han desarrollado estrategias útiles de funcionamiento a medida que envejecen. Las estrategias no son apropiadas si se fundamentan en la fuerza física, la destreza funcional y la rapidez de memoria.

3.5. TEORIAS DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento como proceso Individual que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques y teorías como las presentadas a continuación:

a) El Enfoque Biologicista

El enfoque Biologicista tiene su base en dos teorías: la del envejecimiento programado, "que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo"⁶.

Los defensores de la teoría del envejecimiento programado señalan que como cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es innato en todos los seres vivos; de otro lado, los promotores de la teoría del desgaste natural, comparan el cuerpo con una máquina, cuyas partes se desgastan debido al uso.⁷ La diferencia entre ambas teorías es sustancial, mientras que la teoría del envejecimiento programado se centra en el determinismo y en el hecho casi Ineludible de que poco se puede hacer por intervenir en el proceso de envejecimiento, la teoría del desgaste natural otorga un margen de posibilidades a la intervención mediante la prevención y la acción.

⁶ Papalia y Wendkos, 1998 citados en CELADE-CEPAL 2011 p.7

⁷ Papalia y Wendkos. Ob. Cit. P. 9.

b) El enfoque psicológico

Desde un enfoque psicológico el envejecimiento se enfoca usualmente desde dos teorías opuestas en su concepción: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio.

La teoría de la desvinculación nos señala que "...la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento"⁸.

Esta teoría conceptualizaba la desvinculación social como un proceso natural y positivamente funcional, la desvinculación social o desapego de las personas adultas mayores de sus instituciones y roles sociales es explicada así como un proceso de beneficios mutuos que está arraigada en la declinación biológica y psicológica.

Opuesta a la teoría de la desvinculación se encuentra la teoría del envejecimiento satisfactorio introducida por John Rowe en 1987, quien señala "...que este sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicos, cerebrales, afectivos y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos"⁹.

De acuerdo a la teoría de la actividad, ello significaría que mientras más activas se conserven las personas adultas mayores, su

⁸ Papalia y Wendkos, ob. Cit. p. 8

⁹ Vellas, 1996 citados en CELADE-CEPAL, 2011 p. 8

envejecimiento sería más satisfactorio. Cabe precisar que esta teoría, a diferencia de la anterior, intenta dar una explicación socio cultural del envejecimiento, al considerar los factores sociales, históricos y culturales que estructuran y limitan la participación social de las personas adultas mayores, sin embargo, reduce el valor humano a factores como la actividad y la productividad, dejando de lado el hecho de que las personas adultas mayores, Independientemente de su nivel de actividad, merecen un lugar dentro de la sociedad.

c) El enfoque social

Desde la perspectiva del enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el "carácter problemático" de una población que envejece, y que percibe a las personas adultas mayores como Improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad.¹⁰

Otra de las teorías explicativas se refiere a la economía política de la vejez, que señala que el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas, es que la calidad de vida alcanzada en esta etapa del ciclo de vida, está directamente influenciada por su posición en el mercado de trabajo al momento de jubilarse¹¹. Los críticos de esta teoría manifiestan que, “aun cuando esta aproximación resulte útil, debe convenirse que la continuidad pre y post jubilatoria no existe en la esfera económica — el nivel de ingreso— o en el plano de las relaciones sociales — entendidas como relaciones de producción—, y que tampoco resulta

¹⁰ Bury, 1995, citado en CELADE -CEPAL, 2011 P. 9

¹¹ Estes, 1986, citado en CELADE -CEPAL, 2011 p. 9

satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única, caracterizada por la desvinculación del sistema productivo y la tributación a la seguridad social”¹².

Por otro lado, la teoría de la dependencia estructurada enfoca su atención en "...El sistema social en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social.¹³

Dicha teoría enfoca cuestiones trascendentales como "...las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas adultas mayores, a la vez que funciona como un correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento".¹⁴

3.6. PRINCIPALES FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO

a. Factores biológicos

1) Problemas de salud

Las enfermedades crónicas son un problema grave de salud y son mucho más comunes entre la población de ancianos. Los cálculos muestran que el 85% de los ancianos tiene una o más enfermedades crónicas. Las enfermedades del corazón y la hipertensión son las de mayor prevalencia, con un 50% de personas de más de 65 años. Los trastornos gastrointestinales, el reumatismo y la artritis afectan a un gran número de ancianos. Los problemas visuales, la arterioesclerosis, las enfermedades pulmonares y la hipertensión parecen estar asociadas a una condición socioeconómica baja. A pesar de las enfermedades crónicas, el 83% de las personas con más

¹² Redondo, 1990 citado en CELADE -CEPAL, 2011 p. 9

¹³ Mouzelis, 1991 citado en CELADE -CEPAL, 2011 p. 9

¹⁴ Bury, ob.cit.

de 65 años de edad tienen poca dificultad en llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Solo un 5% viven en residencias, aunque el 35% estará en alguna de ellas en algún momento. Otro 5% está confinado a su propio hogar.

1.1.- Problemas en la percepción cognitiva:

Los ancianos difieren de los jóvenes en diversos aspectos de las funciones perceptual y cognitiva. Los cambios más dramáticos ocurren en el sistema nervioso central; las neuronas motoras periféricas y el sistema nervioso autónomo permanecen relativamente constantes a lo largo de la vida.

Los cambios:

- Disminución del peso del cerebro
- Disminución de la actividad enzimática
- Enlentecimiento de los reflejos
- Disminución de los receptores sensoriales de temperatura, dolor y discriminación táctil.
- Debilitación de las conexiones interneuronales
- Incremento en el tiempo de respuesta,

Afectan procesos complejos como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje y los procesos mentales. Aunque la pérdida de la memoria, no se considera como un cambio del envejecimiento primario, muchos ancianos tienen problemas progresivos con la memoria reciente. El dolor y la temperatura, el gusto y el tacto se van embotando hasta cierto grado a medida que envejecemos. La audición y la visión se vuelven menos agudas. La visión lejana es menos aguda, al igual que la visión nocturna y disminuye la tolerancia al brillo. El anciano tiene más dificultad para escuchar tonos agudos y para discriminar el lenguaje hablado en situaciones ruidosas.

1.2.- Problemas musculo esqueléticos:

Uno de los problemas más comunes del envejecimiento secundario son las enfermedades de las articulaciones y de los músculos.

Cambios en el sistema musculo esquelético debidos al envejecimiento:

- Disminución de la masa muscular
- Aumento de grasa en el organismo
- Disminución de la fuerza muscular
- Desmineralización de los huesos
- Disminución de la movilidad de las articulaciones

La osteoartritis, el reumatismo y la osteoporosis son frecuentes entre los ancianos. Conforme las articulaciones se endurecen y el tono muscular disminuye, el individuo puede desarrollar una marcha vacilante y torpe. La capacidad de levantarse de una silla o de entrar y salir de un automóvil o de un autobús se vuelve difícil. El deterioro en la marcha, los cambios cardiovasculares, las deficiencias sensoriales y la osteoporosis hacen que el anciano sea susceptible a las caídas. El 235 de las muertes y lesiones en las personas de más de 65 años son consecuencia de las caídas.

1.3.- Problemas cardiopulmonares:

Uno de los cambios más pronunciados que ocurren cuando la persona envejece es el deterioro de la función pulmonar. Aunque los cambios en el sistema cardiovascular no son tan dramáticos, existen algunas diferencias entre los ancianos y los adultos más jóvenes.

Cambios en el sistema respiratorio y cardiovascular debidos al envejecimiento:

Sistema respiratorio:

- Disminución de la elasticidad de los pulmones y de la pared del tórax
- Disminución de la capacidad de los pulmones para retraerse
- Incremento del volumen residual pulmonar
- Disminución del volumen espiratorio forzado
- Disminución de la presión de oxígeno(PO₂) (el PO₂ disminuye alrededor de 4mmHg/década)

Sistema Cardiovascular

- Disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos
- Disminución del gasto cardíaco
- Posible obstrucción de los vasos sanguíneos por depósitos grasos(arterosclerosis)
- Incremento de la resistencia vascular periférica, que da origen a un aumento de la presión arterial
- Circulación lenta
- Disminución de la eficiencia de las válvulas en las venas de las extremidades inferiores

1.4.- Problemas gastrointestinales

Los cambios en el sistema gastrointestinal pueden afectar la boca, los dientes y las encías, el esófago, el estómago y los intestinos delgado y grueso.

Cambios en el sistema gastrointestinal debidos al envejecimiento

Disminución de la motilidad

- Disminución de la actividad enzimática
- Atrofia de la musculatura
- Disminución de la absorción
- Disminución de la salivación

- Disminución del gusto
- Disminución del tono de los esfínteres
- Disminución del metabolismo

1.5.- Problemas tegumentarios

Los cambios primarios del envejecimiento que se presentan en el sistema interlegumentario son los más notorios para la persona común y son los que comúnmente se asocian con el “hacerse viejo”

Cambios por envejecimiento del sistema interlegumentario

- El pelo encanece
- Pérdida del tejido conectivo
- Disminución de la vascularidad
- Manchas hepáticas
- Púrpura senil
- Disminución de las secreciones sebóricas
- Queratosis sebórica
- Disminución de la circulación venosa
- Disminución de la elasticidad de la piel
- Pérdida de grasa subcutánea
- Disminución de la turgencia de la piel
- Pérdida de los dientes
- Mal aliento
- Receso de las encías
- Endurecimiento de las uñas
- Callosidades y clavos

Los cambios de la piel ocurren en la medida en que la membrana basal se aplana y la tarea de renovación epidérmica disminuye. Estos cambios merman la función protectora de la piel haciéndola más susceptible a los irritantes y a los alérgenos. A medida que los folículos pilosos decrecen y los melanocitos se hacen menos activos, el

cabello se torna gris y delgado. La disminución de la producción de sudor y de la grasa subcutánea lleva a una alteración de la termorregulación, haciendo que el anciano sea más propenso a la hipotermia en el invierno y al agotamiento por el calor en el verano. Las arrugas se deben a la pérdida de elasticidad de la piel y a la disminución de la grasa subcutánea. Las uñas de las manos y de los pies se vuelven gruesas y quebradizas, con muchas deformidades que son resultado de trauma y del deterioro de la circulación.

1.6.- Problemas urinarios

Aunque el envejecimiento ocasiona una disminución de la función renal, la mayoría de los ancianos puede mantener una micción normal. La incontinencia es siempre el resultado de un proceso patológico y no del envejecimiento primario.

Cambios en el sistema tegumentario por envejecimiento

- Reducción del flujo sanguíneo renal
- Disminución de la tasa de filtración glomerular
- Disminución del tono muscular de la vejiga

1.7.- Trastornos en los patrones del sueño

Los ancianos tienen menos periodos de sueño correspondientes a la etapa 4 (profundo) y más periodos de vigilia que los adultos más jóvenes. El sueño con movimiento rápido de los ojos, se interrumpe a menudo lo que provoca somnolencia y un patrón de adormecimiento a lo largo del día. Los ancianos no necesariamente requieren de más sueño que los adultos más jóvenes, sino que el sueño se obtiene en periodos más cortos a lo largo del día y no solo y no solo durante la noche. Una serie de medidas son de ayuda para el insomnio. Un vaso de leche tibia al acostarse y un masaje relajante en la espalda, ayudan para dormir.

b. Factores sociales

1) Cambios psicosociales

En el manejo de los cambios psicosociales, se valoran los cambios fisiológicos, las enfermedades presentes y la compensación emocional de la persona y su aparente ajuste a una situación en particular. Con frecuencia los ancianos hablan bastante sobre sus familias y su pasado; sus conversaciones pueden dar pistas sobre los intereses que hay que estimular y los problemas que les agobian. Deben hacerse planes para ayudarlos a mantener tanta independencia como sea posible a pesar de sus limitaciones. Existen recursos comunitarios disponibles para apoyar a los ancianos a que conserven su independencia y satisfagan sus necesidades sociales tales como centros sociales para ancianos, hogares privados para ancianos incapaces de vivir solos, servicios de comida a domicilio, cuidado especializado de la enfermera en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.

Las personas ancianas a menudo están solas y aprecian el simple hecho de hablar con los demás. A muchos ancianos les gusta recibir la visita de un miembro del clero. Cuando se visita a los ancianos hay que recordar que, aunque ellos hablan con frecuencia sobre eventos y actividades de su propio pasado, usualmente están interesados en las actividades de las personas más jóvenes y del mundo que lo rodea. La necesidad de sentirse útil es importante para todas las personas. Existen muchas tareas en las cuales incluso el anciano enfermo puede participar. En el hogar, los ancianos pueden ayudar a lavar los platos a preparar las comidas. Pueden interesarse en las labores manuales o en hacer cosas útiles. El anciano puede ser muy lento, por lo que hay que tener mucho cuidado en no mostrar impaciencia, la cual podría desalentarlo a seguir participando.

La depresión es común en los ancianos e incluso pueden tener tendencias suicidas. Debemos estar alertas a los signos de depresión y

a los pensamientos de suicidio, especialmente en las personas que están solas y que no tiene un sistema social de apoyo. Usualmente los ancianos son conscientes de que la muerte es una posibilidad inminente y a veces la ven como un evento bienvenido. Este tema no debe evitarse. Si el anciano muestra una preocupación genuina acerca de la inminencia de la muerte, se debe motivar la discusión de estos sentimientos.

2) Una mayor demanda por servicios de salud que no es atendido de manera adecuada

En las personas adultas mayores las enfermedades y problemas de salud se dan más frecuentemente y esto coincide con la reducción de sus ingresos por jubilación, en caso de estar afiliadas a algún sistema previsional. Para las PAM que no tienen pensión de jubilación, la situación se agrava, principalmente para los/las más pobres. A su vez, la dificultad para acceder a servicios de salud constituye uno de los principales problemas de la población adulta mayor; son aún limitadas las acciones de promoción y autocuidado de la salud que se vienen implementando con las PAM. El acceso al Seguro Integral de Salud es restringido por falta de intervenciones específicas dirigidas a las PAM, además que no cubre la capa compleja de necesidades de atención de esta población. En general, tanto el acceso a servicios de salud como a recursos económicos, son aspectos determinantes de sus posibilidades de independencia en esta etapa de su vida. Al respecto el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el Seguro Integral de la Salud han suscrito un Convenio Marco Interinstitucional que busca que todos los beneficiarios del Programa Nacional Pensión 65 accedan a un seguro integral de salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT) se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo, incluso en los países en

vías de desarrollo. Las enfermedades no transmisibles (ENT), resultan costosas para las personas, las familias y el Estado, sin embargo muchas de ellas podrían prevenirse o retrasarse con políticas adecuadas de salud que permitan afrontar los riesgos de enfermedades no transmisibles a lo largo de todo el ciclo vital.

Por parte de la oferta, el sistema de asistencia médica, no obstante el incremento en los últimos años de la infraestructura y atención hospitalaria, requiere ser fortalecido en cobertura y calidad, para atender las necesidades de salud específicas de las personas adultas mayores. Hay escasez de técnicos y profesionales especializados/as en las áreas de gerontología y geriatría de los establecimientos de salud. Asimismo, los pocos recursos especializados están concentrados en Lima y en unas pocas ciudades.

Asimismo, la oferta de servicios públicos que ofrecen programas regulares de actividades psicofísicas (gimnasia, tai chí, danza, biodanza) que contribuyen a mejorar y/o mantener la salud física y mental de las PAM, es aún escasa. Asimismo, no se aborda de manera efectiva el problema de la negativa de una gran proporción de los varones adultos mayores a participar en este tipo de actividades, lo cual requiere trabajar en el cambio de actitudes para superar creencias machistas que los condicionan a rechazar el cuidado del cuerpo, por considerarlo una preocupación femenina.

3) Ingresos y pensiones reducidos, así como una baja cobertura del sistema previsional y seguridad social

En el Perú el sistema de pensiones contributivas está conformado por varios regímenes previsional es, en el ámbito público la Oficina de Normalización Previsional administra los regímenes creados por el Decreto Legislativo 19990 y el régimen especial creado por el Decreto Legislativo 20530. Otros regímenes del ámbito público son los

conformados por la Caja del Pescador y la Caja de Pensiones Militar Policial.

Asimismo, se cuenta con un sistema privado de pensiones que está conformado por empresas administradoras de fondo de pensiones (AFPs), las cuales cobran por dicho servicio a sus afiliados.

Sin embargo la cobertura contributiva de los sistemas de pensiones público y privado, apenas arriba a un 15.1% de la Población Económicamente Activa (PEA) en el año 2007.

Esta limitada capacidad del sistema de pensiones se refleja en el hecho que una proporción significativa de los adultos mayores del Perú, no gozan de una pensión contributiva, y que por el contrario, dos de cada cinco de ellos se mantenga activos en el mercado laboral, normalmente, en actividades Independientes de precarias condiciones o recurrir a las redes de apoyo familiar".

Asimismo, el nivel de ingresos de las personas adultas mayores que trabajan, así como el valor de las pensiones, en el caso de pensionistas y jubilados, en general, no les permite llevar una vejez digna y con independencia, por lo que se requiere, no sólo abogar para que se establezcan medidas que garanticen el aumento periódico del monto mínimo de las pensiones, sino además fortalecer los mecanismos Institucionales que hagan posible que estos sistemas respondan a las demandas y necesidades particulares de los distintos grupos de PAM existentes en el país. De la misma forma, se debe promover el desarrollo de actividades de generación de ingresos y la integración social plena de las personas adultas mayores.

Sin embargo, es preciso enfatizar que en nuestro país el problema central es el elevado porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más, que no pertenecen a ningún sistema previsional. Los sistemas de previsión y seguridad social debieran responder a las necesidades y

características de las personas adultas mayores que viven en una realidad tan variada y compleja como la peruana, ello en el marco de una política previsional sostenible, dirigida a promover desde la juventud una cultura de previsión ante los riesgos propios de la vida (desempleo, enfermedad, muerte y vejez) formulada con un enfoque intercultural, inter generacional v de género.

Teniendo en cuenta la necesidad de brindar protección a las personas más vulnerables, principalmente a aquellas que habitan en zona rural, es que en el país se viene realizando desde el año 2010, transferencias monetarias, inicialmente a través del Programa Piloto Gratitude, y posteriormente a partir de octubre del año 2011 a través del Programa Nacional Pensión 65, a personas adultas mayores que reúnen todos los requisitos como tener 65 años o más, no contar con pensión de jubilación y ser de extrema pobreza, ello con la finalidad de proporcionar un nivel mínimo de Ingresos y evitar la extrema pobreza de las personas adultas mayores.

Estos sistemas deben a su vez facilitar el acceso e Incorporación de la población económicamente activa (PEA) a los Sistemas de Previsión vigentes, independientemente de su modalidad laboral. Junto a ello, es importante diseñar estrategias sostenibles, apoyadas en el concepto de solidaridad social, orientadas a disminuir la vulnerabilidad de aquel segmento de la población adulta mayor que no tuvo acceso al mercado laboral formal, por causas asociadas a la exclusión, falta de oportunidades, discriminación y que se encuentra en situación de pobreza o extrema pobreza.

4) Prácticas inadecuadas de uso del tiempo libre

En nuestro país se requiere construir y fortalecer cultura del tiempo libre, es decir, debemos tomar conciencia de lo beneficioso que puede ser para las personas especialmente las adultas mayores, el aprovechamiento de su tiempo libre en actividades culturales,

deportivas, turísticas y de esparcimiento. Es preciso implementar estrategias adecuadas dirigidas a lograr mayor conciencia en las propias PAM de la importancia de hacer uso adecuado de su tiempo libre, a favor de ellas mismas y de la sociedad, que requiere beneficiarse de su conocimiento y experiencia. Estas intervenciones deben considerar los aspectos de género que pueden limitar la participación de uno u otro grupo de PAM.

A su vez, se requiere incrementar los espacios adecuados (infraestructura e Instalaciones deportivas, recreativas y culturales) para que las personas adultas mayores puedan hacer uso de su tiempo libre, a costos reducidos o en forma libre con la asistencia de profesionales especializados en servicios de recreación y esparcimiento para la población adulta mayor.

5) Bajos niveles de participación ciudadana y limitaciones para la Integración social de las PAM

Uno de los prejuicios más visibles de la sociedad peruana es la consideración de las personas adultas mayores como sujetos pasivos y sin capacidad para participar activamente del desarrollo local y regional. A esto se le suma el escaso reconocimiento familiar de los aportes de sus PAM, en particular de las mujeres adultas mayores, quienes en gran mayoría realizan las labores de cuidado de otros miembros, al interior de los hogares. Muchas parejas jóvenes salen a trabajar gracias a la contribución de las PAM en la atención de sus hijos e hijas, que no por ser remunerado, es menos importante.

Por otro lado, en nuestro país son pocos los canales institucionalizados para reforzar la participación ciudadana de las personas adultas mayores, con el fin de que se puedan estimular sus capacidades. Las organizaciones de nivel local y comunitario que están integradas por personas adultas mayores, no son reconocidas y promovidas de manera activa, con lo cual se disminuyen las posibilidades de participar no solo

en la gestión del desarrollo de su comunidad sino, inclusive, en programas y actividades en su propio beneficio.

6) Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores

La violencia es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de las sociedades. Se configura como un abuso de poder y de violación de los derechos fundamentales de las personas. Es la expresión de la intolerancia, basada en nociones erróneas acerca del envejecimiento, valoraciones apoyadas en prejuicios sobre los roles distintos que debe cumplir cada grupo en la sociedad (entre ellos, el de PAM) y en estereotipos de género, que justifican la inequidad. Las personas adultas mayores, y entre ellas, las mujeres, son una población altamente vulnerable frente al maltrato, especialmente en aquellas sociedades en transición demográfica que no están lo suficientemente preparadas para envejecer. Muchas mujeres adultas mayores sufren en sus hogares de maltrato por partida doble: por ser mujeres y por ser de avanzada edad. Asimismo, la familia y la sociedad, deben tomar conciencia, que tanto el abandono como el abuso financiero contra las PAM, son en nuestro medio una forma común de maltrato hacia ellos y ellas, lo cual se debe prevenir, denunciar y combatir.

Dado el proceso de progresivo envejecimiento de la población en el Perú, como sucede en el resto de países de América latina y el Caribe, y que la proporción de la población que vive en condiciones de pobreza y exclusión no decrece en la medida que se requiere, es preciso alertar sobre el escenario de alta vulnerabilidad que se configura, el mismo que atenta en contra del ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores.

En este contexto, es imprescindible implementar un Plan Nacional que promueva el buen trato y defensa de los derechos de las personas adultas mayores, favoreciendo la generación y/o fortalecimiento de

espacios y servicios públicos, que en el marco del proceso de descentralización, permitan enfrentar los problemas señalados y mantengan atenta vigilancia frente a todo hecho, acto u omisión que pueda poner en riesgo los derechos de las PAM o restringirles sus posibilidades de desarrollo personal y colectivo

c. Factores culturales

1) Hábitos alimenticios poco saludables y problemas nutricionales

La información estadística disponible señala que más de una cuarta parte de los hogares peruanos tiene al menos una persona adulta mayor con déficit calórico (ENAHO, I Trimestre de 2012). Esto se debe entre otros factores a la existencia de hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, aparte de la insuficiente ingesta calórica-proteica que afecta en mayor medida a los que viven en situación de pobreza. Y si bien un 7.4% de la población total de PAM es beneficiaria de al menos algún programa alimentario (ENAHO, II Trimestre de 2011), es preciso señalar que no existen programas dirigidos a las necesidades alimenticias específicas de este grupo poblacional. La difusión, información y educación en materia de hábitos alimentarios positivos, se presentan como tareas de necesidad urgente para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas adultas mayores de las distintas zonas geográficas del país.

El estado nutricional de la persona adulta mayor depende básicamente de la calidad y cantidad de la dieta alimenticia, así como del estado dentario, nivel fisiológico de la salud bucal y la capacidad para triturar los alimentos. Existen comportamientos masticatorios como consecuencia de la pérdida de piezas dentarias, compensando la fuerza y habilidad perdida para masticar, adaptando la consistencia, tamaño y forma de sus comidas o ingiriendo grandes cantidades de alimentos. El primer tipo de comportamiento induce a que se produzca un desbalance en la dieta y la segunda actitud podría causar una disminución en la

biodisponibilidad de nutrientes y también generar disturbios gástricos e intestinales.

En ambas situaciones, una dieta pobre en nutrientes o la disminución en la absorción de los mismos puede incrementar el riesgo de padecer algún trastorno ocasionado por unas inadecuadas prácticas alimenticias. Esta adaptación resulta en un incremento del consumo de comidas suaves, fáciles de masticar y restringe el consumo de alimentos más duros (ricos en proteínas).

Frecuentemente las personas adultas mayores, con extensa pérdida dentaria prefieren consumir alimentos suaves, fáciles de masticar los cuales poseen un bajo contenido proteico y vitamínico. Cuando el alimento es triturado insuficientemente, es deglutido casi entero o absorbido parcialmente en el tracto gastrointestinal produciéndose un desbalance desfavorable en su nutrición. Una correcta masticación nos permite deglutir los alimentos sin maltratar la mucosa orofaríngea e incrementar la disponibilidad superficial del bolo alimenticio para la acción enzimática gástrica.

El tamaño de las partículas en el estómago, es un factor que controla la velocidad del vaciamiento estomacal, a menor trituración existe un mayor tiempo de permanencia en el estómago y en consecuencia hay un incremento del jugo gástrico y una alteración en la correcta absorción en el tracto gastrointestinal. Por lo que la pérdida de dientes en los adultos mayores y gestantes les ocasiona, una disminución en la capacidad masticatoria, alterando la selección de alimentos y la calidad de dieta, lo que puede afectar el estado nutricional. En ese sentido, urge aumentar la oferta de intervenciones de salud bucal en la población adulta mayor, especialmente en la de extrema pobreza mediante la rehabilitación dental y protésica en forma gratuita.

2) Bajo nivel educativo y existencia de actitudes y prácticas que no favorecen el desarrollo personal y social de las PAM

Las personas que ahora tienen 60 y más años de edad pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron características permanentes durante varias décadas. En nuestro país, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares - H Trimestre 2012, el índice de analfabetismo en Personas Adultas Mayores asciende al 23,8%. Es decir, en la actualidad, una importante proporción de este grupo poblacional continúa sin saber leer y escribir, lo cual no solamente les impide alcanzar objetivos en distintos ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en salud y en el cuidado de su propia seguridad, sino también les resta oportunidades para elevar su bienestar y calidad de vida. El Censo de 2007 ya nos alertaba de la gravedad de la situación de las mujeres adultas mayores en lo que se refiere a su nivel educativo, quienes de acuerdo al INEI presentan una tasa de analfabetismo de 35.3 %, mientras que la tasa de analfabetismo de los hombres asciende a sólo 12.7%.

Si observamos el escenario rural, la situación es mucho más evidente. Más de la mitad de la población PAM es analfabeta (53.4%), y de cada diez PAM analfabetas, siete son mujeres. Al respecto, es preciso acotar que el analfabetismo de las mujeres de 60 años y más, es resultado de una cadena de situaciones de discriminación por razones de género, que se fueron acumulando a lo largo de su vida y que obviamente dificultaron el ejercicio de sus derechos ciudadanos y limitaron su participación en igualdad de condiciones, en los distintos ámbitos de la vida social y política.

Si bien es cierto, las tendencias a nivel nacional, indican cada vez más, una progresiva reducción de las tasas de analfabetismo; sin embargo, la población de 60 años y más, no se inscribe dentro de la tendencia señalada, siendo su distribución por nivel educativo completamente diferente a la que se da en grupos de otras edades a nivel nacional.

Diferencia que podría explicarse en parte, por la falta de infraestructura y la ausencia de metodologías, técnicas, planes y programas destinados a elevar el nivel educativo de este grupo poblacional, pero que principalmente tiene que ver con la discriminación de género que lleva a que el sector más afectado sean precisamente las mujeres.

No existen en nuestro medio programas de actualización, ya sea de capacitación o de educación no escolarizada, que les faciliten a las PAM de ambos sexos, integrarse de manera activa al quehacer ciudadano en todos sus aspectos, y evitar la reducción de sus posibilidades de desarrollo personal y el deterioro de sus relaciones interpersonales e intergeneracionales.

Asimismo, otro problema que no se ha logrado erradicar y que limita el desarrollo de las personas adultas mayores, es la discriminación por edad. Esta situación negativa está aún muy arraigada en nuestro país y se agudiza con la exclusión económica, social y política, que se combina con la discriminación de género ya antes señalada. Es por ello necesario definir estrategias que no sólo garanticen la mejora de la calidad de vida de las PAM, sino que también promuevan su participación e inclusión en la sociedad.

3.7. ACTITUDES

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. En la psicología social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un

objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, se definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

a. Componentes de la actitud

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de fishbein y ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -.
- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

b. Medición de la actitud

Al presentar los diversos tipos de preguntas que puede contener un cuestionario se afirmó que algunas de ellas formuladas en forma de proposiciones con alternativas de respuestas con diversos grados de intensidad estaban destinadas a medir actitudes. Una actitud medible puede ser:

- Un sentimiento positivo o negativo: estoy a favor o en contra.
- Una predisposición a actuar de cierta forma.
- El nivel agrado o desagrado por...
- **ESCALA DE LIKERT**

La escala de Likert (también denominada método de evaluaciones sumarias) se denomina así por rensis Likert, quién publicó en 1932 un informe donde describía su uso. Es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta).

Elaboración de la escala

- ✓ Preparación de los ítems iniciales; se elaboran una serie de enunciados afirmativos y negativos sobre el tema o actitud que se pretende medir, el número de enunciados elaborados debe ser mayor al número final de enunciados incluidos en la versión final.
- ✓ Administración de los ítems a una muestra representativa de la población cuya actitud deseamos medir. Se les solicita a los

sujetos que expresen su acuerdo o desacuerdo frente a cada ítem mediante una escala.

- ✓ Asignación de puntajes a los ítems; se le asigna un puntaje a cada ítem, a fin de clasificarlos según reflejen actitudes positivas o negativas.
- ✓ Asignación de puntuaciones a los sujetos; la puntuación de cada sujeto se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems.
- ✓ Análisis y selección de los ítems; mediante la aplicación de pruebas estadísticas se seleccionan los datos ajustados al momento de efectuar la discriminación de la actitud en cuestión, y se rechazan los que no cumplan con este requisito.
- ✓ **Ventajas y desventajas**
 - **Ventajas:** es una escala fácil y rápida de construir.
 - **Desventajas:** dos personas pueden obtener el mismo puntaje partiendo de elecciones distintas.

3.8. ACTITUD QUE ASUME EL ADULTO MAYOR FRENTE AL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es parte de la vida misma. Un proceso propio de nuestro ciclo vital que podemos enfrentar adoptando diferentes actitudes. A medida que envejecemos, experimentamos un mayor número de cambios importantes en la vida, incluida la jubilación, la pérdida de seres queridos, y los cambios físicos del envejecimiento. Envejecer bien o mal, digna o indignamente, sintiéndose parte importante de la sociedad o no, depende del punto de vista de quien evalúa su propia realidad. Sin embargo, no resulta sencillo hacerlo en la sociedad actual, que exalta los valores asociados a la juventud –como la belleza física o la capacidad para realizar

múltiples actividades—,fomentando la actitud combativa frente al envejecimiento, que promueve la sensación de “inutilidad” de las personas cuando se jubilan o de “fealdad” cuando aparecen las primeras arrugas. La actitud que adoptemos frente a la vejez es lo que hace la diferencia. Quienes la combaten, inevitablemente se frustrarán, limitando sus posibilidades de seguir contribuyendo a la sociedad desde las capacidades que posean. Quienes conviven con su vejez en armonía, aportarán desde el ejemplo, demostrando que es una etapa que presenta nuevas oportunidades, y que el desafío consiste en aprender a sacarle provecho de acuerdo a las posibilidades y deseos de cada uno.

El envejecimiento saludable es mucho más que mantenerse físicamente sano, se trata de mantener su sentido y el entusiasmo por la vida. Mientras que los signos específicos de envejecimiento saludable son diferentes para cada persona, los factores comunes son la buena salud mental y la capacidad de manejar el estrés. Conocer la fórmula básica para un envejecimiento saludable le ayudará a vivir con sentido y alegría a lo largo de su época más madura.

- **Actitud positiva vs. Actitud negativa**

Las buenas actitudes involucran considerar todas las situaciones de una manera positiva y tomar lo mejor de lo que sucede en la vida. Aquellos con actitudes negativas hacen lo contrario, ven las situaciones e incidentes negativamente.

3.9. LA ENFERMERA Y EL ADULTO MAYOR

El gran desafío en la atención de salud a la población consiste, sin lugar a dudas, en lograr equilibrar tres principios fundamentales: accesibilidad, oportunidad y equidad. La situación de salud aún presenta problemas por resolver por lo que el Ministerio ha orientado su actual función en otros tres principios: descentralización, satisfacción del usuario y participación.

Todos estos principios son los que sustentan el modelo de atención de salud actual focalizado en las personas y sus necesidades reales. Existe consenso en nuestra sociedad, que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud y que los servicios de salud y las entidades formadoras no se encuentran totalmente preparados para dar respuesta satisfactoria a esas demandas.

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

1.1.2. Prevención y educación para la salud

3.9.1.1. Prevención primaria

El objetivo de la atención en salud para los ancianos es mantener a las personas funcionando en un nivel óptimo de acuerdo con su edad. La promoción de la salud es igualmente importante para una persona anciana que para una persona joven. Los enfermeros en cualquier establecimiento de atención en salud tienen una oportunidad ideal para ayudar a las personas ancianas con la promoción de la salud. Incluso en las instituciones para cuidados agudos, en donde el foco de atención es la enfermedad, la enfermera debe identificar las necesidades prioritarias e introducir un programa educativo diseñado para mejorar el estilo de vida de la persona después de la hospitalización.

Las 4 áreas principales en las que la enfermera debe centrar su atención son los hábitos de salud (tabaquismo y alcoholismo), el ejercicio, la nutrición y las inmunizaciones.

a. Hábitos de salud:

En cualquier escenario, la valoración de enfermería debe incluir preguntas relacionada con el tabaquismo y el alcohol. Dejar de fumar puede traer beneficios positivos a la salud de una persona a cualquier edad. Una reducción de la incidencia de infecciones respiratorias y una mayor capacidad pulmonar son de ellos. El historial de un fumador no debe decir solo cuantos cigarrillos e fuma al día sino también qué significado tiene fumar para la persona, los habito relacionados con el tabaquismo (por ejemplo, comer y beber, leer, contestar el teléfono) y los intentos para dejar de fumar en el pasado. La enfermera puede ayudar al anciano a analizar su comportamiento relacionado con el tabaco para encontrar formas de reducir el consumo o dejarlo por completo. También puede motivarlo a afiliarse a programas especiales para fumadores.

El abuso de alcohol es un problema poco reconocido entre los ancianos. Los signos y síntomas son similares a los de otros procesos secundarios de envejecimiento: temblores, trastornos de sueño, anormalidades en l marcha, depresión y desnutrición. El anciano y su familia pueden negar la gravedad del problema y los profesionales de la salud pueden olvidarse de valorar al individuo con relación al abuso de alcohol.

Los ancianos tienen una menor tolerancia al alcohol debido a la menor capacidad del hígado para detoxificar y metabolizarlo. La sociedad y la depresión pueden intensificar los sentimientos que llevan al uso dl alcohol. Beber demasiado contribuye a la confusión, a las lesiones por caídas, al descuido personal y a la desnutrición. Los enfermeros deben estar siempre alertas a los síntomas que les insinúen el e alcohol y a formular preguntas con respecto a los hábitos en el consumo de bebidas alcohólicas. Deben enseñar a los pacientes sobre los cambios en el envejecimiento que agravan el efecto del alcohol e informarles acerca de organismos comunitarios disponibles para ofrecer ayuda en la solución de problemas relacionados con el alcohol, como alcohólicos anónimos.

b. Ejercicio

Un programa de ejercicios tiene muchos beneficios para la persona mayor, sin importar si lo hizo o no en el pasado. El ejercicio incrementa la resistencia, fortalece los músculos, mejora el sistema cardiovascular, incrementa el contenido de mineral en los huesos, disminuye la pérdida de calcio, incrementa la tasa de metabolismo basal, incrementa la hemoregulación, disminuye la somnolencia y disminuye la ansiedad.

Se recomienda una variedad de programas de ejercicios, de pendiendo de los intereses de la persona mayor. El mejor y más simple es un programa para caminar. Caminar de 30 a 60 min tres veces a la semana puede mejorar rápida y fácilmente la condición física.

Otras formas de ejercicios que les pueden interesar a las personas mayores son la natación, los ejercicios acuáticos, el ciclismo, la jardinería, la danza y muchos otros deportes. Cualquiera que sea el tipo de programa las siguientes directrices son importantes:

- Solicitar la opinión del médico antes de comenzar un programa de ejercicios vigoroso.
- No ejercitarse hasta el punto de disnea o dolor
- Detenerse si aparecen signos de intolerancia a la actividad: mareos, náuseas, palpitaciones o fatiga

Al aconsejar a los ancianos sobre un programa de ejercicios, la enfermera debe enseñarle a tomarse el pulso y a tratar de lograr un 75% a un 85% de la frecuencia cardíaca máxima. El ejercicio aeróbico, que incrementa el consumo de oxígeno y fortalece el sistema cardiovascular, debe realizarse tres o más veces a la semana para obtener un máximo beneficio.

c. Nutrición

Los requerimientos nutricionales de los ancianos difieren de los adultos más jóvenes. Los cambios físicos asociados al envejecimiento, cambios en el tracto intestinal, las enzimas digestivas y el metabolismo, todos afectan el estado nutricional. Los factores sociales pueden tener tanto impacto sobre la nutrición del individuo como los cambios físicos. Algunos de estos son la soledad, la dificultad para obtener alimentos, la dificultad para prepararlos y el aislamiento social. La desnutrición es común.

Las siguientes son las necesidades nutricionales de los ancianos:

- El consumo de calorías debe reducirse 5% por cada década entre las edades de 55 a 75 y 7% después de los 75 años de edad.
- Deben mantenerse los niveles de carbohidratos, pero deben obtenerse de las frutas, los cereales y el pan.
- Deben consumirse solo cantidades moderadas de alimentos con azúcar refinada (por ejemplo dulces, pasteles, galletas).
- Debe reducirse el consumo de proteínas, especialmente carnes rojas y productos lácteos con alto contenido de grasa. Debe incrementarse el consumo de pescado, pollo y verduras.
- Los niveles de grasas deben mantenerse, pero no deben representar más del 25% al 30% de consumo diario de calorías.
- Los suplementos vitamínicos no son necesarios a menos que la alimentación sea pobre. La capacidad de absorción y de almacenamiento de vitaminas declina con la edad. La deficiencia de vitamina D se presenta ocasionalmente.
- Los suplementos minerales no son necesarios a menos que el médico diagnostique una deficiencia. Las personas de más de 85 años de edad a menudo tienen deficiencia de calcio y zinc.

- El consumo de agua no debe modificarse, pero la deshidratación es común entre los ancianos, deben tomarse de 6 a 7 vasos de líquido en el día.

d. Inmunizaciones

Debe aconsejarse a las personas de las de 65 años de edad que se vacunen anualmente contra la gripe administrada en el otoño), una vez contra la neumonía (vacuna polivalente contra el neumococo 23 cepas) y contra el tétanos en caso de lesiones profundas o como refuerzo cada 10 años, como parte del examen físico anual. A medida que el sistema inmunológico envejece, el anciano se vuelve más susceptible a las enfermedades agudas transmisibles. La capacidad de reserva para recuperarse del estrés disminuye también. Los individuos en alto riesgo son aquellos con trastornos crónicos de los sistemas pulmonar y cardiovascular. La vacunación contra la gripe cambia anualmente debido a que se identifican diferentes cepas de virus cada año. El mejor consejo es hacer que los pacientes lo discutan con su médico. Algunas comunidades ofrecen vacunas contra la gripe a través de los departamentos locales de salud.

3.9.1.2. Prevención secundaria

a. Revisiones de salud

Las revisiones de salud son tan importantes para los ancianos como para los adultos más jóvenes. El anciano debe someterse a un examen físico anual.

Revisión de salud recomendada

Examen físico completo

Mujeres (examen de seno)

- ✓ Autoexamen (mensual)

- ✓ Profesional (anual)
- ✓ Mamografía (anual)
- ✓ Citología cervicovaginal y examen pélvico (anual)

Hombres (pene, escroto, testículos)

- ✓ Autoexamen (mensual)
- ✓ Profesional (anual)

Examen del recto

- ✓ Para hombres y mujeres (anual)
- ✓ Rectosigmoidoscopia cada 3 a 5 años después de dos exámenes anuales consecutivos con resultado negativo
- ✓ Examen de las heces para sangre oculta (anual)

Examen dental

- ✓ Examen oral para cáncer (cada 6 a 12 meses)

b. Medicamentos

Los ancianos usan una cantidad bastante desproporcionada de medicamentos en comparación con los adultos más jóvenes. La mayoría de los ancianos toman 3 o más agentes terapéuticos y las reacciones e interacciones medicamentosas son considerablemente más frecuentes. Cuatro problemas afectan a los ancianos cuando toman medicamentos: interacciones medicamentosas, reacciones adversas, interacciones entre los medicamentos y los alimentos, y errores en la medicación.

4. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

- a. **Título:** “Diagnostico Situacional De La Red Social Primaria Del Adulto Mayor De La Asociación Vida Nueva Del Distrito De José Luis Bustamante Y Rivero Arequipa 2007”

Autor: Florencia Cuno Sevincha

Conclusiones: El 62% de los adultos mayores que integran la asociación “vida nueva” son mujeres, el 64% o la mayoría de los socios han establecido un vínculo conyugal y sus edades sobrepasan los 62 años, en la mayoría de casos, y más de la mitad (53%) tiene estudios primarios incompletos, completos o no han concluido sus estudios secundarios; el 13% continua laborando en trabajos independientes, un 24% gozan de una pensión de jubilación lo que les permite su auto-sostenimiento, por este motivo no dependen directamente porque se auto sostienen.

- b. **Título:** Factores Biopsicosociales Asociados A Las Actividades De La Vida Cotidiana Del Adulto Mayor. Centro De Salud San Juan Del Distrito De Paucarpata, Arequipa, 2012.

Autor: Hilda Emiliana Macedo Valencia

Conclusiones: Los factores Biopsicosociales que se asocian a la vida cotidiana de los adultos mayores atendidos en el Centro De Salud San Juan del distrito de Paucarpata de Arequipa son los biológicos y psicológicos. El tipo de asociación que se da entre los factores biopsicosociales y las actividades de la vida cotidiana en los adultos mayores atendidos en el Centro De Salud San Juan del distrito de Paucarpata, es directa.

- c. **Título:** Influencia De La Educación En Salud En El Comportamiento De Adultos Mayores De 65 A 80 Años De Edad Atendidos En El Centro De Salud Alto Selva Alegre. Arequipa, 2012.

Autor: Andreina Julieta Corrales Tejada - Yuliana Raquel Carita Mamani

Conclusiones: Que, los adultos mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el centro de salud alto selva alegre, en porcentajes promedio menores al 50.0%, previa la educación sanitaria recibida, realizan sus cuidados personales, actividades motoras y recreativas, llevando una vida familiar buena; Y en porcentajes promedio mayores del 66.6% posterior a la educación sanitaria recibida realizan sus cuidados personales, actividades motoras y recreativas mejor su vida familiar en un 20.9%.

- d. **Título:** Algunos Factores que influyen en la actitud de las personas de la tercera edad, respecto al proceso de Envejecimiento, Pueblo Joven 4 de Octubre Socabaya, Arequipa 1995, Facultad de Enfermería.

Autor: Nancy Cansayo Condori

Conclusiones: La población constituida por 80 personas de la Tercera Edad del Pueblo Joven 4 de Octubre, el mayor porcentaje (63.75%), presenta una actitud positiva respecto al Proceso de Envejecimiento, siendo los Factores Socio-Culturales los que influyen de manera muy significativa en la actitud del Proceso de Envejecimiento

5. HIPÓTESIS:

Dado que el Envejecimiento es un Proceso Universal, progresivo, declinante, intrínseco e irreversible que asocia al paso del tiempo y está estrechamente vinculado con factores Biológicos, psicosociales y culturales.

Es probable que, los adultos mayores integrantes del Club del Adulto Mayor Rafael Belaunde presenten una actitud negativa frente al proceso del envejecimiento y que a su vez esta actitud se vea influenciada por factores biológicos, psicosociales y culturales.





CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO:

1.1 Técnica:

- Entrevista Estructurada y Observación Directa

1.2 Instrumento:

- Guía de Entrevista Estructurada, que contiene preguntas seleccionadas a los principales factores socio-culturales.
- Guía de Observación Directa, para valorar el factor Biológico
- Escala de Likert, para valorar las actitudes frente al proceso de Envejecimiento, Contiene en total 28 preguntas divididas de la siguiente manera:

- 08 preguntas referidas al factor biológico
- 11 preguntas referidas al factor psicosocial
- 09 preguntas referidas al factor cultural
- las preguntas se evaluaron mediante tres respuestas cerradas:
 - Actitud positiva Sí= 3 Indiferente=2 No=1
 - Actitud negativa Sí= 1 Indiferente=2 No=3
- Se reconoció los ítems de valoración directa (13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27 y 28) y los de valoración inversa (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 y 25).
- Para determinar la actitud total se multiplicó los 28 por 3, obteniendo como máximo 84 puntos para cada persona.
- Se evaluó la actitud frente al envejecimiento de la siguiente manera:
 - Si la persona obtiene de 56 a 84 puntos se considera actitud positiva.
 - Si la persona obtiene de 28 a 56 puntos se considera actitud negativa.
- Para determinar la influencia de los principales factores biológico, psicosocial y cultural en la actitud frente al envejecimiento se obtiene:
 - Factor biológico $8 \times 3 = 24$ puntos
 - Actitud positiva (de 17 a 24)
 - Actitud negativa (de 8 a 16)
 - Factor psicosocial $11 \times 3 = 33$
 - Actitud positiva (de 23 a 33)
 - Actitud negativa (de 11 a 22)
 - Factor cultural $9 \times 3 = 27$

- Actitud positiva (de 19 a 27)
- Actitud negativa (de 9 a 18)

- Actitud negativa= rechaza proceso de envejecimiento.

- Actitud positiva = acepta el proceso de envejecimiento.

2 CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1 Ubicación espacial:

Esta investigación se realizara en el Puesto De Salud Rafael Belaunde, ubicado en la urb. Rafael Belaunde Diez Canseco Zn B Mz U Lote 9 – Cayma

El puesto de salud brinda atención en los siguientes servicios: obstetricia, medicina, dental, enfermería, tóxico y emergencia, nutrición y psicología.

La atención brindada se da en el horario de: lunes – sábado de 8:00 HRS– 19:00 HRS

2.2 Ubicación temporal:

La investigación tuvo una duración de 6 meses, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del presente año.

2.3 Unidades de estudio:

• Universo:

En el presente estudio de investigación las unidades de estudio están constituidos por el total de 33 Adultos Mayores de ambos sexos que acudieron al Club del adulto mayor Rafael Belaunde del puesto de salud, siendo el universo.

✓ **Criterio de inclusión:**

- Adultos Mayores de 60 años de ambos sexos.
- Adultos que deseen participar

✓ **Criterio de exclusión:**

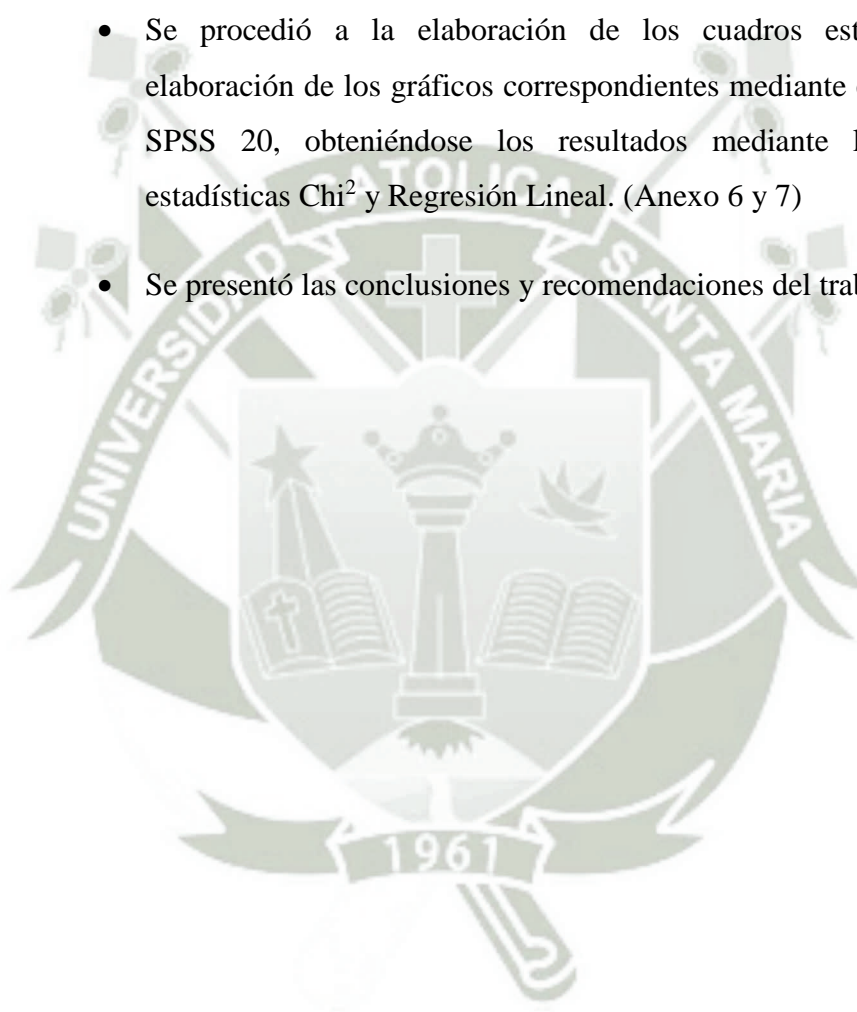
- Adultos mayores que no deseen participar de la investigación.
- Adultos mayores incapacitados para comunicarse.

3 **ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

3.1 **ORGANIZACIÓN**

- Coordinación con la Señora Decana Mgter. Ruth Romero de Rodríguez para la asignación de jurado.
- Coordinación con la Señora Decana Mgter. Ruth Romero de Rodríguez a fin de que expida las solicitudes pertinentes para la realización de las encuestas en el Puesto de Salud Rafael Belaunde.
- Coordinación con la Obstetra encargada del Puesto De Salud Rafael Belaunde – Cayma.
- Se validó los instrumentos hallando la fiabilidad de los mismos mediante el estadístico Alfa de Cronbach. (Anexo 8)
- Se solicitó el conocimiento informado a cada unidad de estudio.
- Se realizó la recolección de datos aplicando los instrumentos.
 - ✓ Guía de observación directa, para evaluar factor biológico
 - ✓ Guía de entrevista estructurada para evaluar factor psicosocial y cultural.

- ✓ Escala de Likert para conocer actitudes frente al envejecimiento.
- Dicho instrumento se aplicó a cada adulto mayor y tuvo una duración de 25 min.
- Concluida la recolección de datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.
- Se procedió a la elaboración de los cuadros estadísticos y elaboración de los gráficos correspondientes mediante el programa SPSS 20, obteniéndose los resultados mediante las pruebas estadísticas χ^2 y Regresión Lineal. (Anexo 6 y 7)
- Se presentó las conclusiones y recomendaciones del trabajo.





PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Población de estudio según Actitud frente al Proceso de Envejecimiento en los adultos mayores evaluados, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Actitud negativa	2	6,1
Actitud positiva	31	93,9
Total	33	100,0
Media: 66.2727		
Desviación típica: 7.30		

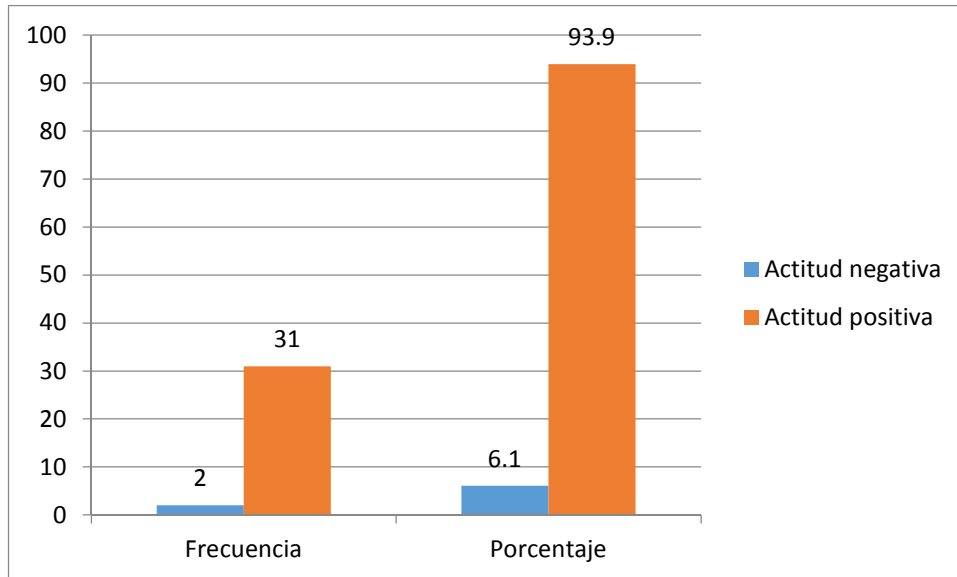
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

La tabla y el gráfico 1 presentan la actitud de los adultos ante el envejecimiento. El 93.9% de los adultos mayores del Puesto de Salud Rafael Belaunde, tienen una actitud positiva, mientras que sólo el 6.1% manifiesta una actitud negativa. Esta información se corrobora con el valor de la media que en este caso es 66.2727 que en la escala de calificación del instrumento que mide la actitud frente al envejecimiento corresponde a Actitud Positiva.

De lo dicho se deduce que en general, sea cualquiera la condición de vida particular, hay una buena actitud frente al proceso de Envejecimiento. En adelante, deberá tenerse en cuenta, que los factores negativos inciden sobre el pequeño porcentaje aquí mencionado, en cambio, los factores positivos lo hacen sobre el mayor grupo de 93.9%.

Toda la información que se está presentando tiene una desviación típica de 7.30. Esto quiere decir que hay excelentes condiciones de concentración de datos alrededor de la media, esto da fiabilidad de contenido a los resultados que se obtengan a partir de esta información.

Gráfico 1: Población de estudio según Actitud frente al Proceso de Envejecimiento en los adultos mayores evaluados, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTITUD DE LOS ADULTOS MAYORES FRENTE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Cabe precisar que con respecto a cada factor, se presenta una tabla de frecuencias, valores hallados de chi-cuadrado, y una relación gráfica y otra matemática de regresión lineal que permite determinar y predecir la causalidad.

Para las pruebas de Chi-Cuadrado, se aplicará el siguiente criterio de decisión:

- Si X^2 hallado $> \alpha$ se aprueba la hipótesis nula.
- Si X^2 hallado $< \alpha$ se aprueba la hipótesis de investigación

O también:

- Si valor Chi-Cuadrado a 'n' grados de libertad es menor que el valor de tabla, se aprueba la hipótesis nula.
- Si valor Chi-Cuadrado a 'n' grados de libertad es mayor que el valor de tabla, se aprueba la hipótesis de investigación.

Teniendo presente que:

- X^2 hallado es el valor de significancia obtenido actualmente.
- X^2 de tabla es el valor establecido que permite discriminar si se aprueba o se rechaza la hipótesis nula.
- α es el criterio de decisión 0.05.
- X^2 hallado a 'n' grados de libertad se obtiene en cada operación.

En adelante, todas las interpretaciones se realizarán teniendo presente este supuesto.

1. FACTORES BIOLÓGICOS

Tabla 2: Población de estudio por EDAD según Actitud Frente al Envejecimiento, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud negativa	Actitud positiva	
Edad	62-70	Frecuencias	2	11	13
		% del total	6,1%	33,3%	39,4%
	71-78	Frecuencias	0	10	10
		% del total	0,0%	30,3%	30,3%
	79 a más	Frecuencias	0	10	10
		% del total	0,0%	30,3%	30,3%
Total	Frecuencias	2	31	33	
	% del total	6,1%	93,9%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores de chi-cuadrado:

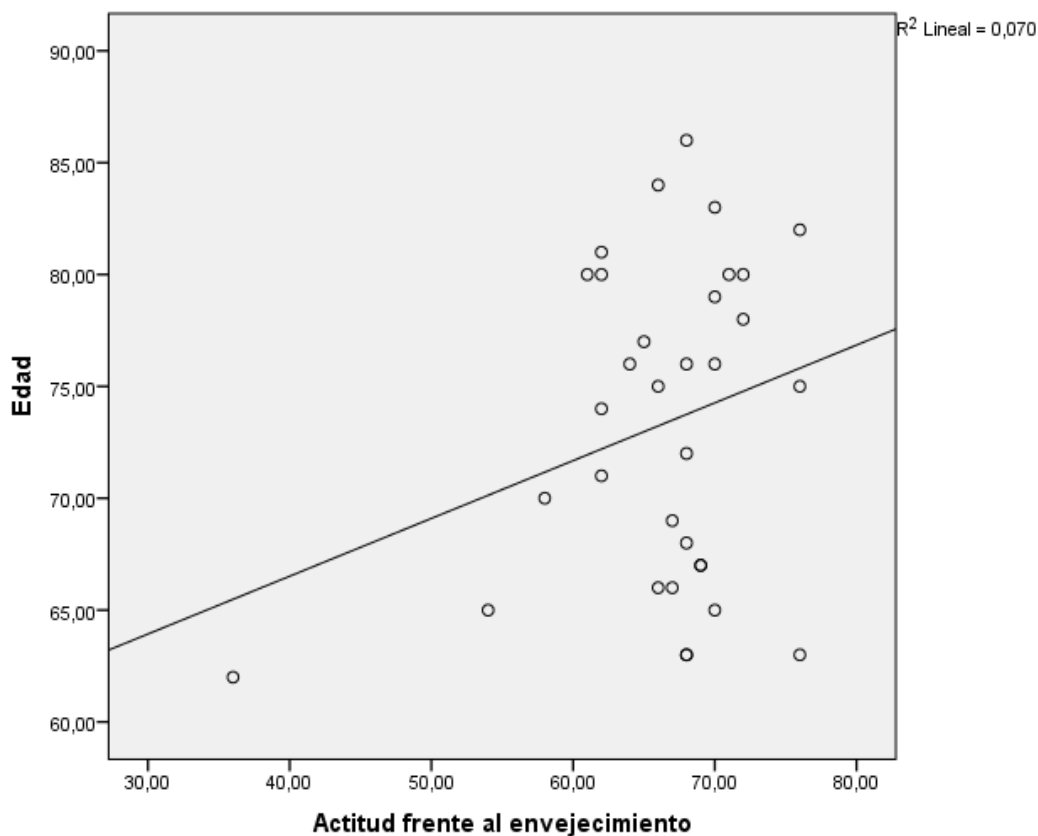
X^2 hallado = 0.194. Valor hallado a 2 grados de libertad = 3,275.

X^2 hallado $> \alpha$. X^2 hallado a 2 grados de libertad $< X^2$ de tabla.

Por tanto, se aprueba la hipótesis nula de no-relación significativa del factor edad en la actitud frente al envejecimiento.

Además, en la tabla 2, se puede apreciar una vez más que la actitud positiva frente al envejecimiento es del 93.9%, y que sólo el 6.1% tiene actitud negativa.

Gráfico 2: Población de estudio por EDAD según Actitud Frente al Envejecimiento, Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: edad – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.070 $0.70 \times 100 = 7\%$.

Mediante la regresión lineal (gráfico 2) se ha establecido que la edad explica e influye en la actitud de los adultos mayores ante el envejecimiento en un 7%.

Sin embargo, se puede ver que en el gráfico la diagonal es resultado de una consideración global, pero no intersecta a las frecuencias. Por esta razón, el resultado es sólo de una influencia de 7%, un valor poco significativo que no mereció ser reconocido en el chi-cuadrado.

Tabla 3: Población de Estudio por SEXO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Sexo	Varón	Frecuencias	0	8	8
		% dentro de Sexo	0,0%	100,0%	100,0%
	Mujer	Frecuencias	2	23	25
		% dentro de Sexo	8,0%	92,0%	100,0%
Total	Frecuencias		2	31	33
	% dentro de Sexo		6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

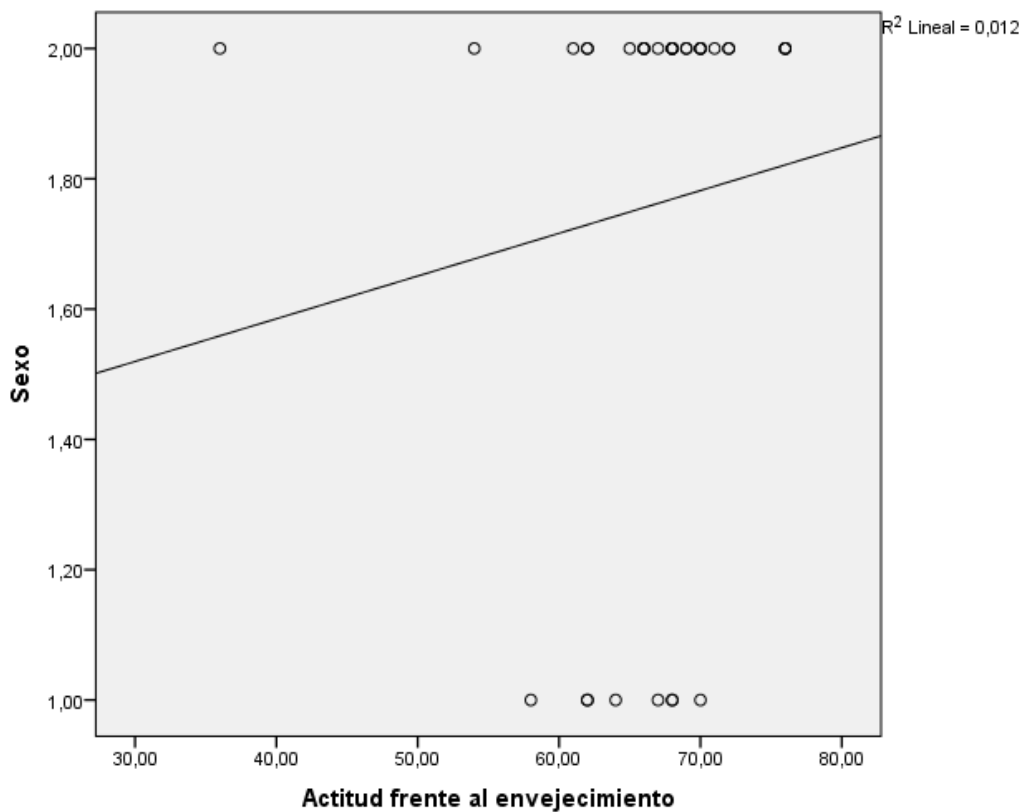
X^2 hallado = 0,409. Valor hallado a 1 grado de libertad: 0,681.

Por tanto, se determina que X^2 hallado $> \alpha$. X^2 hallado a 1 grado de libertad $< X^2$ de tabla.

En la tabla 3 se aprueba la hipótesis nula de que el sexo no influye significativamente en la actitud frente al envejecimiento.

Además, mediante la tabla 3, se concluye que el sexo femenino tiene 6.1% de frecuencias en la actitud negativa.

Gráfico 3: Población de Estudio por SEXO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: sexo – actitud frente al envejecimiento:
Regresión (R2) = 0.012 $0.012 \times 100 = 1.2\%$.

Además, se percibe que la línea diagonal no interseca con ningún punto, sino que esta se ha formado en referencia general.

Por tanto, se concluye que el sexo influye en la actitud ante el envejecimiento (lo explica, es predictora) sólo en un 1.2%. Es un resultado poco significativo, motivo por el cual, el chi-cuadrado no lo tiene en consideración.

Tabla 4: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA APARIENCIA FÍSICA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Apariencia física	Deteriorada	Frecuencias	1	11	12
		% del total	3,0%	33,3%	36,4%
	Conservada	Frecuencias	1	20	21
		% del total	3,0%	60,6%	63,6%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

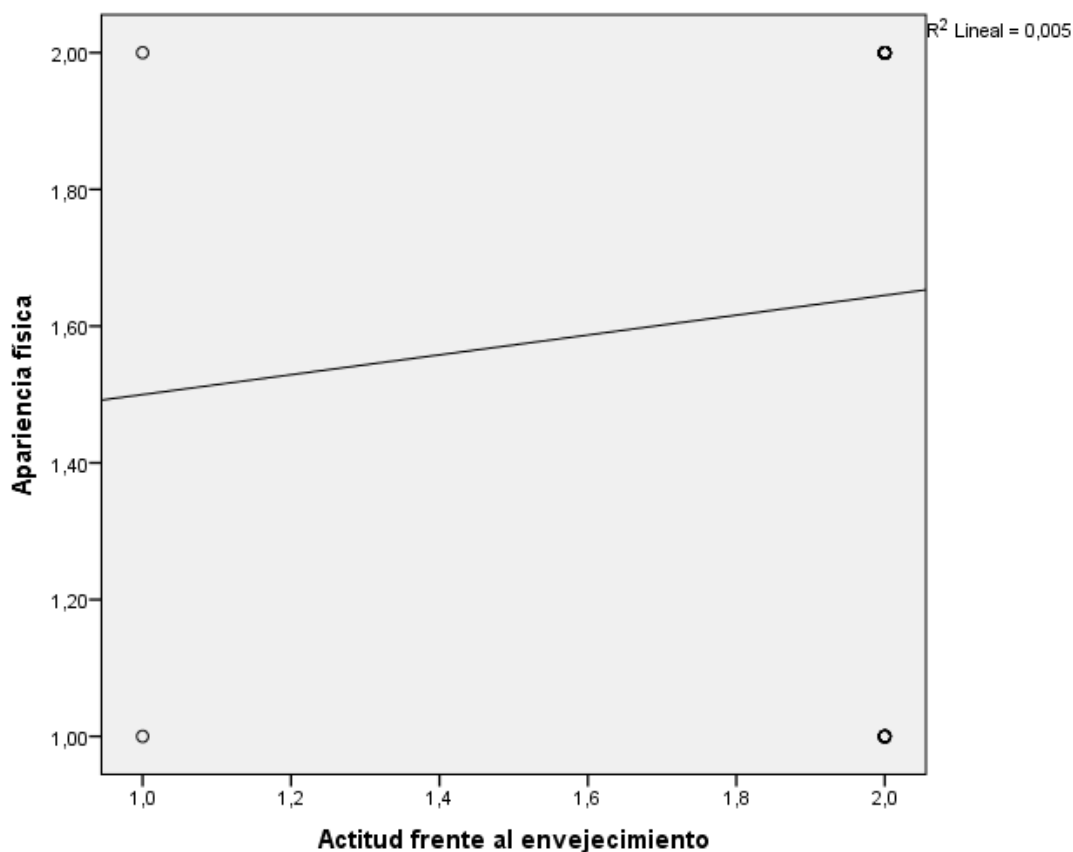
Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.679$. Valor 0.171 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$ por tanto, se aprueba la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

La tabla 4 presenta a nivel general una actitud positiva desde la perspectiva de la apariencia física conservada y deteriorada. No hay valores significativos que marquen una tendencia clara.

Gráfico 4: Población de Estudio por SEXO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: apariencia física – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.005

$0.005 \times 100 = 0.5\%$. La apariencia física explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.5% (grafico 4). Por tanto, es muy poca la influencia de la apariencia física en la actitud frente al envejecimiento, ya lo había dejado entrever el chi-cuadrado.

Tabla 5: Población de Estudio por ESTADO DE CONSERVACION DE LA PIEL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Piel	Deteriorada	Frecuencias	1	11	12
		% del total	3,0%	33,3%	36,4%
	Conservada	Frecuencias	1	20	21
		% del total	3,0%	60,6%	63,6%
Total	Frecuencias		2	31	33
	% del total		6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

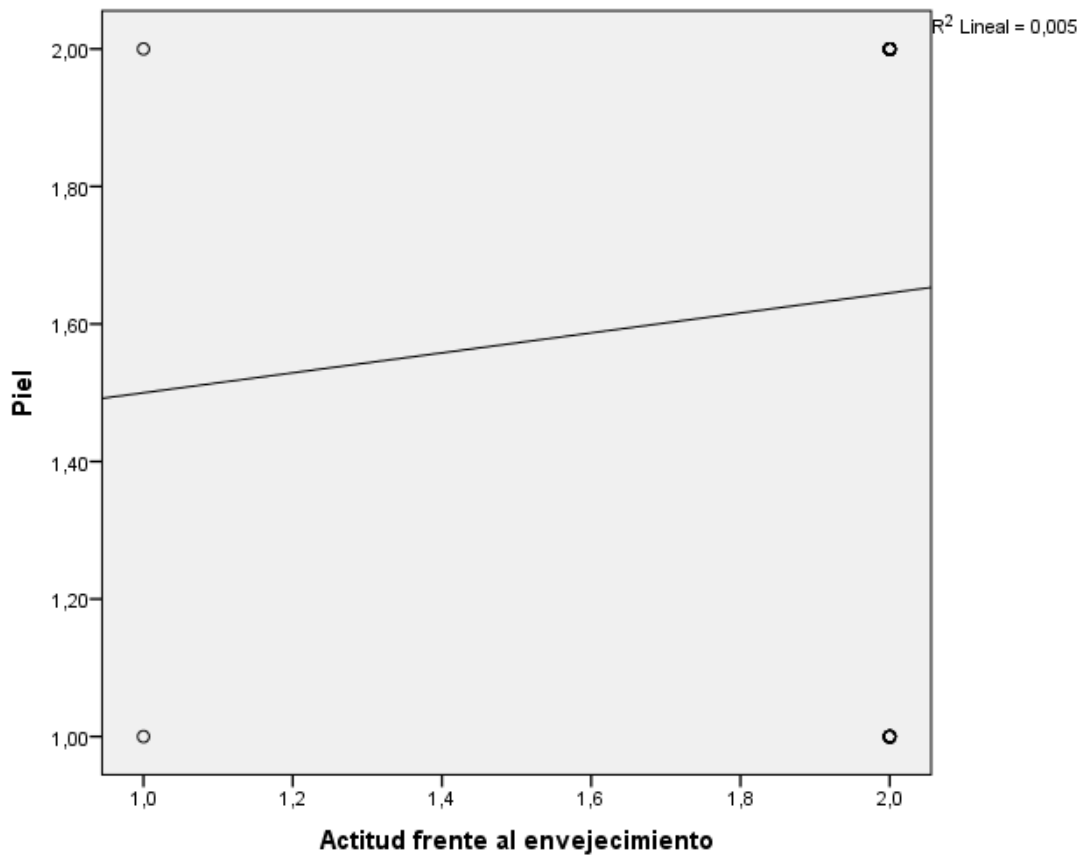
Valores hallados:

$X^2 h = 0.679$. Valor 0.171 a 1 grado de libertad. $X^2 t = 2.84$.

$X^2 h > \alpha$. Se aprueba la hipótesis nula de que la apariencia física no influye en la actitud frente al envejecimiento.

En la tabla 5 hay una actitud positiva en general, sin datos contundentes que indiquen una tendencia.

Gráfico 5: Población de Estudio por ESTADO DE CONSERVACION DE LA PIEL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: piel – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R2) = 0.005

0.005 x 100 = 0.5%. La piel explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.5% (gráfico 5). Se concluye que la regresión lineal no encontró una influencia significativa de la apariencia física en la variable dependiente, objeto de este estudio.

Tabla 6: Población de Estudio por ESTADO DE LA VISION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Visión	Deteriorada	Frecuencias	1	22	23
		% del total	3,0%	66,7%	69,7%
	Conservada	Frecuencias	1	9	10
		% del total	3,0%	27,3%	30,3%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

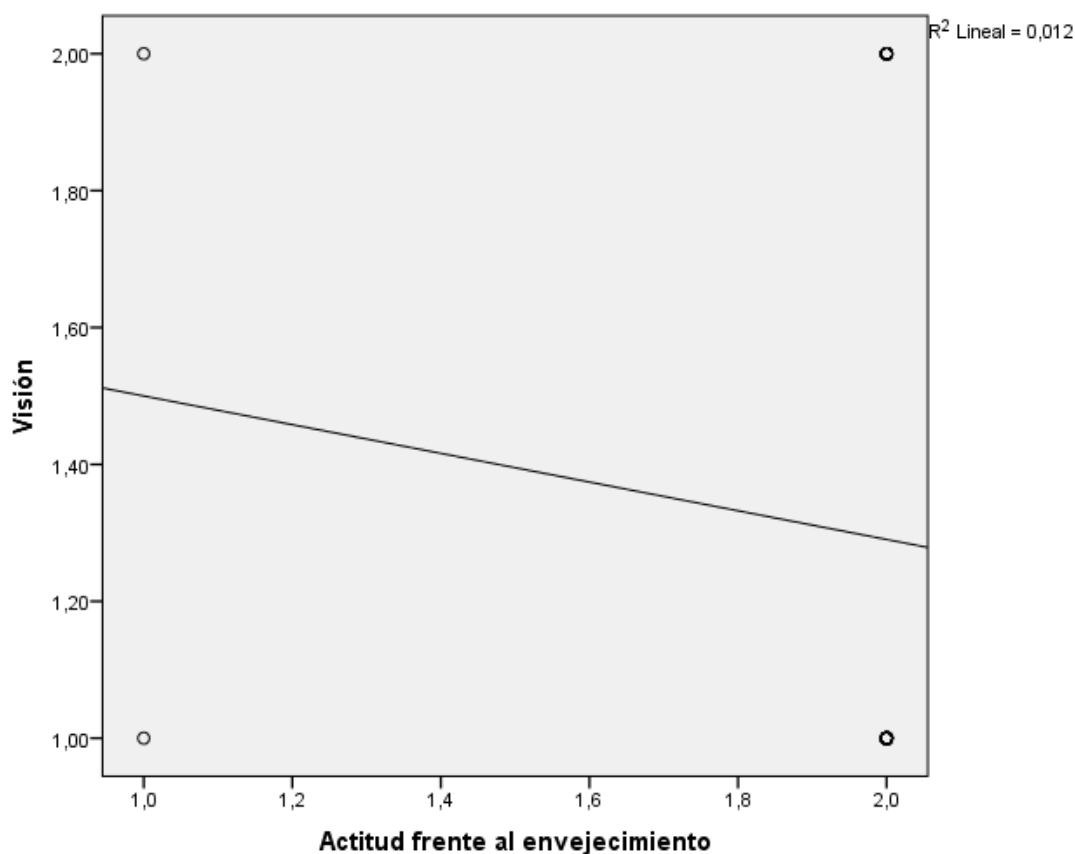
Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.532$. Valor 0.391 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$. Se aprueba la hipótesis nula y rechaza la hipótesis de influencia de la visión en la actitud.

En general hay una actitud positiva, sin valores significativos que indiquen una tendencia.

Gráfico 6: Población de Estudio por ESTADO DE LA VISION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: visión – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.012

$0.012 \times 100 = 1.2\%$. La visión explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 1.2%. Se trata de una influencia poco significativa, que por tal razón, el chi cuadrado ya lo había desestimado.

Tabla 7: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA AUDICION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Audi- ción	Deterio- rada	Frecuencias	1	16	17
		% del total	3,0%	48,5%	51,5%
	Conserv ada	Frecuencias	1	15	16
		% del total	3,0%	45,5%	48,5%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

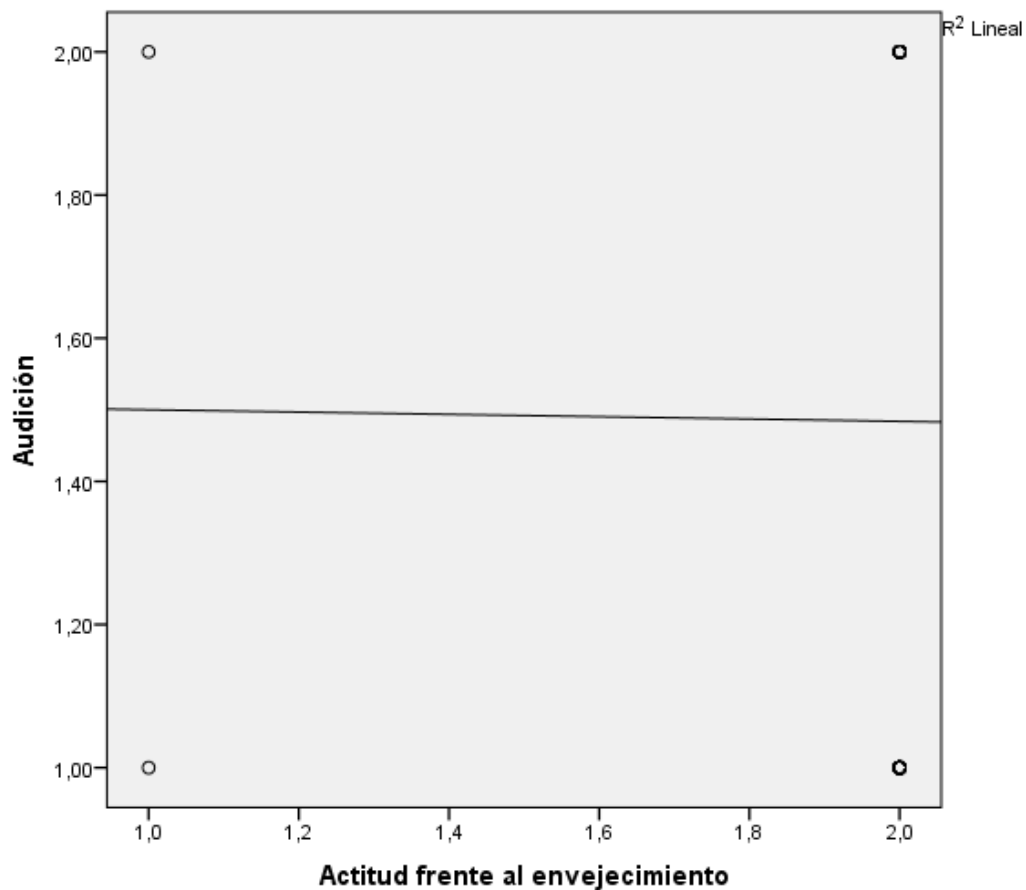
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.965$. Valor 0.002 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$, lo cual indica que los datos están del lado de la hipótesis nula. Se rechaza la hipótesis de que la audición pueda predecir los resultados de la actitud frente a al envejecimiento.

Gráfico 7: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA AUDICION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: audición – actitud frente al envejecimiento: Regresión

$$(R^2) = 0.00593 \quad 0.00593 \times 100 = 0.5\%$$

La audición explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.5%. La diagonal del gráfico 7, con una intersección sin frecuencias, deja entrever poca influencia de la variable audición.

Tabla 8: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA MASTICACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Mastica- ción	Mala	Frecuencias	1	16	17
		% del total	3,0%	48,5%	51,5%
	Buena	Frecuencias	1	15	16
		% del total	3,0%	45,5%	48,5%
Total	Frecuencias		2	31	33
	% del total		6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

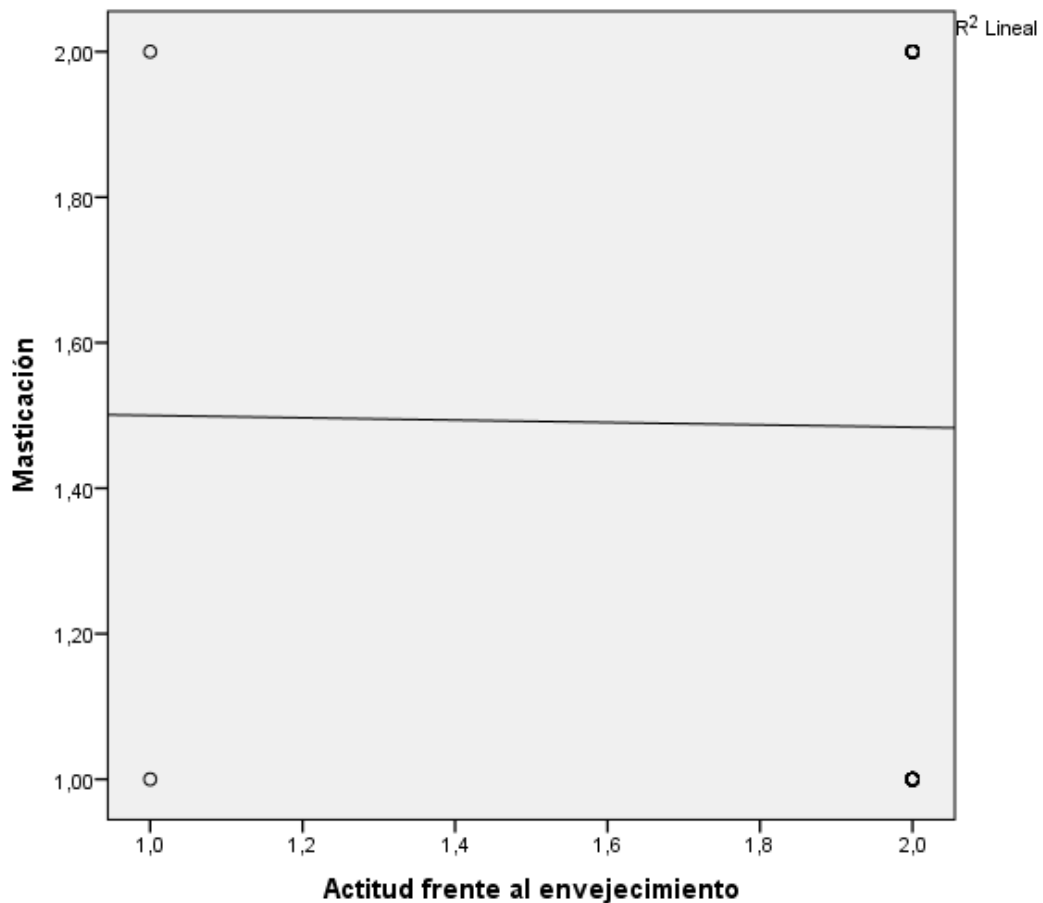
Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.965$. Valor 0.002 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$, se concluye que el factor masticación no influye significativamente en la actitud senil.

En general, la tabla 8 presenta actitudes positivas, sin tendencias que valgan una mención especial.

Gráfico 8: Población de Estudio por CAMBIOS DE LA MASTICACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: masticación – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.00593 $0.00593 \times 100 = 0.5\%$.

La masticación explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.5%. Por tanto, la influencia de la masticación no es significativa sobre las actitudes de los mayores.

Tabla 9: Población de Estudio por CAMBIOS EN LA DENTADURA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Dentadura	Ausencia dentaria	Frecuencias	0	21	21
		% del total	0,0%	63,6%	63,6%
	D. Postiza	Frecuencias	0	5	5
		% del total	0,0%	15,2%	15,2%
	Conservada	Frecuencias	2	5	7
		% del total	6,1%	15,2%	21,2%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

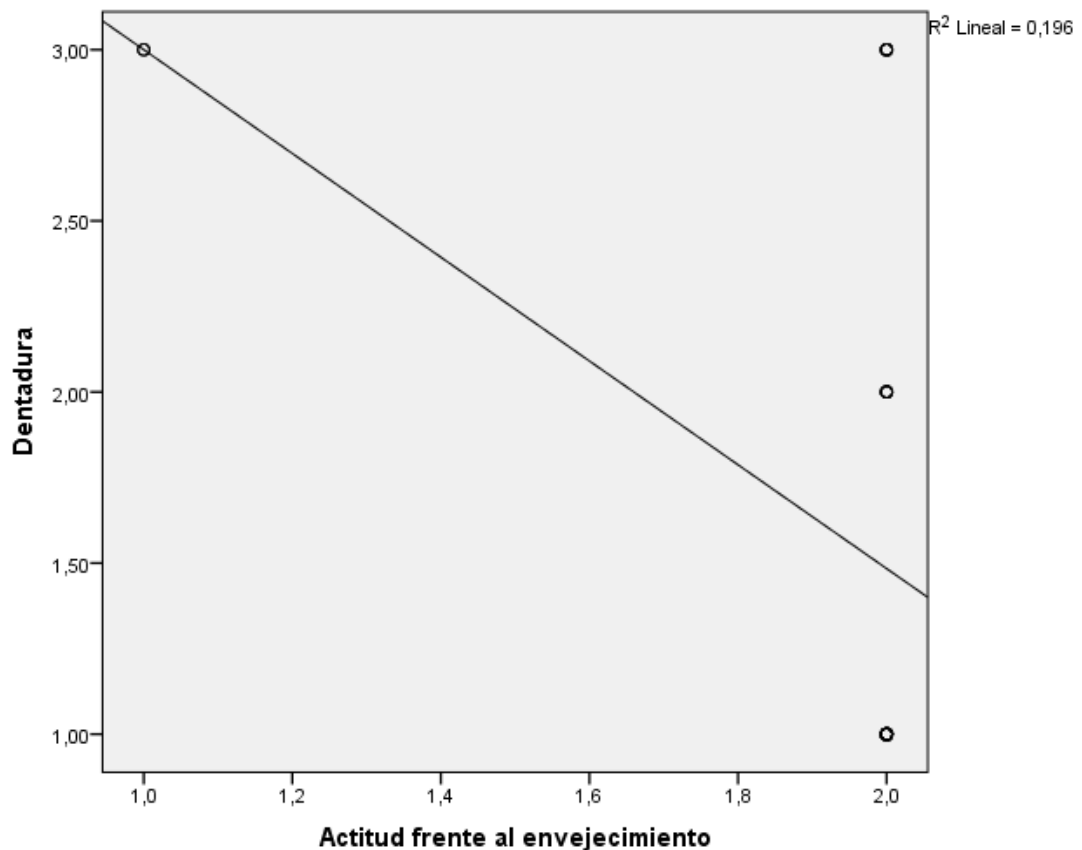
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

$X^2 h = 0.019$. Valor 7.908 a 2 grados de libertad. $X^2 t = 5.99$.

$X^2 h < \alpha$. Esto quiere decir que el factor Dentadura tiene relación con la variable con la actitud frente al envejecimiento. Además, la tabla 9 deja ver que todos los que tienen ausencia dentaria tienen una actitud positiva, pero quien conserva su dentadura tiene cierta tendencia a una actitud negativa.

Gráfico 9: Población de Estudio por CAMBIOS EN LA DENTADURA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: dentadura – actitud frente al envejecimiento: Regresión (R^2) = 0.196 $0.196 \times 100 = 19.6\%$.

La dentadura explica la actitud ante el envejecimiento en un 19.6%, esto es lo mismo que decir: la dentadura es un predictor de actitud frente al envejecimiento en un 19.6%. Este resultado es muy significativo. La diagonal invertida del gráfico 16 precisa que a mayor ausencia de dentadura se tiene mayor actitud positiva, y ante la presencia de dentadura hay menor actitud positiva.

Tabla 10: Población de Estudio por ACTIVIDADES DIARIAS según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Realiza actividades diarias	No	Frecuencias	0	1	1
		% del total	0,0%	3,0%	3,0%
	Sí	Frecuencias	2	30	32
		% del total	6,1%	90,9%	97,0%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: base de datos del estudio de campo, anexo 2.

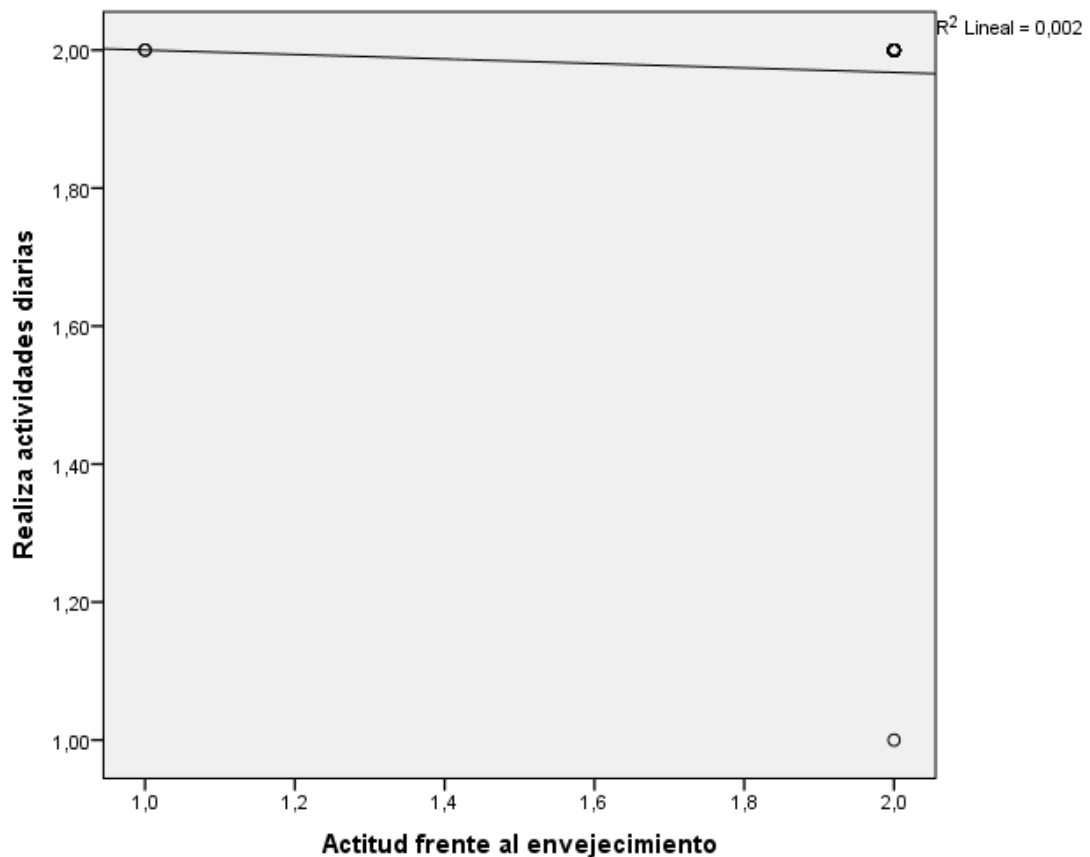
Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.796$. Valor 0.67 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$ por tanto, se aprueba la hipótesis nula. No hay relación entre la realización de las actividades diarias y la actitud personal frente a la vejez.

Por otra parte, la tabla 10 deja ver que hay cierta tendencia de los que sí realizan sus actividades diarias con normalidad hacia una actitud negativa, pero en cambio, todos los que no lo pueden hacer tienen actitud positiva.

Gráfico 10: Población de Estudio por ACTIVIDADES DIARIAS según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: realiza actividades diarias – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R2) = 0.002

$0.002 \times 100 = 0.2\%$. La realización de actividades diarias explica la actitud ante el envejecimiento en un 0.2%. La influencia de la realización de las actividades diarias en la actitud personal de los ancianos es poco significativa.

Tabla 11: Población de Estudio por MOVILIZACION (SE VALE POR SI MISMO) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Se vale por sí mismo	No	Frecuencias	1	5	6
		% del total	3,0%	15,2%	18,2%
	Sí	Frecuencias	1	26	27
		% del total	3,0%	78,8%	81,8%
Total	Frecuencias	2	31	33	
	% del total	6,1%	93,9%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

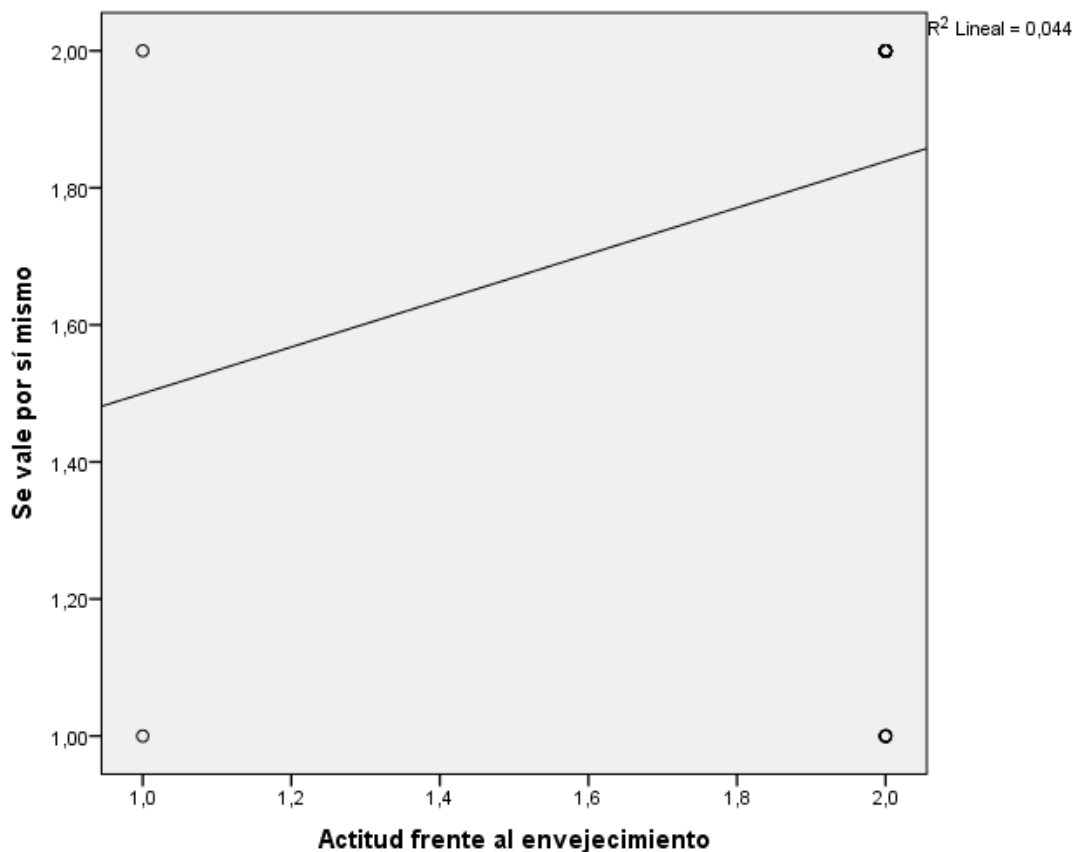
Valores hallados:

$X^2 h = 0,229$. Valor 1.449 a 1 grado de libertad. $X^2 t = 2,84$.

$X^2 h > \alpha$, por tanto, se aprueba la hipótesis nula de que el valerse por sí mismos no influye significativamente en la actitud personal frente al envejecimiento.

Según la tabla 11, el 78.8% de los encuestados, sí puede valerse por sí mismo. En general, hay una actividad positiva.

Gráfico 11: Población de Estudio por MOVILIZACION (SE VALE POR SI MISMO) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: se vale por sí mismo – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R2) = 0.044 $0.044 \times 100 = 4.4\%$.

El valerse por sí mismo explica la actitud ante el envejecimiento en un 4.4%. Aunque no es un valor alto, pero se debe reconocer que hay un cierto grado de influencia de la variable valerse por sí mismos sobre la actitud ante el envejecimiento.

Tabla 12: Población de Estudio por MOVIMIENTO (SE MOVILIZA CON DIFICULTAD) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Se moviliza con dificultad	No	Frecuencias	1	24	25
		% del total	3,0%	72,7%	75,8%
	Sí	Frecuencias	1	7	8
		% del total	3,0%	21,2%	24,2%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

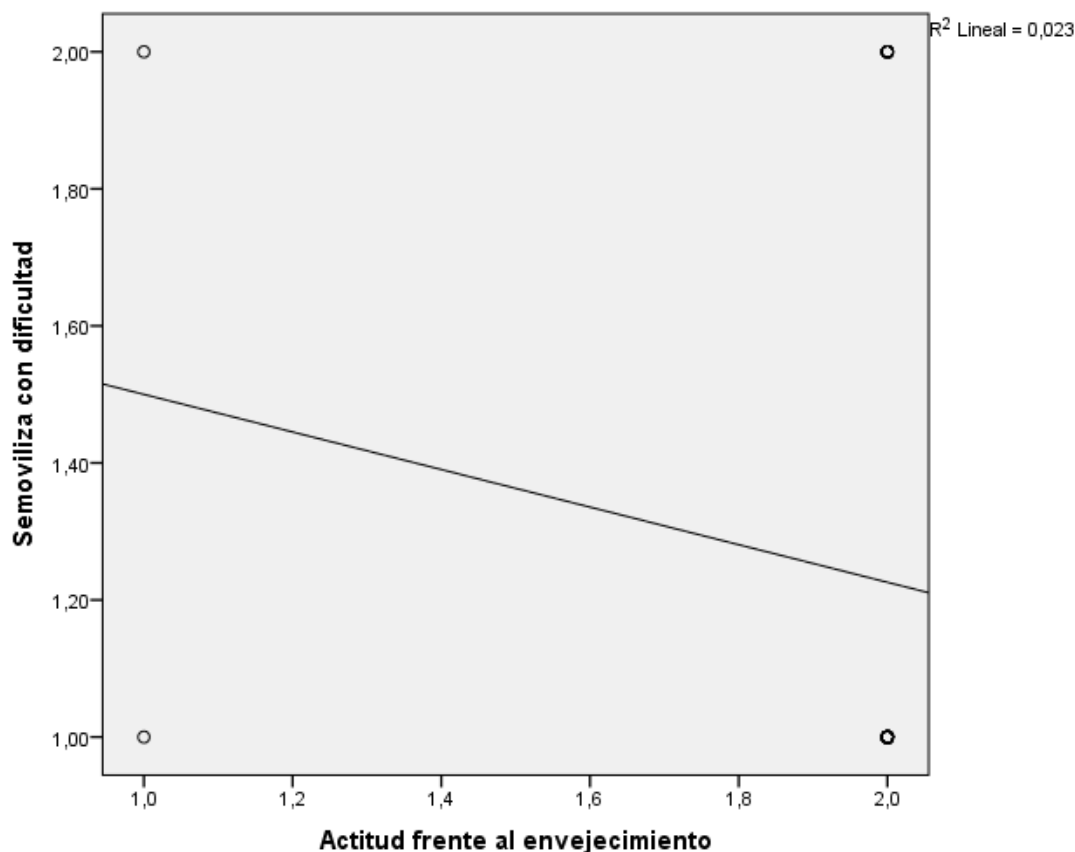
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.380$. Valor 0.769 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$. Se aprueba la hipótesis nula y se rechaza la de investigación. La movilización personal no influye significativamente en la actitud frente al envejecimiento. Por otra parte, la tabla 12 deja ver que 24.2% de las unidades de estudio se movilizan con dificultad, pero en general, hay una actitud positiva.

Gráfico 12: Población de Estudio por MOVIMIENTO (SE MOVILIZA CON DIFICULTAD) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: se moviliza con dificultad – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.023 $0.023 \times 100 = 2.3\%$.

Las movilización con dificultad explica la actitud ante el envejecimiento en un 2.3%. Es pequeña la influencia y no significativa como para condicionar la actitud de las personas mayores que aquí se estudia.

Tabla 13: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECESITA BASTON, MULETA U OTROS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Necesita bastón, muletas u otros	No	Frecuencias	1	26	27
		% del total	3,0%	78,8%	81,8%
	Sí	Frecuencias	1	5	6
		% del total	3,0%	15,2%	18,2%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

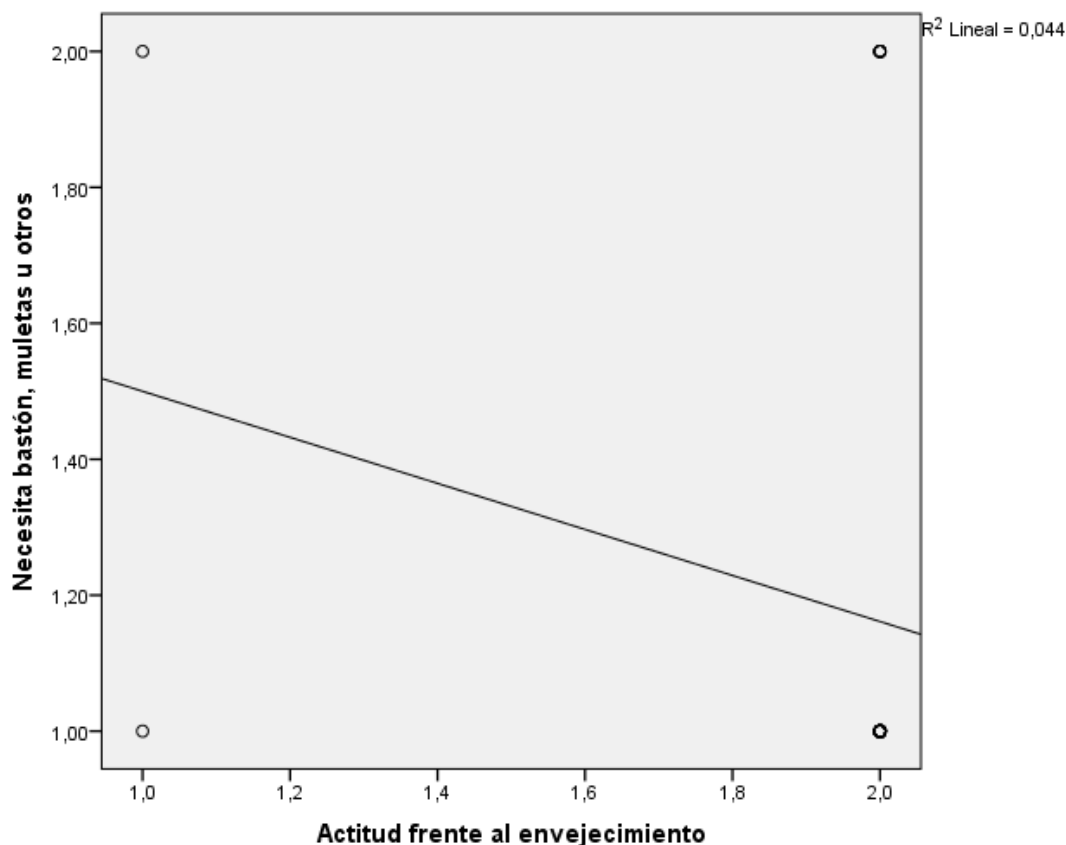
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.229$. Valor 1.449 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$, por tanto, se rechaza la hipótesis de influencia de la discapacidad en la actitud frente al envejecimiento.

Gráfico 13: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECESITA BASTON, MULETA U OTROS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: necesita bastón, muletas y otro – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R²) = 0.044 0.044 x 100 = 4.4%.

La necesidad de implementos como bastón, muletas y otros, explican la actitud ante el envejecimiento en un 4.4%. Es una influencia todavía baja que no puede condicionar actitudes de manera significativa.

Tabla 14: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECESITA AYUDA DE OTRAS PERSONAS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

		Actitud frente al envejecimiento		Total	
		Actitud negativa	Actitud positiva		
Necesita ayuda de otras personas	No	Frecuencias	2	23	25
		% del total	6,1%	69,7%	75,8%
	Sí	Frecuencias	0	8	8
		% del total	0,0%	24,2%	24,2%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

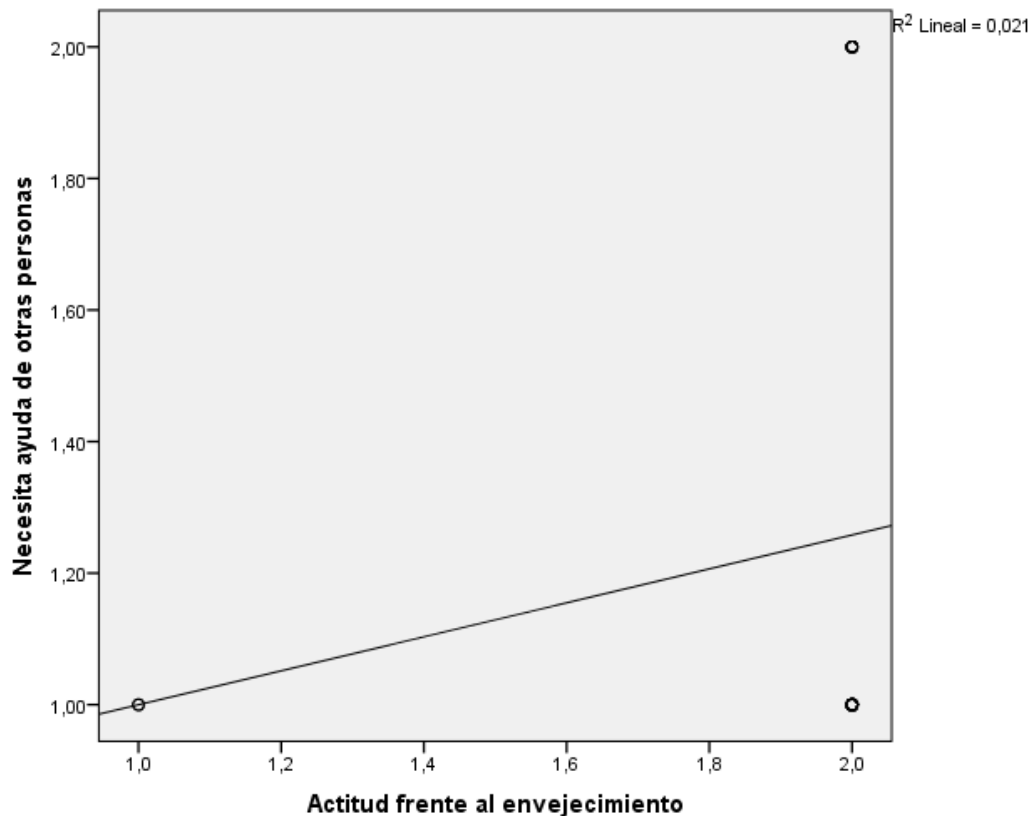
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.409$. Valor 0.681 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$. Esto quiere decir que la necesidad de apoyo de otras personas no influye significativamente en la actitud hacia el envejecimiento. Al obtener este resultado se debe tener en cuenta que es el 24.2 % de personas que necesitan ayuda de otros, y aun así, en su totalidad, se sienten con actitud positiva.

Gráfico 14: Población de Estudio por MOVILIZACION (NECESITA AYUDA DE OTRAS PERSONAS) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: necesita ayuda de otras personas – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.021 $0.021 \times 100 = 2.1\%$.

La necesidad de ayuda de otras personas explican la actitud ante el envejecimiento en un 2.1%. Es decir, la ayuda de otras personas no condiciona significativamente la actitud de las personas hacia el envejecimiento.

A modo de síntesis, conviene aclarar que hay una actitud positiva en todas las unidades de estudio, tanto en los que sufren dificultades, como en los que no lo sufren, es una gran capacidad de resiliencia y signo de madurez y serenidad ante la dificultad.

2. FACTORES PSICOSOCIALES

Tabla 15: Población de Estudio por ESTADO CIVIL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Estado civil	Soltero	Frecuencias	0	6	6
		% del total	0,0%	18,2%	18,2%
	Conviviente	Frecuencias	1	1	2
		% del total	3,0%	3,0%	6,1%
	Casado	Frecuencias	0	11	11
		% del total	0,0%	33,3%	33,3%
	Separado	Frecuencias	1	3	4
		% del total	3,0%	9,1%	12,1%
	Viudo	Frecuencias	0	10	10
		% del total	0,0%	30,3%	30,3%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

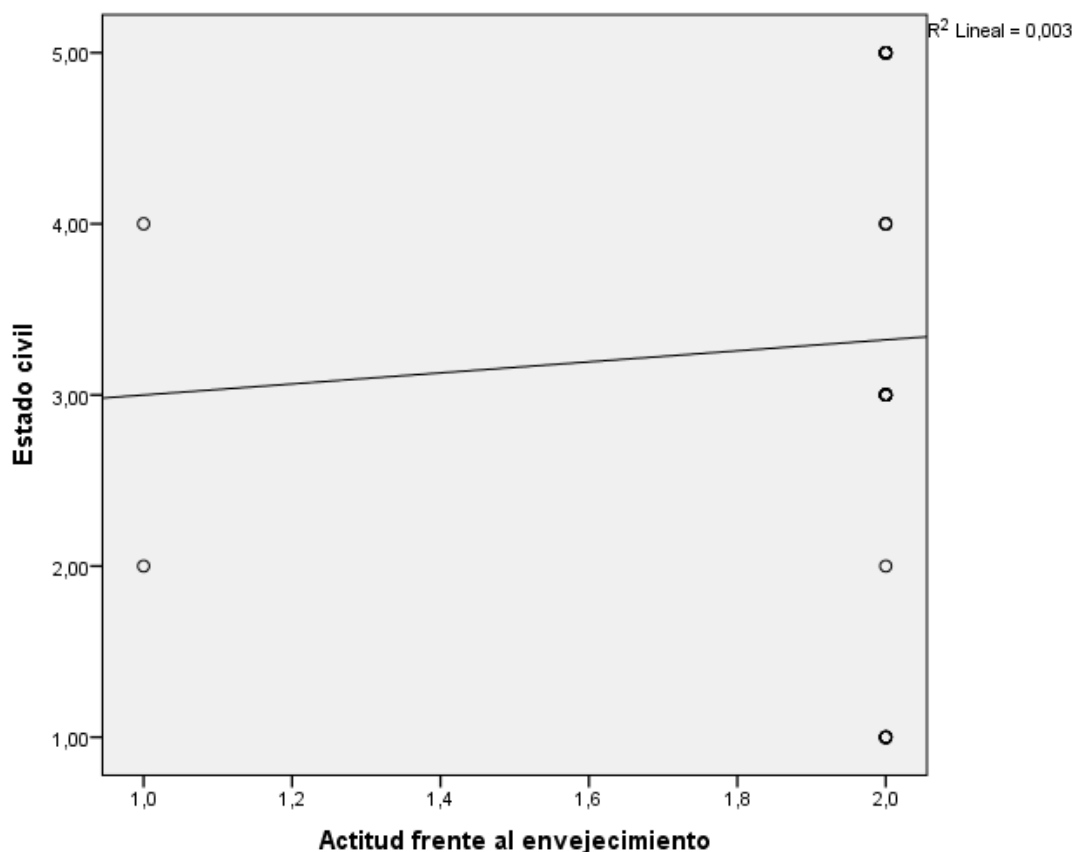
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados: X^2 hallado = 0.026. X^2 hallado a 4 grados de libertad = 11.044.
 X^2 de tabla = 19.68.

Se determina que X^2 hallado es $< \alpha$. Se aprueba la hipótesis de relación del factor estado civil con la actitud frente al envejecimiento. Por otra parte, en todos los estados civiles prevalece la actitud positiva ante el envejecimiento (tabla 15), no hay un caso claro para discriminar un estado civil con tendencia.

Además, se puede percibir que los convivientes, a pesar de ser sólo dos, están repartidos entre la actitud positiva y negativa. Aunque no hay mayores incidencias, el dato de los convivientes y separados parece sugerir que estos están acompañados de mayores fragilidades ante el envejecimiento.

Gráfico 15: Población de Estudio por ESTADO CIVIL según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: estado civil – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.003 $0.003 \times 100 = 0.3\%$.

El estado civil explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.3%.

En el gráfico 15 se puede apreciar que la diagonal no interseca ningún punto, esto es indicio de la poca influencia que se da entre las variables.

Aunque el chi cuadrado reconoce que existe relación entre las variables, la regresión lineal prueba que no hay una influencia significativa de la variable estado civil en la actitud frente al envejecimiento.

Tabla 16: Población de Estudio por OCUPACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Ocupación	Desocupado	Frecuencias	1	23	24
		% del total	3,0%	69,7%	72,7%
	Ocupado	Frecuencias	1	4	5
		% del total	3,0%	12,1%	15,2%
	Jubilado	Frecuencias	0	4	4
		% del total	0,0%	12,1%	12,1%
Total	Frecuencias	2	31	33	
	% del total	6,1%	93,9%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

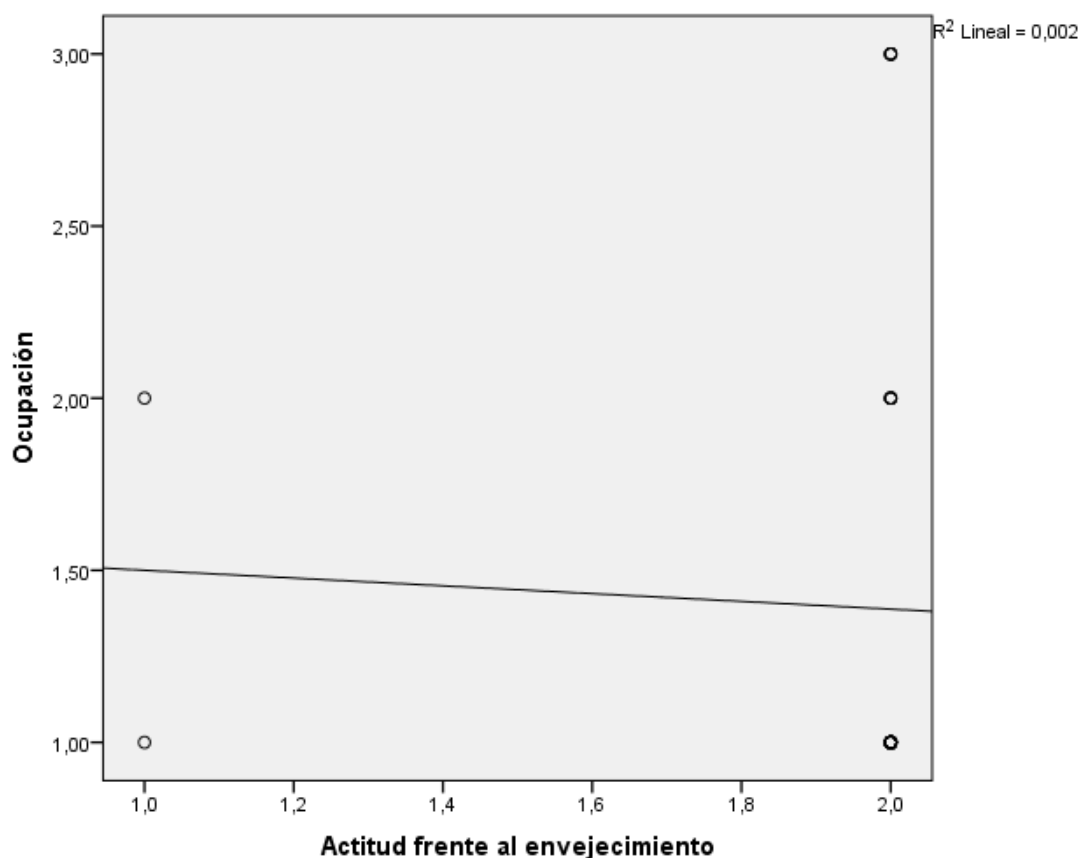
Valores hallados:

X^2 hallado = 0.347. X^2 hallado a 2 grados de libertad es 2.116. $X^2 t = 5.99$.

Se concluye que $X^2 h > \alpha$ por tanto, se rechaza la hipótesis de la influencia de la ocupación en la actitud frente al envejecimiento

En la tabla 16, las tendencias evidencian actitud positiva ante el envejecimiento. No hay datos contundentes para determinar algún grupo según la ocupación que tenga tendencias a una actitud negativa.

Gráfico 16: Población de Estudio por OCUPACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: ocupación – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R²) = 0.002 0.002 x 100 = 0.2%.

La ocupación explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.2%.

El gráfico 16 no intersecta puntos de frecuencias, por ello, se puede concluir junto con el chi cuadrado de que no existe influencia significativa del factor ocupación en la actitud ante el envejecimiento.

Tabla 17: Población de Estudio por VIVIENDA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Vivien- da	No tiene	Frecuencias	0	5	5
		% del total	0,0%	15,2%	15,2%
	Alqui- lada	Frecuencias	0	4	4
		% del total	0,0%	12,1%	12,1%
	Propia	Frecuencias	2	22	24
		% del total	6,1%	66,7%	72,7%
Total	Frecuencias	2	31	33	
	% del total	6,1%	93,9%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

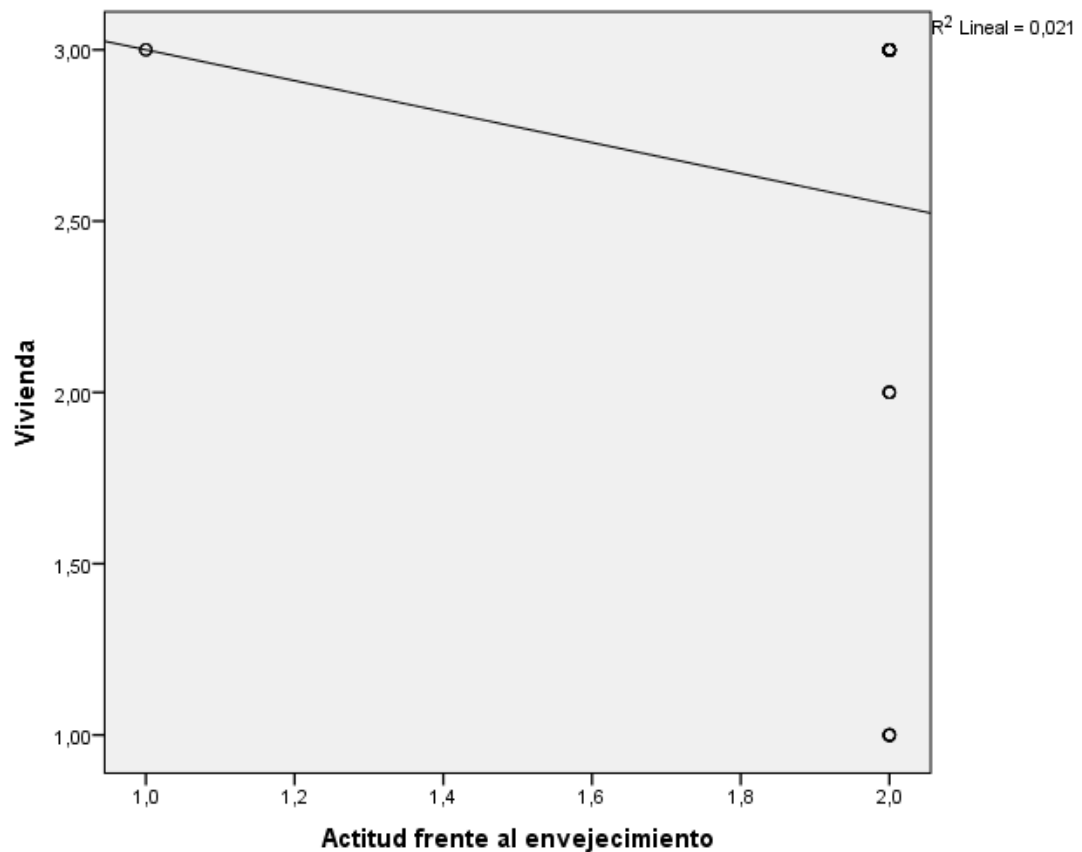
Valores hallados:

$X^2 h = 0.671$. Valor 0.798 a 2 grados de libertad $X^2 t = 5.99$.

$X^2 h > \alpha$, por tanto, se concluye que la vivienda no es un factor influyente en la actitud frente al envejecimiento.

Por otra parte, la tabla 17 deja entrever en general una actitud positiva en las personas con diversos tipos de vivienda, con cierta notoriedad de que quienes tienen casa propia tienen una actitud negativa frente al envejecimiento. Este resultado discrepa con la lógica normal y con la psicología social.

Gráfico 17: Población de Estudio por VIVIENDA según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: vivienda – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.021

$0.021 \times 100 = 2.1\%$. La Vivienda explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 2.1%.

Se concluye, una vez más, que la vivienda no tiene una influencia significativa en la actitud frente al envejecimiento.

Tabla 18: Población de Estudio por CONVIVENCIA FAMILIAR (CON QUIEN VIVE) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Con quién vive	Solo	Frecuencias	0	4	4
		% del total	0,0%	12,1%	12,1%
	Parientes	Frecuencias	0	2	2
		% del total	0,0%	6,1%	6,1%
	Hijos	Frecuencias	1	16	17
		% del total	3,0%	48,5%	51,5%
	Pareja	Frecuencias	1	3	4
		% del total	3,0%	9,1%	12,1%
	Pareja e hijos	Frecuencias	0	6	6
		% del total	0,0%	18,2%	18,2%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

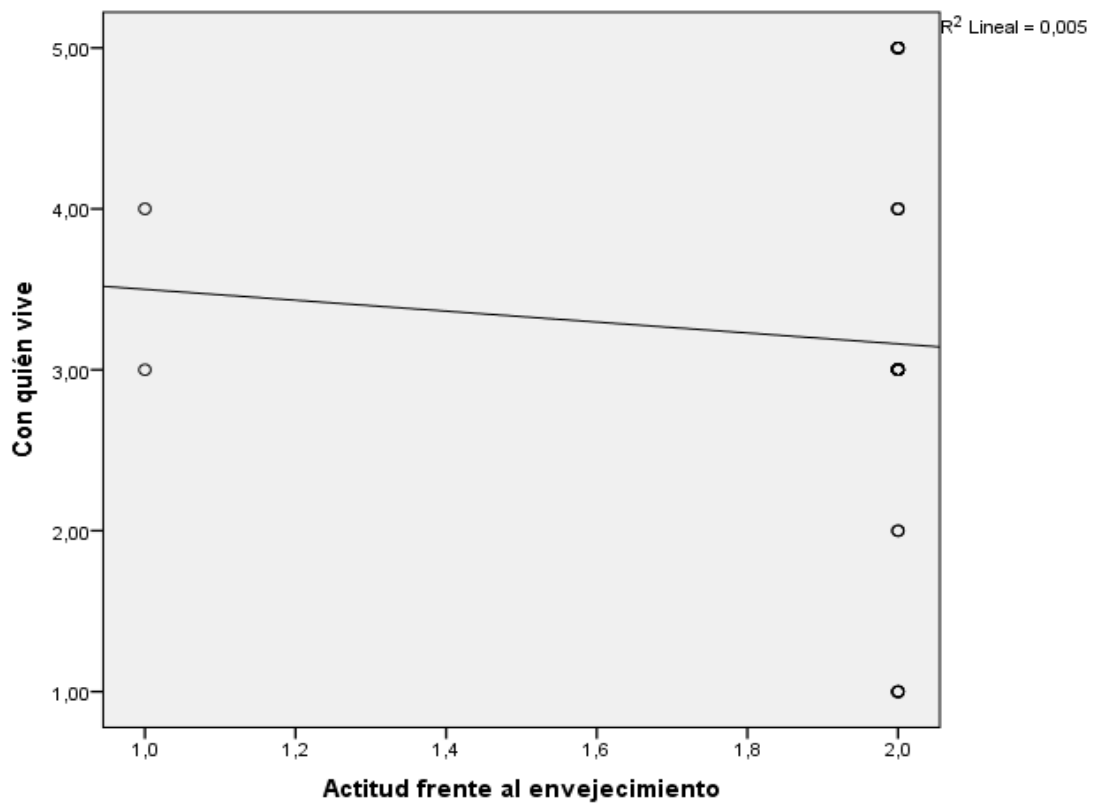
Valores hallados:

$X^2 h = 0.510$. Valor 3.295 a 4 grados de libertad. $X^2 t = 9.49$.

$X^2 h > \alpha$, esto quiere decir que se desaprueba la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de no influencia del factor 'con quién vive' sobre la variable actitud frente al envejecimiento.

En la tabla 18 hay una actitud positiva frente al envejecimiento. Pareciera haber una tendencia a actitud negativa más notoria en quienes viven con su pareja.

Gráfico 18: Población de Estudio por CONVIVENCIA FAMILIAR (CON QUIEN VIVE) según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: con quién vive – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R2) = 0.005

$0.005 \times 100 = 0.5\%$. Las personas con quienes viven explican la actitud ante el envejecimiento sólo en un 0.5%. Es una influencia tan baja como ya lo había adelantado de alguna manera el chi-cuadrado.

Tabla 19: Población de Estudio por SENTIMIENTO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Sentimiento	Rechazado	Frecuencias	0	5	5
		% del total	0,0%	15,2%	15,2%
	Valorado	Frecuencias	2	26	28
		% del total	6,1%	78,8%	84,8%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

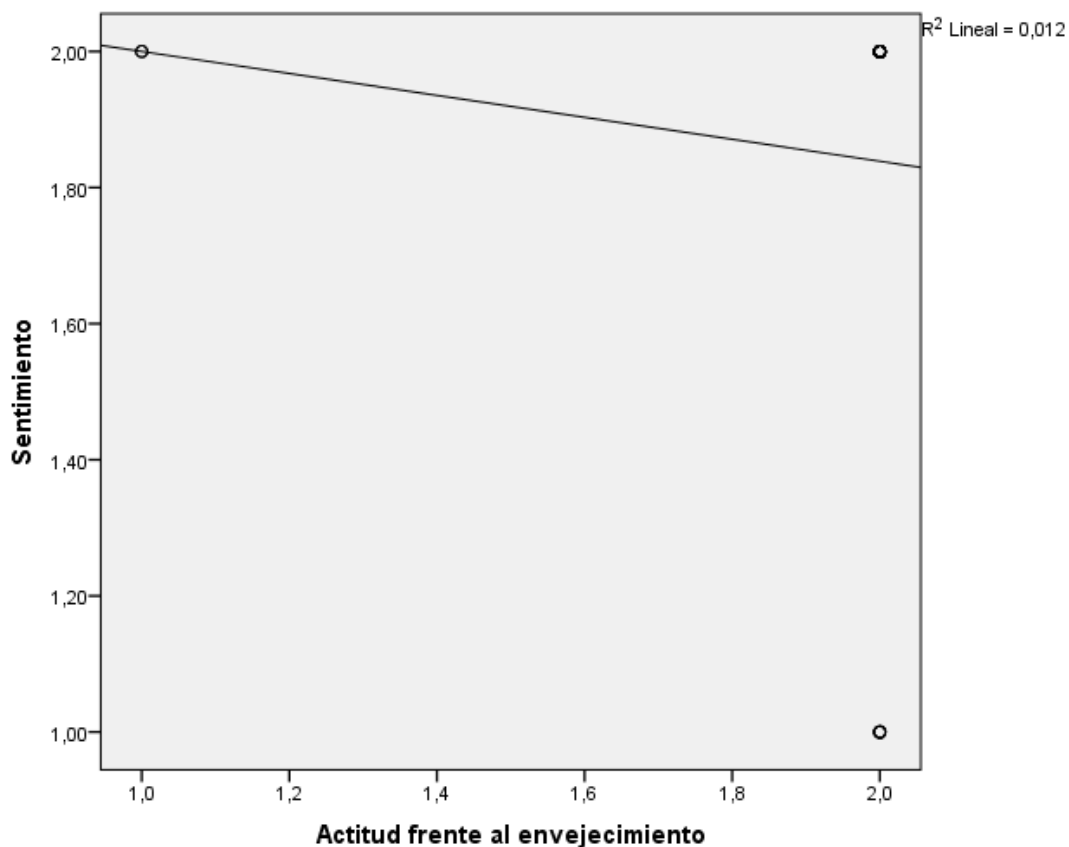
Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.538$. Valor 0.380 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$. Con este resultado se acepta la hipótesis nula de no influencia significativa del sentimiento de rechazo o valoración en la actitud frente al envejecimiento.

Por su parte, la tabla 19 deja ver una actitud positiva en general, pero con cierta tendencia a actitud negativa en el grupo de las personas que se sienten valoradas. Este resultado merece una discusión posterior porque no concuerda con los datos hallados en investigaciones previas.

Gráfico 19: Población de Estudio por SENTIMIENTO según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: sentimiento – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R2) = 0.012

$0.012 \times 100 = 1.2\%$. El sentimiento explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 1.2%, es una influencia poco significativa. Hay coherencia con los resultados obtenidos mediante el chi cuadrado.

3. FACTORES CULTURALES

Tabla 20: Población de Estudio por NIVEL DE INTRUCCION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Instrucción	Ninguno	Frecuencias	0	7	7
		% del total	0,0%	21,2%	21,2%
	Primaria	Frecuencias	0	11	11
		% del total	0,0%	33,3%	33,3%
	Secundaria	Frecuencias	0	8	8
		% del total	0,0%	24,2%	24,2%
	Técnico	Frecuencias	1	1	2
		% del total	3,0%	3,0%	6,1%
	Superior	Frecuencias	1	4	5
		% del total	3,0%	12,1%	15,2%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

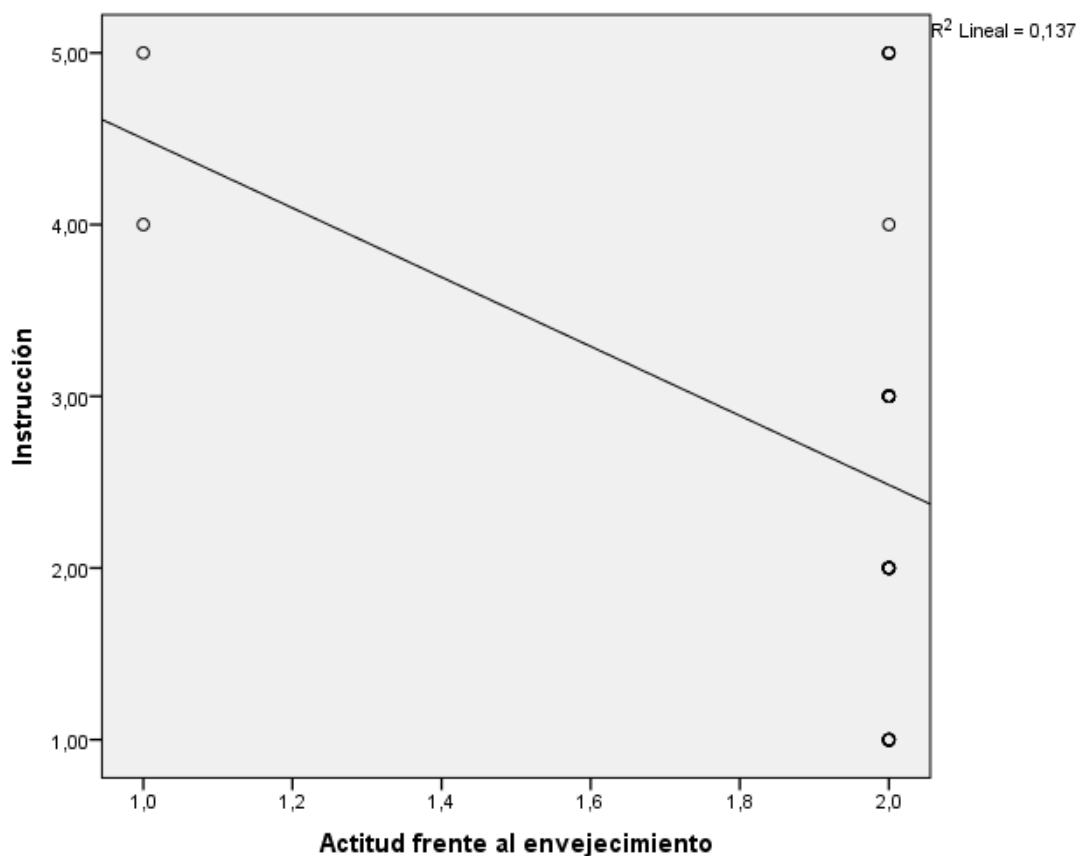
Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.038$. Valor 10.166 a 4 grados de libertad. $\chi^2 t = 18.31$.

$\chi^2 h < \alpha$ por lo tanto, se aprueba la hipótesis de investigación de que la instrucción influye en la actitud frente al envejecimiento. Se rechaza la hipótesis nula.

Gráfico 20: Población de Estudio por NIVEL DE INSTRUCCION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: instrucción – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R^2) = 0.137 $0.137 \times 100 = 13.7\%$.

La instrucción explica la actitud ante el envejecimiento en un 13.7%. Es un valor muy significativo, que debería tenerse en cuenta en los programas sociales y en el ámbito educativo en general de la nación. Este resultado será motivo de sugerencias a las políticas sociales desde la presente investigación.

Tabla 21: Población de Estudio por HABITOS DE LA ALIMENTACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013

			Actitud frente al envejecimiento		Total
			Actitud negativa	Actitud positiva	
Alimentación	A deshora	Frecuencias	1	8	9
		% del total	3,0%	24,2%	27,3%
	A la hora	Frecuencias	1	23	24
		% del total	3,0%	69,7%	72,7%
Total		Frecuencias	2	31	33
		% del total	6,1%	93,9%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

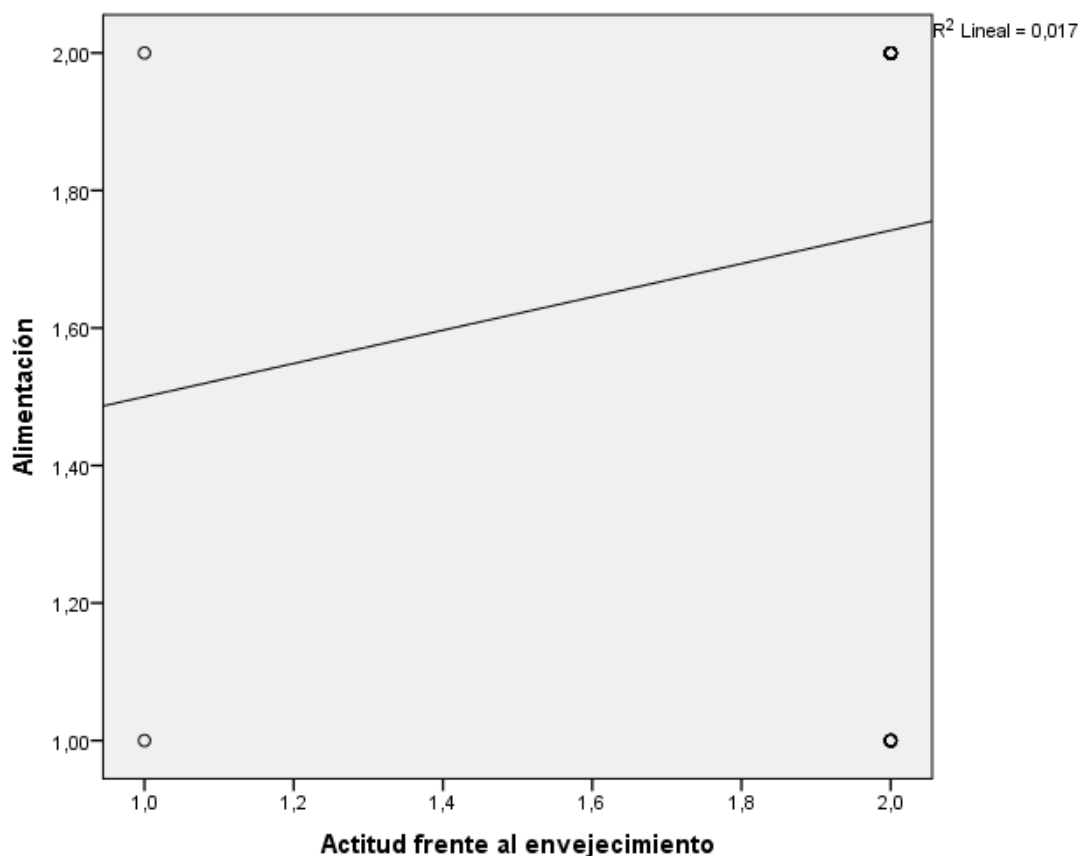
Valores hallados:

$\chi^2 h = 0.457$. Valor 0.554 a 1 grado de libertad. $\chi^2 t = 2.84$.

$\chi^2 h > \alpha$, por tanto, se aprueba la hipótesis nula de no influencia de la alimentación en la actitud frente al envejecimiento, y se rechaza la hipótesis de investigación.

En la tabla 21, en general, se nota una actitud positiva, sin mayores tendencias claras.

Gráfico 21: Población de Estudio por HABITOS DE LA ALIMENTACION según Actitud frente al Envejecimiento, Puesto De Salud Rafael Belaunde, Cayma, Arequipa 2013



Fuente: Datos obtenidos por las Autoras, Arequipa 2013.

Relación numérica de la regresión lineal: alimentación – actitud frente al envejecimiento:

Regresión (R2) = 0.017

$0.017 \times 100 = 1.7\%$. La alimentación explica la actitud ante el envejecimiento sólo en un 1.7%. Es una influencia poco significativa sobre la variable actitud frente al envejecimiento.

CONCLUSIONES

En el presente estudio de Investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Primera.-** Los Integrantes del Club Rafael Belaunde del Puesto de Salud Rafael Belaunde, Cayma, presentan una actitud positiva 93.9% y una actitud negativa de 6.1% (tabla 1).
- Segunda.-** Los factores que influyen en la actitud positiva frente al Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor del club Rafael Belaunde, son: la edad al 7% (tabla y gráfico 2), la instrucción al 13.7% (tabla y gráfico 20), y la dentadura al 19.6% (tabla y gráfico 9).
- Tercera.-** En los Adultos Mayores, que sufren alguna dificultad, los que no tienen vivienda propia (tabla 6), los que viven solos o con parientes (tabla 17), los que se sienten rechazados (tabla 19), los que tienen instrucción deficiente (tabla 20), los que tienen la visión deteriorada (tabla 6), audición deteriorada (tabla 7), los que carecen de dentadura (tabla 9) y otros, se encontró una gran fuerza de resiliencia que los capacita a tomar las dificultades de la vida con actitud positiva.

RECOMENDACIONES

Culminado el estudio de Investigación y luego de haber analizado las conclusiones nos permitimos dar las siguientes recomendaciones:

- ✚ Al Puesto de Salud Rafael Belaunde, distrito de Cayma se sugiere que a través de la gerencia y equipo multidisciplinario se planifique programas educativos para el Adulto Mayor incluyendo a la familia para informar sobre el proceso del envejecimiento y fortalecer la actitud positiva hacia este proceso biológico.
- ✚ A la Universidad Católica de Santa María, la Facultad De Enfermería debe incluir en sus programas curriculares una línea académica relacionada al Adulto Mayor, aspectos como el autocuidado, calidad de vida y actitudes positivas al envejecimiento.
- ✚ Se recomienda continuar estudios similares y/o comparativos y se incluyan otros factores y en otro tipo de población a fin de tener mayor información y conocimiento sobre las actitudes de los Adultos Mayores.
- ✚ Mediante el servicio social de las municipalidades y las actividades de prevención y promoción de las Instituciones Universitarias, Clínicas y otros se debería promover la salud bucal entre las personas de edad avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ LOPEZ ERNESTINA, Manual De Enfermería Geriátrica, Arequipa 2009.
- BRUNNER. L Y SUDDARTH. D.S Manual De Enfermería Médico Quirúrgico, Vol. 1, 4^{ta} Edición, Editorial Interamericana S.A. México 2005.
- CYRUS BARRER ERIKA. Cuidados De Geriatria En Enfermería, Nursing Photobook Universidad Santa Paula 2002.
- DUGAS. Tratado De Enfermería Practica 4ta Ed.Mexico.2000.
- GARCÍA LÓPEZ MV, RODRÍGUEZ PONCE C.TORONJO GÓMEZ AM. Enfermería Del Anciano Madrid 2001
- GARCÍA M. TORRES M, BALLESTEROS E TORRES EGEAM P. Enfermería Geriátrica, Barcelona. Edit. Masson 2000.
- GONZÁLEZ J. EDUARDO Bases Moleculares Del Envejecimiento México. Nanda. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones Y Clasificación 2009-2011 Barcelona España. Edit.Elsevier.2009
- LONG, CASMEYO, Enfermería Medico Quirúrgica Un Enfoque En El Proceso De Enfermería 3^{ra} Edición, Editorial Harcourt Brag. España 2005.
- PERRY POTTER, Enfermería Clínica Técnicas De Procedimientos 4ta Ed. Madrid Harcourt- Brace.2000.
- RODRIGUEZ, ROSALIA, Geriatria Harcourt-Hill, Interamericana, México 2004.
- SUMMERS, G. Medición De Actitudes – 3^{ra} Edición, Editorial Trillas, México 2007.

HEMEROGRAFÍA

- ANDREA JULIETA CORRALES TEJADA, YULIANA RAQUEL CARITA MAMANI, “Influencia de la educación en salud en el comportamiento de adultos mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el centro de salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2012”
- FLORENCIA CUNO SEVINCHA,” Diagnostico situacional de la red social primaria del adulto mayor de la asociación vida nueva del distrito de Jose Luis Bustamante y Rivero, Arequipa 2007”
- HILDA EMILIANA MACEDO VALENCIA,” Factores biopsicosociales asociados a las actividades de la vida cotidiana del adulto mayor, Centro de Salud San Juan del distrito de Paucarpata, Arequipa 2012”
- NANCY CANSAYO CONDORI, “Algunos factores que influyen en la actitud de las personas de la tercera edad, respecto al proceso de envejecimiento, pueblo joven 4 de octubre Socabaya, Arequipa 1995.

INFORMATOGRAFÍA

Todo sobre geriatría y gerontología Disponible en www.geriatrianet.com

- ✚ Conocimientos, actitudes, creencias y valores en los argumentos sobre un tema socio científico, relacionado con los alimentos, ENRIQUE ESPAÑA RANDY, Málaga 2008
- ✚ <http://www.emagister.com/actitud-frente-al-proceso-envejecimiento-cursos-2831963.htm>
- ✚ <http://www.envejecersano.com/consejos-para-envejecer-sano/actividad-mental/el-cambio-en-la-actitud-ante-el-envejecimiento/>
- ✚ <http://www.envejecimientoactivo.cl/noticias/cosas.html>
- ✚ <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&ved=0CE0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F761459.pdf&ei=HEBpUpuAPY7M9AScxICQDQ&usg=AFQjCNGCVVTdLLgsj4w5h6-Fg9ExDtm4Sg>
- ✚ <http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml>
- ✚ índice para encontrar temas específicos de la enfermería y geriatría. Disponible en www.ciberoteca.com/consultas/consulta.asp



ANEXO N° 2:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

Yo.....
..... de años de edad, identificado con DNI
..... y con domicilio
..... Habiéndome
explicado de manera clara y precisa sobre el proyecto de
investigación: **PRINCIPALES FACTORES QUE
INFLUYEN EN LA ACTITUD FRENTE AL
ENVEJECIMIENTO DE ADULTOS MAYORES
DEL CLUB “RAFAEL BELAUNDE”, PUESTO DE
SALUD RAFAEL BELAUNDE, CAYMA -
AREQUIPA 2013.**

Sabiendo que dicha investigación guardará reserva de mi
identidad y estando en pleno uso de mis facultades mentales,
es que suscribo el presente documento.

Fecha:

Firma:

ANEXO N°3

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

- ✓ N° ENCUESTA ()
 ✓ EDAD ()
 ✓ SEXO F () M ()

1. FACTORES SOCIALES

- ❖ **ESTADO CIVIL:**
 - SOLTERO () SEPARADO ()
 - CASADO () VIUDO ()
 - CONVIVIENTE ()
- ❖ **OCUPACIÓN:**
 - SI ()
 - NO ()
 - JUBILIADO ()
- ❖ **VIVIENDA Y RECURSOS ECONOMICOS:**
 - PROPIA () ALQUILADA ()
 - CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE:
 - ESPOSO() HIJOS() PARIENTES() SOLO(A) ()
- ❖ **COMO SE SIENTE CON LAS PERSONAS CON QUIEN VIVE:**
 - VALORADO () RECHAZADO ()
- ❖ **PARTICIPA EN ACTIVIDADES POR EL CLUB:**
 - SI () NO ()

2. FACTORES CULTURALES

- ❖ **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**
 - ANALFABETO ()
 - PRIMARIA ()
 - SECUNDARIA ()
 - TECNICO ()
 - SUPERIOR ()
- ❖ **CONSUME SUS ALIMENTOS:**
 - A LA HORA () A DESHORA ()
- ❖ **LA VEJEZ ES:**
 - UNA ENFERMEDAD () NO SABE ()
 - ES NORMAL ()
- ❖ **PARA MANTENER UNA VEJEZ SALUDABLE ES BUENO:**
 - MANTENERSE OCUPADO ()
 - REALIZAR ACTIVIDAD FISICA ()
 - LLEVAR UNA VIDA SEDENTARIA ()

ANEXO N°4

GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA

- ✓ N° ENCUESTA ()
- ✓ EDAD ()
- ✓ SEXO F () M ()

1. FACTORES BIOLÓGICOS FRENTE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO:

- ✓ Apariencia Física Conservada () Deteriorada ()
- ✓ Piel Conservada () Deteriorada ()
- ✓ Vision Conservada () Deteriorada ()
- ✓ Audición Conservada () Deteriorada ()
- ✓ Masticación Buena () Mala ()
- ✓ Dentadura Conservada () Ausencia dentaria ()
- ✓ Realiza actividades diarias Si () No ()
- ✓ Se vale por si mismo Si () No ()
- ✓ Se moviliza con dificultad Si () No ()
- ✓ Necesita baston, muletas, otros Si () No ()
- ✓ Necesita ayuda de otras personas Si () No ()

**ANEXO N°5 ESCALA DE LIKERT PARA MEDIR LA ACTITUD FRENTE AL
PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

FACTOR		DA	I	ED
BIOLOGICO	1. Le crea disgusto su piel arrugada.			
	2. La disminución en su vision le causa molestia inseguridad.			
	3. Le disgusta los cambios que ha tenido su cuerpo.			
	4. Le disgusta que le hablen fuerte y no escuche bien.			
	5. Tiene dificultad para comer por falta de dientes.			
	6. La dentadura postiza le causa molestias.			
	7. El caminar lento y con ayuda le molesta.			
	8. Olvidarse de cosas le molesta.			
PSICOSOCIAL	9. Siente pena al no estar cerca de sus familiares.			
	10. Le resulta dificil aceptar la muerte de un familiar.			
	11. La persona jubilada o sin ocupacion es sinonimo de inutil.			
	12. La vejez trae consigo cansancio, desgano y tristeza.			
	13. La vejez es una etapa de la vida de cosecha.			
	14. Siente que es una carga para su familia y sociedad.			
	15. La persona Adulta mayor puede seguir trabajando.			
	16. Es necesario recrearse para mejorar la Salud.			
	17. Le da seguridad vivir en su propia casa.			
	18. Siente que su experiencia y sabiduria es valorada.			
	19. Se siente bien participando en las actividades del Club.			
CULTURAL	20. A su edad los alimentos son esenciales para la salud.			
	21. Mantenerse ocupado prolonga la vida.			
	22. Es necesario realizar actividad fisica.			
	23. El envejecer es un proceso normal.			
	24. Durante la vejez se puede ser activo, alegre y vigoroso.			
	25. Siente que la gente lo (a) considera viejo (a).			
	26. Como se siente con su apariencia fisica.			
	27. Desearía seguir viviendo.			
	28. Acepta su limitación.			

ANEXO N°6

PRUEBA DE INDEPENDENCIA (CHI-CUADRADO)

La prueba de independencia Chi-cuadrado, nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia.

Cada una de estas pruebas cuenta con la opción *Alfa* (α); este valor hace referencia al nivel de confianza que deseamos que tengan los cálculos de la prueba; es decir, si queremos tener un nivel de confianza del 95%, el valor de alfa debe ser del 0.05, lo cual corresponde al complemento porcentual de la confianza.

El programa genera por defecto dos tablas; la primera de ellas corresponde a la tabla de contingencia, en ella aparecen las variables seleccionadas y los estadísticos que se hayan determinado en el procedimiento. La segunda tabla corresponde a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y en ella aparecen los resultados de las pruebas (valor del Chi-cuadrado, los grados de libertad (gl) y el valor de significación

La prueba de independencia del Chi-cuadrado, parte de la hipótesis que las variables son independientes; es decir, que no existe ninguna relación entre ellas y por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra. El objetivo de esta prueba es comprobar la hipótesis mediante el nivel de significación, por lo que sí el valor de chi-cuadrado hallado es menor o igual que el *Alfa* (0.05), se acepta la hipótesis, pero si es mayor se rechaza.

Cuanto mayor sea el valor de χ^2 , menos verosímil es que la hipótesis sea correcta. De la misma forma, cuanto más se aproxima a cero el valor de chi-cuadrado, más ajustadas están ambas distribuciones.

Grados de libertad:

En estadística, grados de libertad, expresión introducida por Ronald Fisher, dice que, de un conjunto de observaciones, los grados de libertad están dados por el número de valores que pueden ser asignados de forma arbitraria, antes de que el resto de las variables tomen un valor automáticamente, producto de establecerse las que son libres, esto, con el fin de compensar e igualar un resultado el cual se ha conocido previamente

Los grados de libertad gl vienen dados por:

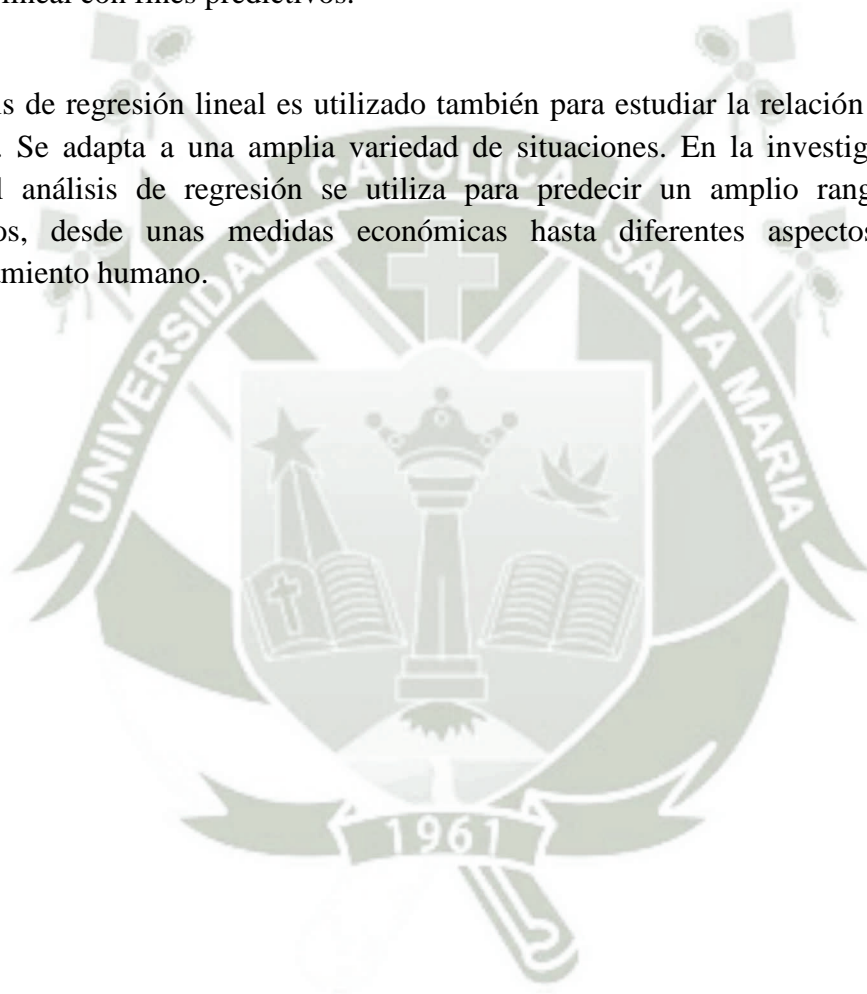
$gl = (r-1)(k-1)$. Donde r es el número de filas y k el de columnas

ANEXO N°7

REGRESION LINEAL

El análisis de regresión lineal es una técnica estadística utilizada para estudiar la relación entre variables cuantitativas. Tanto en el caso de dos variables (regresión simple) como en el de más de dos variables (regresión múltiple), el análisis de regresión lineal puede utilizarse para explorar y cuantificar la relación entre una variable llamada dependiente o criterio (Y) y una o más variables llamadas independientes o predictoras (X_1, X_2, \dots, X_p), así como para desarrollar una ecuación lineal con fines predictivos.

El análisis de regresión lineal es utilizado también para estudiar la relación entre variables. Se adapta a una amplia variedad de situaciones. En la investigación social, el análisis de regresión se utiliza para predecir un amplio rango de fenómenos, desde unas medidas económicas hasta diferentes aspectos del comportamiento humano.



ANEXO N°8

ALFA DE CRONBACH

Grado de fiabilidad de los instrumentos:

a. Fiabilidad de la entrevista estructurada.

El grado de fiabilidad del presente instrumento es:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,735	12

La fiabilidad se ha obtenido mediante el estadístico Alfa de Cronbach. El resultado es el siguiente:

$$0,735 \times 100 = 73.5$$

El grado de fiabilidad de la entrevista estructurada es del 73.5%.

b. Fiabilidad de la guía de observación directa sobre el proceso de envejecimiento.

El grado de fiabilidad de esta guía de observación directa fue:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,794	11

La fiabilidad se ha obtenido mediante el estadístico Alfa de Cronbach. El resultado es el siguiente:

$$0,794 \times 100 = 79.4$$

En el presente instrumento el grado de fiabilidad es del 79.4%.

c. Fiabilidad de la Escala frente al Proceso de Envejecimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	28

La fiabilidad se ha obtenido mediante el estadístico Alfa de Cronbach. El resultado es el siguiente:

$$0,821 \times 100 = 82.1.$$

En el presente instrumento el grado de fiabilidad es del 82.1%.

