



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“FACTORES AMBIENTALES Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA
DEL ADULTO MAYOR EN LA MICRO RED 15 DE AGOSTO DE PAUCARPATA,
AREQUIPA – 2016”.**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

AGUIRRE INFANTES CAROLAY ABDONA LORENA

ASESORA

MG. ADELA DORA LEON DOMINGUEZ

AREQUIPA - PERU, 2018

**“FACTORES AMBIENTALES Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA
DEL ADULTO MAYOR EN LA MICRO RED 15 DE AGOSTO DE PAUCARPATA,
AREQUIPA – 2016”.**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 100 adultos mayores, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Psicológica, social, físico. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,911 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida, los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

PALABRAS CLAVES: *Factores ambientales, calidad de vida, adulto mayor, Psicológica, social, físico.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the relation that exists between the environmental factors and the quality of life of the greater adult in the Micro network 15 of August, Paucarpata, Arequipa - 2016. It is a transversal descriptive investigation, it was worked with a sample of 100 elderly adults, for the collection of information, a multiple choice questionnaire of 18 items was used, organized by the dimensions: Psychological, social, physical. The validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,871); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of (0.913). The hypothesis test was carried out using Pearson's R with a value of 0.911 and a level of significance of value $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The Environmental Factors in the elderly in the Micro Network, August 15, Paucarpata, Arequipa, which have a medium level, have an average level in their quality of life, older adults with environmental factors in a high level have a In turn, a High level and older adults who have Environmental Factors at a low level also have a Low level of their Quality of Life. These results indicate that there is a relationship between both variables: Environmental factors and Quality of Life of the elderly in the Micro Network 15 August.

KEY WORDS: *Environmental factors, quality of life, older adult, psychological, social, physical.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE	III
INTRODUCCIÓN	V
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	49
2.4. Hipotesis	49
2.5. Variables	49
2.5.1. Definición conceptual de la variable	49
2.5.2. Definición operacional de la variable	50
2.5.3. Operacionalización de la variable	51

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	52
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	52
3.3. Población y muestra	53
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	53
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	54
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	55
CAPÍTULO V: DISCUSION	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

En el mundo se están presentando diversos cambios en su demografía, caracterizándose por el aumento de población en adultos mayores; diversos países, en su mayoría desarrollados, han logrado desarrollar diversos cambios de manera paulatina, cambios que han logrado enfrentar esta situación de la mejor manera, optimizando los recursos económicos, sociales y ambientales, de forma tal, que los beneficios sean aprovechados por la sociedad en cuestión.

Por otro lado en los países en vía de desarrollo, este cambio ha sido muy ajeno a los proyectos de desarrollo social, causando en este grupo demográfico diversas dificultades en temas tan importantes como su salud, vivienda y una adecuada calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado.

Desde las últimas décadas se está presentando, un incremento en la población mayor de 60 años, que ha adquirido una gran relevancia en cuanto a sus características y sus condiciones de salud refiere, ya que están entre los principales usuarios de los servicios médicos, todo ello motivo a realizar el presente proyecto de investigación, con la finalidad de determinar la relación entre los factores ambientales y la calidad de vida que tienen los adultos mayores de la Micro red 15 de agosto en Paucarpata, departamento de Arequipa.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud un adulto mayor es aquella persona que sobrepasa los 60 años. Así mismo Pietro de Nicola, en su libro de Geriátría, afirma que las edades de interés geriátrico, se dividen de la siguiente manera: de 60 a 70 años, considerada senectud gradual; de 70 a 90 años, llamada vejez declarada y más de 90 años se considera longevidad.

⁽¹⁾ Las proyecciones de la Naciones Unidas para el próximo decenio aseguran que habrá 1,100 millones de adultos mayores, que constituirán el 13.7% de la población mundial, distribuido en países en vías de desarrollo y no desarrollado. Para el año 2025 se espera que la población de 60 años y más, crezca en un 40% en países europeos. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y en el Perú se estima que para el año 2025 las personas adultas mayores llegaran a los 4 millones 429 mil, es decir el 12.4% de la población peruana total. ⁽²⁾

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas, lo cual representa aproximadamente el 9,7% de

la población total. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).⁽³⁾ Sin embargo, en el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2013- 2017, elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, se estima que para el año 2025, la población adulta mayor a nivel nacional alcanzará casi 4 millones y medio de habitantes y para el 2050 serán alrededor de 9 millones.⁽⁴⁾

Por ello, hablar sobre la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo; el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares, roles sociales, entre otros. Por lo que nos formulamos lo siguiente:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa - 2016?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su salud física?

¿Cuál es la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su aspecto psicológico?

¿Cuál es la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su aspecto social y ambiente?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su salud física.

Identificar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su aspecto psicológico.

Identificar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su aspecto social y ambiental.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El proyecto de investigación es de suma importancia, ya que permite realizar un análisis crítico de la realidad, que busca alternativas de solución para contribuir al desarrollo de programas, estrategias y políticas que puedan afrontar esta problemática, tomando en conocimiento la gran importancia que tienen los cuidados de las personas de tercera edad, brindándoles los cuidados necesarios, logrando la calidad de vida que ellos merecen. Esta

investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que ellos son quienes proporcionan información, ejecutan y promueven las mejoras continuas en planes y proyectos que permitan brindarles a las personas de tercera edad una mejor calidad de vida o pronta recuperación, con la finalidad de contrarrestar la saturación en los hospitales, pero sobre todo disminuir el incremento de personas de la tercera edad con casos lamentables de desamparo y soledad.

Este proyecto de investigación se realiza con la finalidad de contribuir al bienestar familiar, social y gubernamental de nuestro país, inspirando a otros para lograr una réplica a nivel nacional, esta información también podrá ser considerada para contrastar datos en futuros proyectos de investigación para alumnos de enfermería, profesionales del sector salud y autoridades de las localidades, etc.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

- Poco tiempo para aplicar el cuestionario, ya que en algunos casos no disponían de tiempo para realizar las encuestas.
- La distancia desde mi centro laboral hasta el lugar de la investigación.
- La falta de cooperación de algunos colegas.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes internacionales

APONTE DAZAS, Vaneska Cindy; Realizo la investigación titulada “Calidad de vida en la tercera edad”, Bolivia - 2015, El propósito de este artículo es poder analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera, la misma que es parte de varios grupos sociales. Analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene. Cuáles son las cosas que hacen que su vida sea digna y que la impulsa a hacer la diferencia entre muchas otras personas que tienen las mismas condiciones de vida y llevan una vida sedentaria. Será que el apoyo que recibe y requiere son las adecuadas para continuar con sus actividades. Con este trabajo se intenta contribuir a la valoración y enriquecimiento de un grupo de personas que tradicionalmente se halla alejadas del ajetreo diario de las personas jóvenes y que muchas veces son alejadas de sus propias familias y sus actividades por ya no ser capaces de realizar muchas actividades. En el análisis de caso podemos analizar que

son varios factores los que influyen la calidad de vida de esta persona de la tercera edad. Como cada uno influye de manera positiva para que la misma tenga una vida plena y que tenga ganas de vivir y seguir realizando actividades tanto dentro como fuera de su casa. Los factores que más influencia tienen son: la espiritualidad, ya que es donde se apoya y encuentra consuelo para sus problemas, siente que ayudando a los más necesitados y compartiendo tiempo con las personas que la necesitan encontrara la gloria eterna junto con su esposo. Otro factor es la de salud, considerando su salud como algo importante para poder continuar realizando sus actividades diarias, siempre está atenta a los tratamientos médicos. La salud es algo importante en la tercera edad ya que las defensas van disminuyendo y son propensos a cualquier enfermedad, en especial cuando tienen alguna emoción fuerte. La soledad, la depresión entre otras cosas son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida, y solo dejan que la vida se les vaya sin ningún tipo de motivación.⁽¹⁾

MELGUIZO HERRERA, Estela; ACOSTA LOPEZ, Ana; CASTELLANO PEREZ, Brunilda; Realizaron un estudio titulado “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores”, Colombia - 2012, Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores de la Comuna 9 del Distrito de Cartagena. Materiales y métodos: Encuesta transversal. Población de 5020 adultos mayores, muestra de 514 personas. Muestreo en dos etapas: primero estratificado, considerando la proporción de adultos mayores en cada barrio de la Comuna 9, y luego aleatorio simple, para seleccionar las manzanas donde ubicar a los participantes. Auxiliares de investigación, previamente entrenados, recolectaron la información

durante abril-mayo de 2009. Se aplicó el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables y luego un análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Resultados: Participaron 514 adultos mayores: 65,8% mujeres; 43% viven en unión libre o son casados; 56,6% han cursado estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2. Estar pensionado o estar trabajando aumenta 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,729 IC 95%= 1,758-4,236). Conclusiones: Ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores. ⁽²⁾

OLIVI, A; FADDA CORI, Giulietta; PIZZI KIRSCHBAUM, Marcela; realizaron un estudio titulado “Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la Ciudad de Valparaíso”, Chile - 2015, hile se encuentra entre los países de América Latina que en las últimas décadas han experimentado una transición demográfica rápida e intensa hacia el envejecimiento. Este artículo presenta los principales resultados de la investigación "Calidad de vida del adulto mayor en el hábitat urbano: estudio del caso de Valparaíso" (Fondecyt 1061 179), realizada en Valparaíso (Chile) entre 2006 y 2009 y sus sucesivas actualizaciones (2012-13). Con base en las evidencias empíricas producidas mediante la aplicación de instrumentos cuantitativos y cualitativos, el artículo analiza cómo determinadas condiciones del hábitat urbano inciden en la calidad de vida del grupo más anciano de la población. La ciudad de Valparaíso constituye un caso de estudio de especial interés, debido a su alto índice de vejez, a su estructura socioeconómica y a su peculiar configuración topográfica. Sobre la base de los resultados de la investigación, es posible

señalar algunas de las áreas prioritarias que las políticas públicas deberían enfrentar para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores. Éstas remiten a las siguientes líneas de acción: promover un sistema de previsión social que garantice la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores y su autonomía económica; dotar a la ciudad de infraestructura y entornos seguros y adecuados a las necesidades de este grupo etario y desarrollar medidas específicas para facilitar la movilidad de las personas mayores. Todo ello incentivaría una mayor participación de los adultos mayores en el espacio público, redundando en su reconocimiento como sujetos activos y en su inserción social. Por último, es importante señalar que los indicadores de calidad de vida, basados simultáneamente en datos objetivos de condiciones de vida y en la percepción y evaluación subjetiva de las mismas, muestran su validez como recursos para la planificación urbana, aportando información relevante para la promoción de una ciudad mayormente inclusiva. ⁽³⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

MANRIQUE CHUQUILLANQUI, Beatriz Ángel; Realizo un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana” Lima– 2014, La presente investigación busca estudiar la relación entre la Calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adulto mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana, a través del Cuestionario de Salud SF-36 versión en español (Alonso, Prieto y Antó; 1995) y de la Escala de Esperanza de Herth Revisada HHS-R (Martínez, Casareto y Herth; 2011), en una muestra de 48 personas cuyas edades oscilan entre los 65 a 85 años. Los resultados indican que existe una mayor CVRS en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la

edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, se hallan relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental. ⁽⁴⁾

AVELLANEDA GALARRETA, Mary Katia; Realizo el estudio titulado “Influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad del programa de atención domiciliaria – PADOMI, Distrito de Florencia de Mora”, Trujillo - 2015. La presente investigación busca estudiar la relación entre la Calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adulto mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana, a través del Cuestionario de Salud SF-36 versión en español (Alonso, Prieto y Antó; 1995) y de la Escala de Esperanza de Herth Revisada HHS-R (Martínez, Cassaretto y Herth; 2011), en una muestra de 48 personas cuyas edades oscilan entre los 65 a 85 años. Los resultados indican que existe una mayor CVRS en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, se hallan relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental. ⁽⁵⁾

PABLO GARCIA, Jessica Perla; Realizo el estudio titulado “Calidad de vida del adulto mayor de la casa de reposo Polifuncional Palmas Reales”, Lima 2016. Objetivo: Determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales”

Los Olivos, Lima 2016. Materiales y métodos: El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida, con indicadores de buena, regular y mala calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Resultados: Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. ⁽⁶⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ADULTO MAYOR

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación. ⁽⁷⁾ Otra es, que el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas ⁽⁸⁾. Existe también la tendencia de relacionar a

esta persona con la muerte, enfermedades, dependencia, soledad y pérdida de status.⁽⁹⁾

Las Naciones Unidas consideran al anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada o adultos mayores jóvenes; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

El MINSA define al adulto mayor, a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. Lo clasifica en tres grandes grupos: - Persona adulta mayor auto Valente: Persona adulta mayor capaz de satisfacer sus necesidades básicas (comer, vestirse, bañarse, entre otros) y realizar actividades instrumentales (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajo fuera de casa). Se considera al 65% del total de adultos mayores. - Persona adulta mayor frágil: Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y que es más susceptible a discapacitarse y presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de adultos mayores tienen esta condición. - Adulto mayor dependiente o postrado: Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Entre el 3 – 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.⁽¹⁰⁾

Dimensiones de adulto mayor

a. Cambios físicos

A partir de la etapa de la madurez se produce un conjunto de procesos involutivos que conlleva al deterioro progresivo del organismo. ⁽¹¹⁾

Los cambios físicos que se producen durante el envejecimiento afectan células, tejido y órganos. Los cambios celulares consisten en un menor tamaño de las células y una pérdida de la capacidad de dividirse y reproducirse. Los cambios del tejido incluyen una acumulación de productos de desecho, entre otros. El tejido conectivo cambia haciéndose cada vez más rígido, lo cual hace a los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias más duros. Los órganos cambian a consecuencia de todo ello. Éstos al envejecer pierden su función de manera progresiva y hay una disminución de la capacidad funcional. ⁽¹²⁾

b. Cambios sociales

La consideración social de tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad. Al adulto mayor no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. El individuo puede sentirse solo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil. Ante esto el anciano puede desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de vejez, como son: De separación o alejamiento del mundo que le rodea. Puede volverse introvertido, poco comunicativo, egocéntrico, huye del mundo y se refugia en su soledad. De integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación. De actividad,

reaccionando ante el sentimiento de inutilidad con la búsqueda de alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayuden a sentirse útil y potenciarán su autoestima.

c. Cambios psicológicos

El deterioro de las funciones psicofisiológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en el que se haya desenvuelto, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad estimulante del entorno. Para valorar las modificaciones psíquicas que se producen hay que tener en cuenta los cambios en las estructuras cerebrales, anatómicos y fisiológicos del sistema nervioso y órganos de los sentidos; la modificación de las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad y capacidad de reacción ante estímulos) y por último los cambios en el área afectiva: emociones, motivación y personalidad. La afectación más generalizada de las capacidades intelectuales es la memoria, ya que tiene un efecto psíquico negativo, provoca preocupación y quejas del individuo. Es frecuente la disminución de la autoestima relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socioeconómicas, pérdida de seres queridos, entre otros. ⁽¹³⁾

2.2.2 CALIDAD DE VIDA

Antes de abordar con mayor detenimiento el concepto de calidad de vida, los elementos que la componen y las investigaciones a las que ha sido sujeta, resulta relevante detenerse en el significado de Calidad y en el de Vida. El término calidad proviene del latín *qualitas*, atis que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa. ⁽¹⁴⁾ Según Leelakvithanit y Day (1992) es un complejo dimensional que puede

ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida; es así como Sen (2002) también indica que la calidad de vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida.

La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana: la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da. Para conocer la calidad de vida es necesario que los sujetos realicen una descripción de lo que la vida es para ellos, por lo que resulta complicado dar una definición universal de vida sin tomar en cuenta las definiciones que cada individuo tiene de su propia existencia y sobre las cuales se determina la calidad con la que vive. ⁽¹⁵⁾

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La evaluación de la calidad de vida no es un concepto nuevo, ya en el año 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Pero no fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de calidad de vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon considerar la calidad de vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente. ⁽¹⁶⁾

En 1948 se define el término de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

Hay una definición completa y amplia de calidad de vida que intenta incluir múltiples conceptos, como ausencia de alteraciones físicas,

necesidades cubiertas, libertad, tiempo libre, etc. La definición de la OMS indica que calidad de vida es “la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que con posterioridad se modificó reduciendo su contenido. Se consideró como salud y buena calidad de vida a “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.

El concepto de salud empieza a evolucionar y deja de ser la ausencia de enfermedad para convertirse en el bienestar biopsicosocial, tal y como lo definieron los expertos de la OMS en el Alma – ata en 1978. Se inicia una evolución desde lo estrictamente biológico hacia lo psicosocial. En 1986 la Carta de Otawa destaca determinados prerequisites para la salud que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

Las escalas de medición de la Calidad de Vida que ya se utilizaban en Estados Unidos y en Inglaterra no resultaron útiles al intentar administrarlas en otros grupos culturales, por lo tanto comenzaron a intentar realizar un programa que desarrolle un instrumento factible de ser usado por distintas poblaciones y que respete la idiosincrasia de las mismas. Debido al avance de un modelo cada vez más biomecanicista de la medicina que aboga mayormente por la erradicación de la enfermedad y sus síntomas se volvió

imprescindible la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud que complete el panorama y que se le pregunte al sujeto acerca de la percepción de su satisfacción en relación con sus necesidades. La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida pretende evaluar los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo sobre la salud. Para tal fin se creó WHOQOL – 100 (1991) e whoqol – brief (1994) único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA Y VEJEZ

La producción teórica y la investigación empírica sobre vejez y envejecimiento en América Latina han sido básicamente lideradas por organismos internacionales, como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y OMS/OPS, que han aportado valiosos y esclarecedores antecedentes e insumos sobre el nivel y modo de vida de las personas de edad en la región, y han dado lugar a claros esfuerzos por llegar a un análisis más global y cualitativo, que dé cuenta de las condiciones de vida de las personas mayores. Algunos investigadores, universidades y ONG se han abocado al estudio de las interrelaciones entre el contexto material, espiritual y la actividad de las personas mayores desde lo cualitativo.

Aun así, no se ha llegado a un nivel de conocimiento que permita la soltura y certeza que requiere una adecuada conceptualización teórica de la calidad de vida en la vejez en Latinoamérica, material clave para su uso como instrumento eficaz de programación, planificación y monitoreo social.

El incremento de la calidad de vida de la población latinoamericana en general, y de los ancianos en particular, es un tema recurrente en

los objetivos de los planes, programas y políticas (en aquellos países donde existen) dirigidos a las personas de edad de la región. Al no tener claridad sobre su significado se corre el riesgo de poner en marcha programas y políticas sociales cuyos objetivos finales no estarán claros para los planificadores y tampoco para los destinatarios.

Por otra parte, un concepto operativo de calidad de vida debe contener tantos aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta). Dicho de otra forma, deberían considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones, por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales (Fernández Ballesteros, 1993).

El asunto de los componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida conduce a un problema metodológico; una evaluación de la calidad de vida debe ser también multimetódica, es decir, requiere la aplicación de diversos instrumentos para aprehender ambos aspectos.

En síntesis, la evaluación de la calidad de vida del anciano debe ser definida no sólo en función de su contexto de referencia sino que también debe ser multidimensional, contemplar sus elementos subjetivos y objetivos y contener diferentes métodos e instrumentos de medida; el principal problema de aplicar este modelo (si bien

satisface criterios de adecuación conceptual y de rigor metodológico) es que sus requerimientos multimétodos, aunque se haya logrado identificar los factores que inciden en la calidad de vida del grupo de personas mayores de 60 años, es que cualquier intento riguroso de evaluarla resulta muy costoso. ⁽¹⁷⁾

Otro elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida es su condición de concepto multidimensional, lo que implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores. ⁽¹⁸⁾

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

En sus conocidas “Estrellas”, Rocío Fernández Ballesteros (1993) presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio - ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores: ⁽¹⁹⁾

Dimensión Física

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados.

Los cambios más significativos a nivel sensorial en los ancianos, son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Sobre todo se da la pérdida de agudeza, lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo lo que dificulta su interrelación con otras personas. Las inseguridades y el miedo a salir de su propia casa aumentan por el deterioro de los sentidos vestibulares, que causan la descoordinación psicomotriz con tiempos de reacción más lentos, la sensación de no poder dominar su cuerpo en un ambiente extraño.

Se ha demostrado el deterioro de la calidad de vida en adultos mayores que padecen patologías de sueño (Bepthage, 2005; Quan y cols., 2005). Incluso algunos trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva diurna, pueden exacerbar estos síntomas, traduciéndose en baja calidad de vida relacionada con la salud. ⁽²⁰⁾

El anciano sano y su autoestima e imagen general no difieren grandemente de otros grupos de edad a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual, que sólo se verá resentido si se compara con franjas de edad más jóvenes. El envejecimiento pues puede ser auto percibido como positivo cuando existe autonomía personal y funcional, relaciones agradables, estabilidad económica, estimulación física, mental y de responsabilidad con su propia existencia. ⁽²¹⁾

Es importante que la persona que padece esta enfermedad realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el

riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad. ⁽²²⁾

Dimensión Social

Muchas investigaciones han encontrado que envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social.

El anciano suele mostrarse menos agresivo y competitivo, necesita menos de la presencia de otras personas “afines”, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita. En general, el anciano es más precavido, más rígido y siente el medio ambiente como más amenazante y hostil que las personas de menos edad.

El declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a la jubilación es, en sí mismo, para la persona que se jubila, una experiencia que desvaloriza. La corriente vital, de la persona que se jubila puede ser afectada por la retirada de la vida profesional activa, del grupo de pertenencia dinámica.

El adulto mayor puede tener la impresión de que la corriente de la vida va fluyendo sin él, que ha quedado reducido a simple espectador. En realidad no tiene que ser así, se hace forzosa la solución positiva de la crisis de la jubilación, para evitar que el

anciano desemboque inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida; el tedio y la soledad. El tedio, puede definirse como un sentido de reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente, en una reunión familiar o junto a sus nietos.

En cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida en esta edad, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.

Un enfoque simplista del ocio y de la recreación en la tercera edad, nos lleva a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor.

En esta edad, la actividad física - intelectual favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. Como menciona el Geriata Cowgill la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización

y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento. ⁽²³⁾

Otra sub dimensión que se considera es la calidad ambiental que por lo general incluye problemas relacionados con el medio ambiente que decrecientan el bienestar subjetivo. Estos aspectos son principalmente: contaminación, ruido, pérdida de tiempo, transportarse de un lugar a otro en la ciudad. ⁽²⁴⁾

No hay que dejar de lado el aspecto económico dentro del cual transcurre la vejez y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como apunta Pérez Ortiz (1997) el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos en momentos actuales medida utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”.

El concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar en la vejez. Las desigualdades de género pueden entenderse como consecuencia de las condiciones de vida en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida (la participación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres, tienden a tener carreras profesionales discontinuas, trabajan en peores condiciones, reciben menores ingreso en igual posición ocupacional y generalmente se insertan en el mercado informal); las desigualdades por edad, como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad

de los sistemas de garantía de rentas (públicos o privados) para garantizar el mantenimiento de rentas durante períodos amplios; o bien, las desigualdades en función a la residencia son dables de registrar a través de los equipamientos y servicios públicos a los que tienen acceso los ancianos; finalmente, es también posible dar cuenta de las desigualdades basadas en factores que actúan en momentos anteriores del curso vital, como la nutrición en la infancia, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos (Pérez Ortiz, 1997).⁽²⁵⁾ Se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo, incluye la posesión de un patrimonio (casa propia, bienes, entre otros).

Dimensión Psicológica

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo.

Según Anderson (1975) el bienestar se traduce como el estar bien, adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la auto aceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc. Abreu (1991) indica que la calidad de vida tiene un componente relacionado con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida.

Campbell (1976) afirma que se puede estar satisfecho con los logros pero ser infeliz afectivamente, o uno puede ser feliz pero insatisfecho. Diversos estudios afirman que los adultos mayores

tienden a estar más satisfechos pero menos felices, mientras que los adultos jóvenes tienden a estar menos satisfechos pero más felices
(26)

La calidad de vida en tanto objeto, fin y medida de desarrollo debe dirigir la práctica social hacia el desarrollo de las capacidades humanas, la educación juega un papel de suma importancia para la consecución de este objetivo. Si la finalidad principal de la educación es el pleno desarrollo del ser humano en su dimensión social.

El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras.⁽²⁷⁾

Un déficit en el estado mental empobrece la calidad de vida del adulto mayor como afecciones a la memoria, que es una de las experiencias mentales que resulta ser vital para los seres humanos porque de ella depende la habilidad para recordar personas, eventos y experiencias del pasado.

2.2.3 FACTORES Y ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

FACTORES DE LA CALIDAD DE VIDA

- **Factores materiales:**

Los factores materiales son los recursos que uno tiene:

- Ingresos disponibles
- Posición en el mercado de trabajo.
- Salud

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

- **Factores relacionamiento:**

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

- **Factores ambientales:**

Los factores ambientales son las características del vecindario o comunidad que puede influir en la calidad de vida, tales como: Presencia y accesos a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de nuevas tecnologías que hace la vida más simple. También, las características del hogar son relevantes en determinar las condiciones de vida.

- **Políticas gubernamentales:**

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

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

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR

Existen muchos aspectos asociados a la calidad de vida en la vejez, dentro de los principales podemos mencionar:

EDAD:

Durante todo el ciclo vital el individuo se halla sujeto a una secuencia de pérdidas y ganancias y durante el envejecimiento hay un mayor porcentaje de las primeras. En este sentido, era de esperar obtener una disminución de los niveles de calidad de vida al aumentar la edad, pero los resultados de las investigaciones no han avalado unánimemente esta tendencia, algunos resultados informan que las personas de más edad manifiestan niveles más elevados de bienestar subjetivo.

El envejecimiento es un proceso biológico natural, corolario, obligatorio de toda forma de vida, a medida que el organismo envejece, sus funciones se deterioran; el paso de los años produce modificaciones internas y externas, las estructuras internas sufren un progresivo desgaste tanto en el aspecto morfológico como fisiológico que afecta directamente su funcionalidad, dichas modificaciones se vuelven molestas con el paso de los años, el cuerpo viejo se vuelve sedentario y negado, originando que el adulto mayor viva con menor calidad de vida.

SEXO:

El género hace referencia a las características atribuidas a la femineidad y masculinidad y los roles que desempeñan hombres y mujeres, esto conlleva a seguir pautas de identificación en la dinámica de vida, en las funciones, valores, actitudes o emociones y

por consiguiente la vida cotidiana, esto determina la calidad de vida que presentan los hombres y las mujeres, ya que hay diferencias y desigualdades en las condiciones de vida, acceso a oportunidades, espacios y bienes materiales y simbólicos.

El envejecimiento en el mundo se caracteriza por su feminización, ya que en su mayoría son las mujeres las que alcanzan mayor edad, y un mayor número de los varones mueren antes de alcanzar edades avanzadas. Las mujeres registran tasas más altas de discapacidad en edades más avanzadas, lo cual refleja las mayores cargas acumuladas a lo largo de su ciclo vital. El estado de salud de las mujeres adultas mayores se resiente en términos generales, debido a la falta de servicios de salud, educación y por una deficiente nutrición en las etapas anteriores de su vida.

A medida que la esperanza de vida aumenta y la persona avanza en edad, la probabilidad de presentar una discapacidad física o mental, o enfermedad se incrementa, reflejo de factores como las condiciones y estilos de vida, la contaminación ambiental, la herencia, la accesibilidad a servicios de salud, entre otros, por lo que las mujeres llegan a una vida longeva pero con menor calidad de vida que los hombres. Sacramento (2005:125) refiere la existencia de diferencias significativas en cuanto al género y los niveles de bienestar subjetivo informado por personas mayores, los varones presentan nivel de bienestar superior a las mujeres, otros autores como Fernández Ballesteros y Maciá comentan que en ambos sexos hay niveles altos de bienestar subjetivo y que lo que varía es la fuente que fomenta dicho bienestar. ⁽²⁸⁾

ESCOLARIDAD:

Es una de las variables no biológicas más importantes que ha mostrado correlación con la calidad de vida (Aiken y Marsyke, 2008; Iwasa et al., 2006; Chin et al., 2006). Estamos en el escenario de una educación informal para la mayoría de los adultos mayores, en el entendido de que existían mayores posibilidades educativas para los hombres que para las mujeres, la preparación para la mujer se enfocaba en la preparación para ser madres y la posibilidad educativa dependía de las responsabilidades en la familia, es decir, muchas veces el hombre debía trabajar desde tempranas edades para participar en el sustento familiar, por lo que muy pocos estudiaban. Dicha situación marca en el presente el nivel educativo que presentan los adultos mayores y por consiguiente su influencia en la calidad de vida de hombres y mujeres, dado este contexto, el hombre debe tener mejor calidad de vida por la preparación educativa que recibió, sin embargo también está expuesto a ciertos riesgos originados por las diferentes actividades que realiza, por otro lado, la mujer puede tener menor calidad de vida por la falta de instrucción recibida en su vida, situación que la coloca en una situación de desventaja para su vida futura. ⁽²⁹⁾

ESTADO CIVIL:

Existe una gran cantidad de mujeres adultas mayores que en su gran mayoría se encuentran en calidad de viudas. Esta condición matrimonial para estas generaciones de mujeres puede estar generando una situación de dependencia pues tradicionalmente estas generaciones no se preparaban formalmente y sus actividades principales se relacionaban a la crianza de los hijos y los quehaceres del hogar. La gran mayoría de las personas con 50 años y más se encuentran casadas o viviendo en unión libre, esta tendencia es mucho más marcada entre los varones de áreas rurales. La situación

de viudez o de separación y divorcio, por su parte, es mucho más presente en las mujeres y en los residentes en áreas urbanas. Esta diferencia en el status matrimonial es una consecuencia de las prácticas tradicionales en la nupcialidad mexicana, pues en estas generaciones era costumbre, matrimonios entre personas con una amplia diferencia de edades en donde las mujeres más jóvenes se casaban o unían con varones de mayor edad. ⁽³⁰⁾

En los matrimonios, la diferencia de edades junto con la esperanza de vida que favorece a las mujeres, propicia que sean ellas quienes tienen una mayor probabilidad de llegar a la viudez, dicha situación asegura que las adultas mayores vivan con menor calidad de vida, dado su contexto. También son las mujeres quienes tienen una mayor propensión a conservarse solteras o sin pareja.

En estos casos como viudas, solteras o divorciadas/separadas las redes inmediatas de las mujeres mayores son aparentemente más reducidas. La ausencia de pareja puede considerarse como la falta del vínculo de relación primaria, la cual muchas veces es sustituida por los hijos y otros familiares, amigos, entre otros. En ese sentido, la descendencia de las personas mayores, independientemente de la condición matrimonial que se haya experimentado resulta ser la red primaria de vínculos sustantivos en la etapa de vejez. Además de la soltería otro factor muy importante para hombres y mujeres es haber tenido hijos, en estos casos la calidad de vida puede ser mejor, ya que se asegura el cuidado que recibirá de sus familiares.

INGRESOS ECONÓMICOS:

Es la capacidad de las personas mayores de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica de las

personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar, de forma independiente, una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida.⁽³¹⁾

El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que hacen a una buena calidad de vida, y tomar decisiones con independencia. Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. Otro activo muy importante para las personas mayores lo constituye la propiedad de una vivienda, que les brinda seguridad y estabilidad, a la vez que puede constituir un bien de intercambio en caso de necesidad.

FUNCIÓN COGNITIVA:

El declive de los recursos cognitivos juega probablemente un papel sustancial en la capacidad de las personas mayores para promover su propio autocuidado. Ellos necesitan entender las instrucciones, usar la memoria operativa (fragmento de recuerdo aún en mente) para incorporar instrucciones en su plan de autocuidado, usar la memoria a largo plazo para recordar en qué consiste el plan de autocuidado y usar la memoria prospectiva para acordarse de la toma de las medicaciones y tomar decisiones para la práctica de factores protectores de la salud en éste ciclo vital.⁽³²⁾

Según éste mismo autor en el anciano existen problemas de concentración sobre información pertinente e inhibición de la atención a aspectos irrelevantes, por lo que difumina la atención entre aspectos relevantes e irrelevantes. Más si aún algunos estereotipos de la vejez como persona “arisca, brusca, intolerante” da

como resultado la inhibición de respuestas fuertemente activadas aunque inadecuadas en situaciones sociales. Hecho que también puede explicar los problemas de memoria en la vejez.

Cuanto mayor sea la calidad de vida de anciano, mejores serán sus hábitos en cuanto las necesidades físicas básicas; cuantos más recursos culturales y sociales, tenga la persona, mayores serán las posibilidades de prevenir alteraciones. No debemos ni podemos establecer una edad como punto límite en el que las capacidades intelectuales empiezan a declinar, es cierto que existe un proceso involutivo en el desarrollo de las capacidades, tanto físicas como psíquicas, pero también lo que es que cada persona tiene su propia involución y evolución, pero si debemos estar alerta para prevenir las posibles alteraciones futuras intentar retrasar al máximo los problemas que puedan surgir en este sentido.

Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognitiva son indicadores fuertes de un envejecimiento activo y de longevidad, Durante un envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas, especialmente la velocidad de aprendizaje y la memoria, declinan, naturalmente con la edad; sin embargo estas pérdidas pueden compensarse con los logros en sabiduría, conocimiento y experiencia.

A menudo el deterioro cognitivo se desencadena por desuso (falta de práctica), por enfermedad (como una depresión), factores conductuales (como el consumo de alcohol), factores psicológicos como falta de motivación, pocas expectativas, falta de confianza y factores sociales (como soledad y aislamiento), más que por el envejecimiento en sí.

Otros factores psicológicos, como la autoeficacia, se asocian a las elecciones de conductas personales durante el envejecimiento y a prepararse para la jubilación. Los estilos de afrontamiento determinan la manera en que las personas se adaptan a la transición del envejecimiento.

Refiere 4 mecanismos de funcionamiento cognitivo en el adulto mayor:

La velocidad con que se procesa la información (las tareas cognitivas se deterioran con la edad, porque las personas mayores llevan a cabo más lentamente los pasos en las tareas complejas),

El funcionamiento de la memoria operativa (la memoria operativa puede conceptualizarse, como la cantidad de recursos disponibles para procesar información, lo cual implica almacenamiento, recuperación y transformación de la información, la memoria es la totalidad de la energía disponible para llevar a cabo operaciones mentales a medida que se procesa la información),

La función inhibitoria (las persona mayores presentan incapacidad para mantener la concentración sobre la información principal ya que a menudo difuminan su atención hacia información irrelevante acumulada, tiene mucho que ver la producción lingüística, la noción de un mal funcionamiento inhibitorio puede ser de gran importancia para la comprensión de la conducta en personas mayores, en muchas situaciones cotidianas) y por último

El funcionamiento sensorial (es probable que quienes lleguen a edades muy tardías constituyan una elite de mejor salud física y cognitiva, poseer educación elevada, riqueza o capacidades

cognitivas superiores, no protege frente al deterioro de la edad, todos envejecemos a la misma velocidad y existe un declive relacionado a la edad independientemente del nivel de capacidad del adulto mayor). Este mismo autor refiere que quien tenga gran cantidad de recursos cognitivos y experiencias, seguirá disponiendo de una proporción adecuada de los mismos, para llevar a cabo tareas cotidianas como manejo de asuntos económicos, prescripciones médicas, compras, asuntos domésticos, etc. a pesar del declive significativo imputable a la edad.

PLASTICIDAD:

En la actualidad un estilo de vida activo se asocia con un alto nivel de plasticidad cognitiva que a su vez se relaciona con una menor probabilidad de deterioro y declive cognitivo. Las actividades de la vida diaria (AVD) es una de las variables consideradas indicadoras de dependencia – independencia en la vejez que se asocia al deterioro cognitivo y físico. Las dificultades cognitivas asociadas a la edad llevan de la mano diversas limitaciones en el funcionamiento de su vida diaria es decir en su funcionamiento como personas independientes. La consideración de la plasticidad cognitiva en la vejez plantea que determinadas variables protegen al individuo frente al deterioro cognitivo que aparece a medida que emerge la degeneración cerebral y en ese sentido podría plantearse también su papel protector frente a la dependencia. ⁽³³⁾

Inteligencias múltiples: La inteligencia no es vista como algo unitario, agrupa diferentes capacidades específicas con distinto nivel de generalidad, sino como un conjunto de inteligencias múltiples, distintas e independientes. Gardner define la inteligencia como la “capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas” primero amplía el campo de los que

es la inteligencia y reconoce lo que sabía intuitivamente: que la brillantez académica no lo es todo. A la hora de desenvolverse en la vida, no basta con tener un gran expediente académico. Hay gente de gran capacidad intelectual pero incapaz de elegir bien a sus amigos; por el contrario hay gente menos brillante en el colegio que triunfa en los negocios o en su vida personal. En cada campo se utiliza un tipo de inteligencia distinto. Segundo y no menos importante, Garden define la inteligencia como una capacidad algo innato e inamovible. Se nacía inteligente o no, y la educación no podía cambiar este hecho. Todos los seres humanos poseen las 8 inteligencias en mayor o menor medida, todas son igualmente importantes (Inteligencia musical, inteligencia corporal – cenestésica, inteligencia lingüística, inteligencia lógico – matemática, inteligencia espacial, inteligencia interpersonal, inteligencia intrapersonal, inteligencia naturalista).

Aprendizaje significativo: Ausubel plantea que el aprendizaje depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por “estructura cognitiva” al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. Para ello es necesario saber la cantidad de información que posee una persona, así como los conceptos y proposiciones que maneja y el grado de estabilidad. Los principios de aprendizaje propuestos por Ausubel ofrecen un marco de propuestas para el diseño de herramientas meta cognitivas, partiendo de las experiencias previas. El aprendizaje significativo es la relación de ideas con algún aspecto específicamente relevante de la estructura cognitiva, por lo tanto se debe considerar lo que ya se sabe de tal manera que se establezca una relación con lo que se desea aprender, el aprendizaje significativo ocurre cuando una nueva información se conecta con un

concepto relevante, pre existente en la estructura cognitiva, esto permite que el conocimiento sea aprendido significativamente en la medida que los conceptos, ideas o proposiciones estén adecuadamente claras y disponibles en la estructura cognitiva del individuo y que funcionen como punto de anclaje del individuo.

APOYO FAMILIAR:

Es otra variable asociada a la calidad de vida del adulto mayor. La teoría del apoyo familiar sostenida por Kane (Fawcett, 1991: 30) considera que es un proceso de interacción entre la familia para la satisfacción de su necesidad y desarrollo. Tres supuestos fueron reconocidos: La familia es un sistema, El apoyo familiar es un proceso social y el apoyo familiar es positivo, promotor y útil. ⁽³⁴⁾

En la teoría se considera las características familiares (dimensión de la red social, estructura familiar, estima y estabilidad) y estas son el fundamento de donde surgen los factores interaccionales (reciprocidad, retroalimentación y compromiso emocional) del apoyo familiar. Los recursos de ayuda serán en forma de bienes y servicios, información, afectos. Sus proposiciones representan el proceso del apoyo familiar en las que a más características familiares más serán los factores interaccionales y que a más factores interaccionales mayor es el apoyo familiar y las consecuencias de ese apoyo serán la salud.

Kane (Fawcett, 1991), refiere que el apoyo familiar se brinda según las necesidades del individuo. Esas son: apoyo emocional, (actitudes de confianza, preocupación, atención, agrado y amor). Apoyo valorativo (reforzando la autoestima, retroalimentando conductas positivas). Apoyo informativo (entrega de noticias o informaciones) y apoyo instrumental (donación de bienes y servicios, dinero,

medicamentos, etc.). Estas formas de apoyo familiar han sido descritas también en la tipología de Kahn y Antonucci's como: Afecto: Expresión de unión, admiración, respeto, amor. Afirmación: Expresión de valorar a la persona reconociendo sus actitudes correctas, pensamientos y sentimientos. Ayuda: La provisión de asistencia directa o compañía, cosas, dinero, información y tiempo.

Kane (Faucett, 1991: 35) menciona que mucho de lo que la familia contribuye a sus miembros puede ser llamado soporte o apoyo social; en donde las adecuadas funciones familiares maximizan la adaptación y motivación, se sientan amados y respetados permitiéndoles que sus miembros ganen psicológicamente un equilibrio y bienestar.

Abordar la calidad de vida en la vejez demanda conocer la naturaleza, dinámica y el apoyo familiar a través del afecto, respeto, ayuda y las formas de la solidaridad intergeneracional como elementos fundamentales para el análisis. Sacramento y Sánchez (2005:222), consideran a la familia como red social de apoyo y se acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a retraerse otras relaciones sociales, las pérdidas se acentúan, los cambios pueden ser limitantes y la presencia de enfermedades pueden condicionar la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas.

MORBILIDAD SENTIDA:

La valoración subjetiva del estado de salud muestra una fuerte relación con la calidad de vida, fundamentalmente durante la

segunda mitad de la vida, los mayores de 65 años evalúan su estado de salud mayoritariamente como “regular”, como “bueno” o como “muy bueno” son una minoría los que lo valoran como malo o muy malo, a pesar de ello los mayores conocen sus limitaciones desde la perspectiva del envejecimiento, por lo que es posible que presenten mejores valoraciones sobre su propia salud, que si opinasen las persona de su entorno directo. ⁽³⁵⁾

La presencia de procesos de adaptación psicológica durante la etapa de envejecimiento, permite a los ancianos hacer frente a cambios y a posibles pérdidas de salud asociadas al avance de la edad, manteniendo unos niveles estables de bienestar psicológico. Los problemas de salud objetivos en sí mismos no suponen un obstáculo importante para percibir una calidad de vida elevada, en cambio sí que lo son las posibles consecuencias a ellos asociados, como las restricciones de movilidad, de las relaciones sociales o de las oportunidades recreativas. ⁽³⁶⁾

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

Hoy en día los servicios de salud están más al alcance de la población urbana, dotando de una mayor calidad de vida a los adultos. Las tasas de cobertura del sistema de seguridad social del país son bajas en comparación con otros países, las instituciones de seguridad social ofrecen, entre otros servicios, prestaciones de pensión y atención médica. Los trabajadores afiliados al sistema de seguridad social hacen aportaciones, que reciben de su propia institución, al jubilarse, los trabajadores, comienzan a cobrar una pensión y siguen recibiendo atención médica, pero ya sin realizar aportaciones, los servicios de salud se ofrecen en las instalaciones de las instituciones de seguridad social. Los trabajadores del sector formal pueden recibir cobertura de las instituciones de seguridad

social, para ello deberán ser dados de alta por su patrón, y recibirán atención médica y pensión al momento de su jubilación. Para los trabajadores informales en México ofrece los servicios del sector salud a través de la Secretaría de Salud, el Programa IMSS Oportunidades y el Seguro Popular de Salud (SPS) así como México ha implementado varios programas de pensiones no contributivas como forma de protección social para los adultos mayores de escasos recursos que permanecieron en el sector informal durante sus vidas laborales. ⁽³⁷⁾

2.2.4 ROL Y CUIDADOS DE LA ENFERMERA EN LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor. ⁽³⁸⁾

La enfermera debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido. En la identificación de la fragilidad real y de la dependencia del adulto mayor, radica la posibilidad de hacer bien a otro. Esto puede construirse y experimentarse en quien se empeñe en ser cuidador. Con la experiencia de un adulto mayor necesitado de salud, nace la posibilidad de hacer bien a otro. Podemos ser responsables de otro, cuando descubrimos que no estamos solos en el mundo y que es posible estar con nuestros semejantes cuidándolos y cuidándonos.

Hay que considerar que en muchos casos ser adulto mayor es ser vulnerable cuando se está expuesto a un mayor desgaste o a la soledad. Los enfermeros deben saber que toda atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral. Según ésta, el adulto mayor será atendido con base en su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno en el que se desenvuelve. En este sentido, existe una importante labor de educación sanitaria, que puede mejorar claramente la calidad asistencial del adulto mayor dependiente o disfuncional.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores. El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. ⁽³⁹⁾

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS QUE HAY QUE ATENDER.

En pacientes con edades entre los 65 y 74 años son efectivos el diagnóstico precoz y tratamiento de esos trastornos para prevenir las incapacidades físicas y psíquicas. En pacientes con edad superior a los 75 años las maniobras son paliativas, y están destinadas a evitar los riesgos de accidentes, mantener una nutrición adecuada y ofrecer un soporte médico, asistencial y social adecuado.

CUIDADOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

El paciente anciano va desarrollando a lo largo de los años sus propios hábitos de vida. No debemos modificar dichos hábitos, siempre que sea posible, por el hecho de estar ingresado en el hospital. El anciano requiere unos cuidados para sentirse bien y evitar la aparición de problemas. Estos cuidados incluyen:

- Cuidados de la boca
- Cuidados del pelo
- Cuidados de las uñas
- Baño total o parcial
- Cuidados de los pies
- Cuidados de la piel
- Cuidados respiratorios
- Cuidados nutricionales
- Cuidados de eliminación

1. CUIDADOS DE LA BOCA

Van dirigidos a conservar en buenas condiciones la cavidad bucal y a evitar el deterioro y caída de los dientes, con el fin de mantener sus hábitos nutricionales y su autoimagen.

Estos cuidados incluyen: ⁽⁴⁰⁾

- Revisiones periódicas c/6 meses de la cavidad bucal.
- Los alimentos lácteos fortalecen la mandíbula inferior y las sopas previenen la sequedad de la boca.
- Cepillado de dientes tras comer y utilizar la seda dental para eliminar sarro y alimentos.
- Explicar cuáles son los signos y síntomas de las afecciones bucales: mal aliento, saliva pegajosa, intolerancia al frío/ calor, poco apetito.

- Explicar la forma de cepillarse los dientes (movimientos rotatorios desde la encía hasta la corona con cepillo blando y seda dental con dentífrico fluorado).
- Cepillado de la lengua y paladar para eliminar la saliva espesa que produce mal olor.
- Enjuagues con zumo de limón o menta.
- Hidratar los labios con crema hidrosoluble.
- Cuidados de la dentadura postiza, limpieza, retirarla por la noche, guardarla en lugar seguro.

2. CUIDADOS DEL CABELLO

Recomendaremos al anciano: ⁽⁴¹⁾

- Cepillarse el pelo dos veces al día para favorecer la circulación.
- Lavar una vez en semana usando un champú que no reseque y no irrite los ojos.
- Cortar el pelo una vez al mes para que no se abran las puntas.
- Utilizar pulverizadores en lugar de aerosoles en un lugar aireado.
- Si hay calvicie puede utilizar gorros, pelucas, sombreros, etc.

3. CUIDADOS DE LAS UÑAS

- No sumergir las manos en agua y si es necesario colocarse guantes. ⁽⁴²⁾
- Hidratar manos y cutícula cada día para que no se rompan.
- Masajear las uñas para favorecer la circulación.
- Realizar la manicura una vez en semana y para ello explicarle cómo debe hacerlo.

4. CUIDADOS DE LOS PIES

- Debemos informar al anciano de la importancia del cuidado de los pies, de la importancia de realizarse revisiones en el podólogo de forma regular, de utilizar calcetines de algodón o nylon, de utilizar

zapatos cerrados y antideslizantes, de piel natural y con plantillas almohadilladas.

- Examinar los pies a diario prestando atención al enrojecimiento, heridas, callos, durezas, etc., notificando al médico cualquier problema.
- Tras el lavado aplicar una loción hidratante, si tiene mal olor realizar friegas con alcohol. Una vez en semana realizar baño caliente realizando ejercicios de movilidad. Frotar con una piedra pómez los talones para eliminar la piel muerta. Cortar las uñas en línea recta y dar masajes en dedos y planta para fortalecer la circulación. ⁽⁴³⁾

5. CUIDADOS DE LA PIEL

Debido al papel esencial que desarrolla la piel en el funcionamiento del organismo, hay que mantenerla en perfecto estado de limpieza. Por estar en contacto con el exterior y sus suciedades (polvo, microorganismos, mezclados con sudor y grasa), se forma una capa sucia que obstruye los poros, impidiendo los cambios y favoreciendo el desarrollo de parásitos. Debido a esto, la piel necesita una limpieza regular (baño y ducha) para mantenerse flexible y protectora. ⁽⁴⁴⁾

Basta el agua jabonosa para disolver los cuerpos grasos y eliminar de la piel la grasa sucia y maloliente. Sin embargo, hay que tomar ciertas precauciones con los baños fríos o calientes, entre otras, por ejemplo, que no sean muy largos o a temperaturas demasiado extremas. Ciertas partes del cuerpo merecen una especial atención: las manos deben estar siempre limpias incluyendo uñas, cara, nariz, boca y dientes, que deben limpiarse frecuentemente; la región perineal debe lavarse varias veces al día.

La ropa blanca y la ropa interior deben estar limpias y ser

permeables al aire para poder absorber el sudor. En cuanto al vestido exterior, su papel es proteger la piel y mantener la temperatura, no debe ser ni demasiado estrecho ni demasiado ancho; en cualquier caso deben estar secos, para evitar la maceración de la piel. El sol y el aire libre son muy beneficiosos, sin embargo hay que evitar el sol excesivo y las corrientes de aire. Con una higiene cuidadosa y diaria se puede conservar la piel en excelente estado, lo cual ayudará en gran medida a mantener la salud, dada la importancia de la piel en el funcionamiento general del cuerpo.

6. CUIDADOS RESPIRATORIOS ⁽⁴⁵⁾

- Para evitar los problemas respiratorios debemos enseñar al anciano las técnicas de respiración profunda y expectoración. La respiración profunda mejora la expansión pulmonar y la expectoración evita el aumento de secreciones.
- Para la respiración profunda, colocaremos al anciano en decúbito supino poniendo una mano en el pecho y otra en la base del esternón. Pediremos que inspire profundamente y que centre su atención en la elevación del abdomen sin expandir el tórax.
- Pedir al paciente que aguante la respiración y que cuente hasta cinco. Pediremos que expulse el aire con los labios fruncidos. También pueden hacer ejercicios con Respi-flo o bolsas de diuresis.
- Para que expectore le invitaremos a que tosa fuertemente dos veces, que beba líquidos y suprima los lácteos para ayudarlo a fluidificarlas, que coma ligero.
- Si observáramos fatiga o dificultad al respirar informar a la enfermera con la mayor prontitud.
- Si el paciente lleva O₂ comprobar que se queda en perfecto estado al movilizarlo, que el recipiente de agua tiene suficiente, etc.

- Colocar las gafas o mascarilla de manera que no opriman y si es necesario proteger los anejos.

7. CUIDADOS NUTRICIONALES ⁽⁴⁶⁾

El envejecimiento en el ser humano es un proceso que comienza después de la concepción y continúa hasta la muerte. Si bien las necesidades básicas permanecen constantes, las personas de edad avanzada pueden presentar problemas específicos debido a las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento, a trastornos que afectan a la ingestión, digestión y absorción de los alimentos o a la metabolización de las sustancias nutritivas.

8. CUIDADOS DE LA ELIMINACIÓN ⁽⁴⁷⁾

Explicaremos al anciano que no siempre es necesaria una deposición diaria por la pérdida del tono muscular, menor actividad física y menor consumo de alimentos. Podemos ayudarlo a confeccionar un patrón intestinal para evitar enemas y laxantes. Le explicaremos la importancia de beber abundante agua y zumos de naranja y ciruela.

Si el anciano tiene incontinencia urinaria le explicaremos los cuidados adecuados para mejorar dicha alteración. Mejoraremos la accesibilidad al wc, proveer de compresas y prendas adecuadas.

9. CUIDADOS EN LA DEAMBULACIÓN

Tienen predilección por estar en la cama. La rigidez, osteoporosis, derrames hacen que la deambulación se haga dificultosa y, en algunos casos dolorosa. Es preciso que ande y se le deberá ayudar con precaución, teniendo en cuenta la gravedad de las caídas, ya que su equilibrio es muy escaso y existe gran riesgo de fractura o luxación de cadera. ⁽⁴⁸⁾

Para evitar la inmovilidad proveeremos de medios auxiliares para la marcha, adaptaremos el medio físico a la situación del individuo, camas y sillas accesibles, evitaremos la hiperprotección.

10. CUIDADOS DEL BAÑO ⁽⁴⁹⁾

El baño es un método de higiene corporal, constituye un medio para favorecer la eliminación de las toxinas y dar vitalidad a los tejidos. Desengrasa la piel y permite evitar más fácilmente las úlceras. En el baño el anciano enfermo debe ser vigilado y acompañado en todo momento. No debe haber timbres, lámparas ni estufas o radiadores eléctricos, con objeto de evitar un accidente. Previamente cerraremos las ventanas y caldearemos la estancia. Si el anciano se va a asear en la bañera colocaremos una alfombrilla antideslizante y una alfombrilla fuera para que no se resbale al salir. ⁽⁵⁰⁾

Durante el baño podemos encontrarnos con algunas incidencias como que el anciano se maree dentro de la bañera, sostendremos la cabeza fuera del agua, vaciaremos la bañera, cubriremos su cuerpo con mantas y pediremos ayuda. Mientras tanto realizaremos los cuidados básicos de actuación ante el mareo o síncope.

2.2.5 TEORIA DE ENFERMERIA: VIRGINIA HENDERSON

El cuidado de enfermería según esta teoría consiste en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de actividades relacionadas con la satisfacción de las necesidades fundamentales de Henderson. La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica, las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, una muerte

apacible, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales. ⁽⁵¹⁾

El objetivo principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Es decir conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida. Henderson identifica 14 necesidades básicas que ayudan al cuidado enfermero:

1. Respirar normalmente
2. Beber y comer adecuadamente
3. Eliminar
4. Moverse y mantener una posición adecuada
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener una temperatura corporal normal
8. Estar limpio y aseado
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otras personas
11. Practicar su religión y actuar según sus creencias
12. Ocuparse de manera que se sienta útil
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender describir y satisfacer su curiosidad

Metaparadigmas según Virginia Henderson: ⁽⁵²⁾

- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- **Cuidado:** Esta dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- **Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.
- Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar: ⁽⁵³⁾

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

2.2.6 TEORIA DE ENFERMERIA: MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación

universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social. ⁽⁵⁴⁾

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona.

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras. ⁽⁵⁵⁾

Considerando lo mencionado, se relaciona esta teoría con el tema a investigar, ya que busca determinar la relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micired 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

FACTORES AMBIENTALES

Los factores ambientales (representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano que rodea o se interrelaciona con el individuo) puede influir directamente en la calidad de vida de las personas.

CALIDAD DE VIDA

Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

ADULTO MAYOR

Todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

2.4 HIPOTESIS

Hp. Si existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.

Ho. No existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

FACTORES AMBIENTALES

Representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano que rodea o se interrelaciona con el individuo, puede influir directamente en la calidad de vida de las personas.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

FACTORES AMBIENTALES

Representa todo aquel elemento externo al adulto mayor, que rodea o se interrelaciona con él y puede influir directamente en la calidad de vida de adulto mayor que asiste a la Micrired 15 de agosto en Paucarpata, Arequipa - 2016, considerando sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Es la percepción del adulto mayor de adulto mayor que asiste a la Micrired 15 de agosto en Paucarpata, Arequipa – 2016, sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Considerando las dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Indicadores
Factores ambientales	Físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Medios disponibles para obtener los servicios requeridos, independientemente de ser públicos o privados.
Calidad de vida del adulto mayor	Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con su yo interior, consciencia de su situación y la enfrente.
	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con la familia, amigos, medios actuales de comunicación.
	Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación, tratamiento médicos, etc.
	Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Miedos, ansiedad, pérdida de autoestima, etc.
	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales de apoyo. Relación médico – paciente,

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo no experimental y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de variables es bivariable.

3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

El presente proyecto de investigación se lleva a cabo en la Micro red 15 de agosto, ubicada en la Av. Salaverry S/N, Urb. 15 de Agosto, en el distrito de Paucarpata, Departamento de Arequipa, en la Micro red se brindan los servicios de niño sano, medicina, medicina del adulto mayor, pediatría, ginecología, odontología, obstetricia, psicología, adolescente, laboratorio, ecografía, tópico, triaje, farmacia, servicio social y admisión, laboran en estas área, en el horario de 7:30 am a 7:30 pm, es de categoría I - 4

3.3 POBLACION Y MUESTRA

El presente estudio tiene como población a los pacientes del área de geriatría que asisten para recibir servicios del cuidado y orientación del adulto mayor, la población del área de geriatría de la Micro red 15 de Agosto corresponde a un total de 100 adultos mayores.

La muestra de este estudio es equivalente a la población, es decir, se trabajó con el 100% del personal de los participantes que asisten a atenderse en el área de geriatría.

Criterio de Inclusión:

- + Adultos mayores de 60 años que asisten a la Micro red 15 de agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.
- + Adultos mayores de 60 años que tengan historia en la Micro red.
- + Adultos mayores de 60 años que deseen participar en la investigación.

Criterio de Exclusión:

- + Adultos mayores de 60 años que asisten a la Micro red 15 de agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.
- + Adultos mayores de 60 años que tengan historia en la Micro red.
- + Adultos mayores de 60 años que deseen participar en la investigación.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utiliza para la recolección de datos es la encuesta, como técnica la entrevista, que permite obtener información de fuente directa a través de ítems para identificar la relación existente entre los factores ambientales y la calidad de vida en el adulto mayor de la Micro red 15 de agosto en Paucarpata, Arequipa - 2016.

Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y el contenido; está dividido en dos partes: la primera con 15

ítems que corresponde a las siguientes dimensiones: aspectos físico, psicológico y social.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se verificó con el Juicio de Expertos que fue conformado por 4 Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de geriatría. Para establecer la confiabilidad se determinó a través de la aplicación de fórmulas estadísticas como Ku de Richarson. Los resultados fueron = 0.7 que es considerado válido por ser mayor a 0.5.

3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se coordinó y realizó los trámites administrativos correspondientes con el Director de la Micro red, mediante una carta de presentación de la autoridad máxima de la Escuela Profesional de Enfermería, posteriormente se determinó el día de la aplicación del instrumento, con el consentimiento informado se procede a dar las indicaciones y entregar los instrumentos. El tiempo que demandó resolver el cuestionario fue aproximadamente de 15 a 20 minutos.

La recolección de datos se inició en el mes de Junio a agosto 2016 durante los días de consulta. Los datos se procesarán a través de una tabla Matriz y Hoja de Codificación utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 17.0 y el programa Excel 2013, para la presentación de datos en tablas y gráficos para su correspondiente análisis e interpretación.

CAPITULO IV

TABLA 1

FACTORES AMBIENTALES Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA MICRO RED 15 DE AGOSTO, PAUCARPATA, AREQUIPA – 2016.

FACTORES AMBIENTALES									
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Alto	24	24%	6	6%	3	3%	33	33%	
Medio	3	3%	45	45%	8	8%	56	56%	
Bajo	1	1%	2	2%	8	8%	11	11%	
Total	28	28%	53	53%	19	19%	100	100%	

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en un 45%(45), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en un 24%(24) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en un 8%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

TABLA 2
FACTORES AMBIENTALES Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
EN LA MICRO RED 15 DE AGOSTO, PAUCARPATA, AREQUIPA – 2016,
SEGÚN SU SALUD FÍSICA.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SU SALUD FÍSICA	FACTORES AMBIENTALES							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	24	24%	6	6%	5	5%	35	35%
Medio	3	3%	45	45%	7	7%	55	55%
Bajo	1	1%	2	2%	7	7%	10	10%
Total	28	28%	53	53%	19	19%	100	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión salud en un 45%(45), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión salud en un 24%(24) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión salud en un 7%(7). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión salud física del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

TABLA 3
FACTORES AMBIENTALES Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
EN LA MICRO RED 15 DE AGOSTO, PAUCARPATA, AREQUIPA – 2016,
SEGÚN SU ASPECTO PSICOLÓGICO.

FACTORES AMBIENTALES									
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SU SALUD FÍSICA	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Alto	24	24%	8	8%	3	3%	35	35%	
Medio	3	3%	44	44%	8	8%	55	55%	
Bajo	1	1%	1	1%	8	8%	10	10%	
Total	28	28%	53	53%	19	19%	100	100%	

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión Psicológico en un 44%(44), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión Psicológico en un 24%(24) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión Psicológico en un 8%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión psicológica del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

TABLA 4
FACTORES AMBIENTALES Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
EN LA MICRO RED 15 DE AGOSTO, PAUCARPATA, AREQUIPA – 2016,
SEGÚN SU ASPECTO SOCIAL Y AMBIENTAL.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SU SALUD FÍSICA	FACTORES AMBIENTALES							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	26	26%	4	47	5	5%	35	35%
Medio	1	1%	47	47%	7	7%	55	55%
Bajo	1	1%	2	2%	7	7%	10	10%
Total	28	28%	53	53%	19	19%	100	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión social y ambiental en un 47%(47), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión social y ambiental en un 26%(26) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión social y ambiental en un 7%(7). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión social y ambiental del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Hp. Si existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.

Ho. No existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Factores ambientales	Calidad de vida
Factores ambientales	Correlación de Pearson	1	,911**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Calidad de vida	Correlación de Pearson	,911**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 5, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,911, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables, con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Si existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en un 45%(45), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en un 24%(24) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en un 8%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto. Coincidiendo con PABLO GARCIA (2016) Resultados: Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Coincidiendo además con MELGUIZO; ACOSTA; CASTELLANO (2012) Conclusiones: Ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión salud en un 45%(45), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su

calidad de vida en la dimensión salud en un 24%(24) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión salud en un 7%(7). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión salud física del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto. Coincidiendo con MANRIQUE (2014) Los resultados indican que existe una mayor CVRS en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, se hallan relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental. Coincidiendo además con APONTE (2015), El propósito de este artículo es poder analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera, la misma que es parte de varios grupos sociales. Analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene. Cuáles son las cosas que hacen que su vida sea digna y que la impulsa a hacer la diferencia entre muchas otras personas que tienen las mismas condiciones de vida y llevan una vida sedentaria. Será que el apoyo que recibe y requiere son las adecuadas para continuar con sus actividades. Con este trabajo se intenta contribuir a la valoración y enriquecimiento de un grupo de personas que tradicionalmente se halla alejadas del ajetreo diario de las personas jóvenes y que muchas veces son alejadas de sus propias familias y sus actividades por ya no ser capaces de realizar muchas actividades. En el análisis de caso podemos analizar que son varios factores los que influyen la calidad de vida de esta persona de la tercera edad. Como cada uno influye de manera positiva para que la misma tenga una vida plena y que tenga ganas de vivir y seguir realizando actividades tanto dentro como fuera de su casa. Los factores que más influencia tienen son: la espiritualidad, ya que es donde se apoya y encuentra consuelo para sus problemas, siente que ayudando a los más necesitados y compartiendo tiempo con las personas que la necesitan encontrara la gloria eterna junto con su esposo. Otro factor es la de salud, considerando su

salud como algo importante para poder continuar realizando sus actividades diarias, siempre está atenta a los tratamientos médicos. La salud es algo importante en la tercera edad ya que las defensas van disminuyendo y son propensos a cualquier enfermedad, en especial cuando tienen alguna emoción fuerte. La soledad, la depresión entre otras cosas son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida, y solo dejan que la vida se les vaya sin ningún tipo de motivación.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión Psicológico en un 44%(44), los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión Psicológico en un 24%(24) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión Psicológico en un 8%(8). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión psicológica del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto. Coincidiendo con AVELLANEDA (2015) Los resultados indican que existe una mayor CVRS en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, se hallan relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión social y ambiental en un 47%(47), los

adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión social y ambiental en un 26%(26) y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión social y ambiental en un 7%(7). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión social y ambiental del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto. Coincidiendo con OLIVI, A; FADDA CORI; PIZZI KIRSCHBAUM (2015) Sobre la base de los resultados de la investigación, es posible señalar algunas de las áreas prioritarias que las políticas públicas deberían enfrentar para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores. Éstas remiten a las siguientes líneas de acción: promover un sistema de previsión social que garantice la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores y su autonomía económica; dotar a la ciudad de infraestructura y entornos seguros y adecuados a las necesidades de este grupo etario y desarrollar medidas específicas para facilitar la movilidad de las personas mayores. Todo ello incentivaría una mayor participación de los adultos mayores en el espacio público, redundando en su reconocimiento como sujetos activos y en su inserción social. Por último, es importante señalar que los indicadores de calidad de vida, basados simultáneamente en datos objetivos de condiciones de vida y en la percepción y evaluación subjetiva de las mismas, muestran su validez como recursos para la planificación urbana, aportando información relevante para la promoción de una ciudad mayormente inclusiva.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida, los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,911 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión salud, los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión salud y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión salud. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión salud física del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

TERCERO

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión Psicológico, los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión Psicológico y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida

en la dimensión Psicológico. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión psicológica del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

CUARTO

Los Factores Ambientales en los adultos mayores en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, que tienen un nivel Medio, tienen a su vez un nivel Medio en su calidad de vida en la dimensión social y ambiental, los adultos mayores con Factores Ambientales en un nivel Alto tienen a su vez un nivel Alto en su calidad de vida en la dimensión social y ambiental y los adultos mayores que tienen Factores Ambientales en un nivel bajo tienen a su vez un nivel Bajo de su Calidad de Vida en la dimensión social y ambiental. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Factores ambientales y Calidad de Vida en la dimensión social y ambiental del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto.

RECOMENDACIONES

Proponer que el personal de enfermería debería promover el autocuidado diario y permanente del adulto mayor en la Micro Red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa, y de esta manera permita, mejorar su calidad de vida.

Crear programas dirigidos a los adultos mayores y sus familiares, liderados por los profesionales de enfermería, con el propósito de proporcionar respaldo emocional, afectivo y social, a su vez, capacitarlos en el desarrollo de habilidades para la prevención de enfermedades, la promoción del auto-cuidado, y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Realizar estudios en poblaciones similares considerando el abordaje de otras variables (resiliencia, estrategias de afrontamiento, entre otras), para determinar el nivel de calidad de vida existente, desde otra perspectiva.

Gestionar un sistema de apoyo formal en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del país, para los adultos mayores, este apoyo debe brindar la oportunidad de prestar un servicio con calidad

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Aponte Dazas, Vaneska Cindy; Bolivia – 2015, titulada “Calidad de vida en la tercera edad”.
- (2) Melguizo Herrera, Estela; Acosta López, Ana; Castellano Pérez, Brunilda; Colombia – 2012, titulado “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores”.
- (3) Oliva, A; Fadda Cori, Giulietta; Pizzi Kirschbaum, Marcela; Chile – 2015, titulado “Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la Ciudad de Valparaíso”.
- (4) Manrique Chuquillanqui, Beatriz Ángel; Lima– 2014, titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana”.
- (5) Avellaneda Galarreta, Mary Katia; Trujillo – 2015, titulado “Influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad del programa de atención domiciliaria – PADOMI, Distrito de Florencia de Mora”.
- (6) Pablo García, Jessica Perla; Lima 2016, titulado “Calidad de vida del adulto mayor de la casa de reposo Polifuncional Palmas Reales”.
- (7) Salvador Giménez. Larousse de los Mayores. Madrid. Ed. Larousse. 2002. p. 16, 232 – 234.
- (8)(9)(14)(35)(37) Rodríguez García. Práctica de la Geriátrica. México. 2da Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2007. p. 72
- (10) Ministerio De Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 19
- (11)(12)(26)(36) García Hernández. Enfermería Geriátrica. España. 2da Ed. Elsevier Masson. 2006. p. 27, 82 – 84.
- (13) Varios. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales. España. 2006. Ed. Mad. 2006. p. 21
- (15)Palomino. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf. [Consulta julio 2010]

- (16) Piérola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. España. 10ª Ed. Masson. 2001. p. 25
- (17)(18)(19)(28)(29)(30) Fernández Ballesteros, Izal, M, Monitorio, González, Y Díaz. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España. Ed. Martínez Roca. 2002. p. 84-97
- (20)(31)(32)(33) Andrés Marín Agudelo. Trastornos del Sueño, Salud y Calidad de Vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Colombia. Ed. Suma Psicológica. 2008. p. 225 – 226.
- (21)(34) Kristen L. Mauk. Enfermería Geriátrica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2008. p. 556 – 558.
- (22) Caja Costarricense De Seguro Social Y Ops. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. Costa Rica. 2º Edición. 2007. p. 36 – 37.
- (23)(24)(25) Zea Wellmann. Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el asilo “Santo Domingo” Guatemala, septiembre de 2009.
- (27) Garduño Estrada, Salinas Amezcua, Rojas Herrera. Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México. México. Ed. Plaza y Valdés. 2005. p. 120, 121.
- (38)(39)(40)(41) Manual de geriatría y gerontología, Pontifica Universidad Católica de Chile - <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/MANUAL%20GERIATRIA%20PONTIFICIA%20UNIVERSIDAD%20CATOLICA%20DE%20CHILE.pdf>.
- (42)(43)(44)(45) Cuidados de enfermería básicos para adultos mayores, <https://es.slideshare.net/Gyvargas/cuidados-de-enfermeriapara-el-adulto-mayor>.
- (46)(47)(48) Cuidados de enfermería al paciente adulto mayor, <https://es.slideshare.net/edelsy/ciuidados-de-enfermeria-al-paciente-adulto-mayor>.

(49)(50) Atención de enfermería al adulto mayor.
<https://es.slideshare.net/LEYASASA/cuidados-de-enfermera-en-adulto-mayor>.

(51)(52)(53) Metaparadigmas Según Virginia Henderson
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>.

(54)(55) Teoría de Madeleine Leininger,
<Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06>.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “FACTORES AMBIENTALES Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA MICRORED 15 DE AGOSTO DE PAUCARPATA, AREQUIPA - 2016”

BACHILLER: AGUIRRE INFANTES, Carolay

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa - 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016,</p>	<p>HIPOTESIS</p> <p>Hp. Si existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.</p> <p>Ho. No existe relación entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la</p>	<p>Factores ambientales</p> <p>Calidad de vida del adulto mayor</p>	<p>Físicos</p> <p>Psicológicos</p> <p>Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medios disponibles para obtener los servicios requeridos, independientemente de ser públicos o privados. • Relación con su yo interior, consciencia de su situación y la enfrente. • Relación con la familia, amigos, medios actuales de comunicación. • Alimentación, tratamiento médicos, etc. 	<p>La investigación es de tipo no experimental y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de variables es bivariable.</p>

	<p>según su salud física.</p> <p>Identificar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su aspecto psicológico.</p> <p>Identificar la relación que existe entre los factores ambientales y la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto, Paucarpata, Arequipa – 2016, según su aspecto social y ambiental.</p>	<p>Micro red 15 de Agosto de Paucarpata, Arequipa – 2016.</p>		<p>Físico</p> <p>Psicológicos</p> <p>Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miedos, ansiedad, pérdida de autoestima, etc. • Redes sociales de apoyo. Relación médico – paciente, 	
--	--	---	--	---	---	--

ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ENCUESTA

Buenos días, mi nombre es Aguirre Infantes, Carolay, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, el presente proyecto de investigación titulado “Factores ambientales y su relación con la calidad de vida del adulto mayor en la Micro red 15 de agosto de Paucarpata, Arequipa - 2016”

INSTRUCCIONES:

Marcar con un aspa (X), la respuesta correcta según lo que Ud. crea por conveniente. Este cuestionario es anónimo; solicitamos que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____ Años

Sexo: M F

Ocupación: _____

Religión: _____

Estado Civil: _____

a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo

Grado de Instrucción: _____

CUESTIONARIO

1. ¿CÓMO CONSIDERA SU ACTUAL ESTADO DE SALUD?

- a) Buena
- b) Regula
- c) Mala

2. ¿CON QUIEN VIVE USTED?

- a) solo
- b) Acompañado (especifique con quien): _____

3. ¿EN QUE MEDIDA ESTA SATISFECHO CON LA RELACION QUE MANTIENE CON....?

ITEMS	SATISFECHO	INDIFERENTE	INSATISFECHO	NO TENGO
Familia				
Amigos, vecinos				

4. ¿TIENE DIFICULTADES PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

ITEMS	NINGUNA	POCO	DEMASIADA
Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)			
Realizar tareas domesticas			
Caminar			

5. ¿USTED PUEDE VALERSE POR SÍ MISMO?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

6. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES DESCRIBE MEJOR SU NIVEL DE ACTIVIDAD DIARIA?

- a) Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.)
- b) Realizo algunas actividades cotidianas normales (voy a hacer compras o al cine)
- c) Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.)

7. ¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA USTED LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

ITEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Leer un libro o periódico			
Visitar parientes o amigos			
Ver televisión o escuchar radio.			
Caminar o ir de compras			
Realizar actividades recreativas con otras personas			
Cuidar niños			
Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto)			

8. ¿QUE TAN SATISFECHO ESTA CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE?

- a) Satisfecho
- b) Indiferente
- c) Insatisfecho

9. ¿EN QUÉ MEDIDA ESTÁ SATISFECHO CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LA CASA DONDE VIVE?

ITEMS	SATISFECHO	INDIFERENTE	INSATISFECHO
El ruido / silencio			
La temperatura, iluminación			
El orden y la limpieza			
Las comodidades (electrodomésticos, etc)			

10. ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTÁ CON LA VIVIENDA QUE TIENE?

- a) Satisfecho
- b) Indiferente
- c) Insatisfecho

11. ¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTA CON...?

ITEMS	SATISFECHO	INDIFERENTE	INSATISFECHO
¿El tiempo que gasta en hacerse chequeos?			
¿Su tratamiento actual?			
¿Sus conocimientos sobre su diabetes?			
¿La apariencia de su cuerpo?			
¿Su vida en general?			

12. ¿CÓMO CALIFICA EL INGRESO ECONÓMICO MENSUAL QUE INGRESA A SU HOGAR?

- a. No le alcanza

- b. Le alcanza para sobrevivir
- c. Le alcanza para vivir con comodidades
- d. Es suficiente

13. ¿CONSIDERA QUE USTED ESTÁ EN LA CAPACIDAD DE SEGUIR APRENDIENDO COSAS NUEVAS?

- a. Sí
- b. No

14. PARA USTED. ¿QUÉ ES MÁS IMPORTANTE PARA TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA?

- a. Tener buena salud
- b. Mantener buenas relaciones familiares y sociales
- c. Poder valerme por mí mismo.
- d. Tener una vivienda buena y cómoda.
- e. Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
- f. Tener una buena pensión o renta.
- g. Otras. ¿Cuáles? _____

15. ¿CÓMO VALORA USTED SU PROPIA CALIDAD DE VIDA?

- a. Buena
- b. Regular
- c. Mala