



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**

**TARAPOTO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA  
SALUD



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN  
EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**

**“FORTALECIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL  
ADULTO MAYOR EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LA  
VICTORIA, DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO,  
PROVINCIA Y REGIÓN DE SAN MARTÍN, ENERO - AGOSTO  
2011”.**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN  
SALUD PÚBLICA**

BACHILLER: LUZ KAREN QUINTANILLA MORALES

TARAPOTO-PERÚ

ENERO 2013

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**

**TARAPOTO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA  
SALUD**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN  
EN GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN**

**TESIS**

**“FORTALECIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO  
MAYOR EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA,  
DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, PROVINCIA Y REGION  
DE SAN MARTIN, ENERO - AGOSTO 2011”**

LA SUSCRITA DECLARA QUE EL PRESENTE TRABAJO DE TESIS ES ORIGINAL, EN SU CONTENIDO Y FORMA.

.....  
Lic. Enf. LUZ KAREN QUINTANILLA MORALES  
EJECUTORA

.....  
Mg. ANA MARIBEL BECERRIL IBERICO  
ASESORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**

**TARAPOTO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA  
SALUD



**PROGRAMA DE MAESTRÍA ENSALUDPÚBLICA CON  
MENCION EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD  
TESIS**

**"FORTALECIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO  
MAYOR EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA,  
DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, PROVINCIA Y REGIÓN  
SAN MARTÍN, ENERO - AGOSTO 2011"**

**APROBADA EN CONTENIDO Y ESTILO POR**

A blue ink signature of Lolita Arévalo Fasanando, written in a cursive style.

-----  
Dra. LOLITA ARÉVALO FASANANDO  
PRESIDENTE

A blue ink signature of Luisa Condori, written in a cursive style.

-----  
Dra. LUISA CONDORI  
SECRETARIA

A blue ink signature of José Manuel Delgado Bardales, written in a cursive style.

-----  
Obsta. Mg. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES  
VOCAL

## DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, los medios necesarios para continuar mi formación como docente, siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera podido alcanzar mis metas.

A mi padre que ya partió a la presencia del altísimo. Él me alentó con su ejemplo de perseverancia en la consecución de mis más altos ideales.

A mi esposo y a mi hija, por haberse identificado plenamente con mis aspiraciones y por haber estado en los momentos más cruciales de mis estudios.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron en la materialización del presente estudio.

A la Obstetra, Mg. Ana Maribel Becerril Iberico que con sus acertadas orientaciones supo imbuirme del verdadero espíritu investigativo que hicieron posible este trabajo en beneficio de un importante segmento de la población tarapotina.

## **RESUMEN**

**FORTALECIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL ASENTAMIENTO HUMANOLA VICTORIA, DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, PROVINCIA Y REGIÓN DE SAN MARTÍN, ENERO-AGOSTO 2011”.**

**AUTOR:** LUZ KAREN QUINTANILA MORALES

El presente estudio tuvo como objetivo básico el fortalecimiento de los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, provincia y Región San Martín, enero-agosto 2011. Para el efecto, se puso a prueba un estudio aplicativo, preexperimental y causal, en una muestra de 75 adultos mayores. Las técnicas de recolección de información fueron la entrevista y la observación y se utilizó como instrumentos la entrevista y la guía de observación; además de la batería de evaluación de los estilos de vida que se aplicó antes y después de la estrategia.

Los resultados señalan que en el Asentamiento Humano La Victoria, el 40% de los adultos mayores vive con su cónyuge y el 38% con sus hijos; sólo el 16% no recibe visitas, 48% recibe la visita de 1-2 personas y el 36% recibe visitas de 3-5 personas; 93% refiere que algunas veces tiene sentimientos de soledad, 95% cuenta con soporte familiar en caso de enfermedad y postración, 99% vive en extrema pobreza y el ingreso familiar no alcanza para cubrir las necesidades básicas; 95% sufre de algún tipo de violencia, expresada en el aislamiento y la falta de atención; la mayoría comparte su dormitorio con otros miembros de la familia y el 17% vive en situaciones de hacinamiento; 9% vive con personas que no son sus familiares, las mujeres muestran mayor dependencia en comparación con los varones, la enfermedad de mayor incidencia en los adultos mayores es la artrosis/artritis.

La situación descrita en el párrafo anterior, hizo que se elaborara un plan de intervención de enfermería con el objetivo de fortalecer los estilos de vida de los adultos mayores, en pro de la mejora de su calidad de vida, mediante la valoración, planeación, ejecución, y evaluación de los estilos de vida a través de ejercicios, descanso, alimentación adecuada, desterrando hábitos nocivos como la ingesta de alcohol, el consumo de cigarro, café, drogas, etc.), minimizando emociones negativas, controlando las enfermedades para vivir más y mejor, habiendo logrado como pos intervención que el 54.7% practican los estilos de vida saludables frecuentemente y el 45.3% siempre practican estos estilos de vida.

La aplicación de la prueba de Chi cuadrado muestra diferencia significativa ( $p < 0.05$ ); comparando los resultados de las pruebas antes de la intervención versus los indicadores después de la intervención.

**Palabras claves:** Estilos de vida, adulto mayor.



## **ABSTRACT**

### **BUILDING LIFESTYLES OF OLDER ADULTS IN THE SETTLEMENT HUMANOLA VICTORIA DISTRICT BAND SHILCAYO, PROVINCE AND SAINT MARTIN REGION, JANUARY-AUGUST 2011"**

**AUTHOR:** LUZ KAREN QUINTANILA MORALES

The present study aimed at strengthening basic lifestyles of slum elderly Victoria, District Shilcayo, San Martin province and region, January-August 2011. For the purpose, a study tested application, pre-experimental and causal, in a sample of 75 older adults. The data collection techniques were interview and observation and used as instruments interview and observation guide in addition to the assessment battery life styles that are applied before and after the strategy.

The results indicate that human settlement in Victoria, 40% of older adults living with a spouse and 38% with their children, only 16% receive no visits, 48% is visited by 1-2 people and 36% receive visits of 3-5 people, 93% reported that sometimes has feelings of loneliness, 95% have family support in case of illness and prostration, 99% live in extreme poverty and family income is insufficient to meet the needs basic, 95% suffer from some form of violence, expressed in isolation and the lack of attention, most shares his bedroom with other family members and 17% live in overcrowded conditions, 9% live with people who are not their families, women show greater dependence compared with males, higher disease incidence in older adults is osteoarthritis / arthritis.

The situation described in the previous paragraph, did you develop a plan of nursing intervention with the aim of strengthening the lifestyles of older

adults towards improving their quality of life, through the assessment, planning, implementation , and evaluation of lifestyles through exercise, rest, proper nutrition, banishing harmful habits like alcohol intake, cigarette smoking, coffee, drugs, etc..), minimizing negative emotions, controlling diseases to live longer and better, after having achieved as 54.7% intervention practice healthy lifestyles 45.3% frequently and always practice these lifestyles.

Applying the chi-square test shows significant difference ( $p < 0.05$ ) comparing the test results before the intervention versus post-intervention indicators.

**Keywords:** Lifestyles elderly.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página.
<b>CAPÍTULO I</b>	
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
1.5. Propósito	5
1.6. Hipótesis	5
1.7. Definición operacional de términos	6
<b>CAPITULO II</b>	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1. Marco teórico	7
<b>CAPÍTULO III</b>	
MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Nivel, tipo y método	22
3.2. Descripción de la sede	23
3.3. Población	23
3.4. Técnica, procedimiento para la recolección de datos	24
3.5. Procedimiento para el procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos	26
	27
<b>CAPÍTULO IV</b>	
RESULTADOS Y DISCUSIONES	
	46
<b>CAPÍTULO V</b>	
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusión	46
5.2. Recomendaciones	47

**CAPÍTULO VI**

ANEXOS

48

**CAPÍTULO VII**

BIBLIOGRAFÍA

81

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>	<b>Página</b>
<b>Gráfico N° 01:</b> Personas con quienes viven los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	27
<b>Gráfico N° 02:</b> Número de personas que visitan a los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	27
<b>Gráfico N° 03:</b> Sentimiento de soledad de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	28
<b>Gráfico N° 04:</b> Soporte en el caso de enfermedad de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	28
<b>Gráfico N° 05:</b> Cuentan con recursos económicos para solventar sus gastos diarios de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	29
<b>Gráfico N° 06:</b> Violencia en los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	29
<b>Gráfico N° 07:</b> Donde acuden en caso de enfermedad los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de la Banda de Shilcayo.	30
<b>Gráfico N° 08:</b> Personas que comparten el dormitorio de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	30

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Pagina</b>
<b>Cuadro N° 01:</b> Grado de independencia en las actividades diarias de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	31
<b>Cuadro N° 02:</b> Calificación de AVD según sexo de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	33
<b>Cuadro N° 03:</b> Grado de dependencia según edad de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	34
<b>Cuadro N° 04:</b> Comparación de la valoración sobre la práctica de estilos de vida saludable según tiempo de evaluación de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	36
<b>Cuadro N° 05:</b> Grado de independencia según momento de evaluación en adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	37
<b>Cuadro N° 06:</b> Evaluación de los estilos de vida relacionados a la alimentación según el momento de la medición que tienen los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	39
<b>Cuadro N° 07:</b> Estilos de vida practicados por los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo, relacionados al descanso y/o recreación.	40
<b>Cuadro N° 08:</b> Expresión de sentimientos de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.	41

## **I. TÍTULO**

**FORTALECIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL  
ADULTO MAYOR EN EL ASENTAMIENTO HUMANO  
LA VICTORIA, DISTRITO DE LA BANDA DE  
SHILCAYO, PROVINCIA Y REGIÓN DE SAN MARTÍN,  
ENERO - AGOSTO 2011”.**

## **I. RESPONSABLES:**

### **1.1. EJECUTOR:**

Bachiller. LUZ KAREN QUINTANILLA MORALES

### **1.2. ASESORA:**

Obsta. Mg. ANA MARIBEL BECERRIL IBERICO

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

Adulto mayor se le considera a toda persona mayor de 65 años de edad, que acumuló durante su vida una serie de experiencias con características propias que lo llevaron a ser como es; es una población que merece especial atención; sin embargo, ni el Estado ni la familia están sensibilizados y no se ha implementado ningún programa que ayude a fortalecer los estilos de vida en este grupo; a esto se suma el crecimiento geométrico y la tendencia a que la pirámide poblacional se invierta, siendo más ancha en el grupo de la tercera edad. También podemos señalar que es uno de los grandes retos del siglo XXI con implicancias políticas, organizativas, económicas y sociales para atender a este grupo.

Se considera que en la etapa del adulto mayor se produce un notable descenso de la actividad social; el retirarse de la actividad laboral, la ausencia de un rol social para el adulto mayor, así como la falta de una definición sociocultural del conjunto de actividades, es sinónimo de no hacer nada y no ser nadie socialmente; de ahí que su actividad social signifique sentirse inútil, pérdida del sentido de la vida y de reconocimiento social, disminución de su autoestima y dificultad para realizarse, al no poder desarrollar al máximo sus potenciales conduciéndolo a un aislamiento social, abandono, aburrimiento, soledad y ocio y si además se agrega la viudez, distanciamiento de los hijos, debilidades físicas u otras cosas darán una baja satisfacción por la vida. (Zúñiga, Ana 2004)

La literatura refiere que si los adultos mayores tienen estilos de vida saludables prolongaran su longevidad, disfrutarán mejor esta etapa con calidad, para ello las redes sociales, el soporte familiar y la presencia del estado es fundamental. Sin embargo, en San Martín muy poco es lo que se ha avanzado con este grupo atáreo y, sobre todo, la población que no es asegurada, la más pobre y la más vulnerable, ya que no cuenta con ningún servicio o programa que le permita llevar esta etapa de su vida de la mejor manera posible; A esto se suma el desamparo que muchas veces los familiares hacen para con ellos.

El distrito de La Banda de Shilcayo es uno de los distritos de la Región de San Martín más poblados, con grandes cordones de pobreza y otros problemas desencadenados por el crecimiento geométrico que tuvo los últimos años, producto de



múltiples invasiones cuyo resultado es la existencia de innumerables asentamientos humanos.

El presente estudio denominado FORTALECIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO, LA VICTORIA. DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, PROVINCIA Y REGIÓN SAN MARTÍN, ENERO – AGOSTO 2011”, tuvo como objetivo fortalecer los estilos de vida del adulto mayor de este asentamiento mediante el mejor cuidado de la salud, una mejor calidad de vida y el establecimiento de redes de apoyo familiar y social de este grupo etáreo. Para el efecto se planificó una investigación acción que partió de un diagnóstico que permitió conocer de manera sistemática y científica cómo distribuyen el tiempo los adultos mayores, descubrir patrones de estilo de vida, situaciones y circunstancias personales y del entorno que lo moldean.

Con el apoyo de los estudiantes de la asignatura de Salud del adulto y anciano I se inició una etapa de intervención tanto a nivel personal, familiar, grupal y comunal, planteando para ello una serie de actividades que fueron abordadas de acuerdo a las necesidades encontradas. Se realizaron diversas actividades educativas y recreacionales con este grupo de adultos mayores casi en el 100% involucrando a sus familiares y vecinos con el fin de fortalecer sus redes sociales.

En el camino se tuvo muchas dificultades que gracias al apoyo decidido, perseverancia y responsabilidad de los estudiantes se pudo superarlos, también suma el apoyo de cada una de las familias con las que se trabajó.

Los resultados nos muestran que realizando un trabajo a conciencia y con mucho esfuerzo se puede fortalecer los estilos de vida saludables en este grupo de edad, así como fortalecer sus redes de apoyo y por consiguiente mejorar su calidad de vida. Con ello también demostramos que estos modelos de intervención son la verdadera extensión y proyección universitaria y que se debe establecer políticas de apoyo a este tipo de actividades ya que todo es costado con recursos propios del docente y estudiante.

## **1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

El adulto mayor es una población que merece especial atención, grupo que muchas veces es olvidado y abandonado por los gobiernos de turno tanto

centrales, regionales y locales; y lo que es peor aún muchas veces este olvido e indiferencia viene de la propia familia. Se dice que esta población viene creciendo geométricamente y la tendencia es que la pirámide poblacional se invierta; San Martín no es ajena a esta realidad, sin embargo es muy poco lo que se ha hecho al respecto, de ahí que el presente trabajo planteó como objetivo fortalecer los estilos de vida del adulto mayor y contribuir al logro de una adecuada esperanza de vida practicando los estilos de vida saludables.

También podemos señalar que uno de los grandes retos del siglo XXI con enormes implicancias políticas, organizativas, económicas y sociales es la expansión demográfica inusitada de los adultos mayores. Se considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años de edad, que acumuló durante su vida una serie de experiencias con características propias que lo llevaron a ser como es.

Se considera que en la etapa de la vejez se produce un notable descenso de la actividad social; el retirarse de la actividad laboral, la ausencia de un rol social para el adulto mayor, así como la falta de una definición sociocultural del conjunto de actividades, es sinónimo de no hacer nada y no ser nadie socialmente; de ahí que su actividad social signifique sentirse inútil, pérdida del sentido de la vida y de reconocimiento social, disminución de su autoestima y dificultad para realizarse al no poder desarrollar al máximo sus potenciales conduciéndolo a un aislamiento social, abandono, aburrimiento, soledad y ocio y si además se agrega la viudez, distanciamiento de los hijos, debilidades físicas u otras cosas darán una baja satisfacción por la vida.

La literatura refiere que si los adultos mayores tienen estilos de vida saludables prolongaran su longevidad, disfrutaran mejor esta etapa con calidad, para ello las redes sociales, el soporte familiar y la presencia del estado es fundamental.

Sin embargo, en San Martín muy poco es lo que se ha avanzado con este grupo etario y sobre todo la población que no es asegurada, la más pobre y la más vulnerable, ya que no cuenta con ningún servicio o programa que le permita llevar esta etapa de su vida de la mejor manera posible. A esto se suma el desamparo del que muchas veces son víctimas por parte de sus familiares.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se fortalecerían los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y Región San Martín, enero-Agosto 2011?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo fortalecer los estilos de vida saludables en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano La victoria, el mismo que ha permitido estructurar un plan de intervención, basado en las necesidades y/o problemas de la población estudiada.

El Asentamiento Humano La Victoria cuenta con 75 personas adultas mayores, pero ningún sector tiene presencia y trabajo con este grupo, por ser una población producto de invasiones, viven en condiciones inadecuadas, muchos de ellos conviviendo en espacios multifamiliares, con problemas de hacinamiento y saneamiento básico

Conocemos que esta etapa adulta mayor como comúnmente se denomina a la edad de oro, es muy rica en experiencias, pero la mayoría de sus integrantes está dedicada al cuidado de los nietos y de la casa y no hay espacios donde ellos puedan fortalecer sus habilidades, adquirir mayores conocimientos para enfrentar esta etapa adulta mayor y también volcar todos sus saberes y experiencia.

El estudio estuvo dirigido a fortalecer los estilos de vida saludables en los adultos mayores de que gocen de un mejor cuidado de su salud, tengan una mejor calidad de vida y puedan sentirse mejor, estableciendo redes de apoyo familiar y social.

El trabajo se inició con un diagnóstico que permitió conocer de manera sistemática y científica cómo este importante segmento poblacional distribuye su tiempo, cuáles son sus patrones de estilo de vida y las situaciones y circunstancias personales y del entorno que lo moldean.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán el fortalecimiento de los programas del adulto mayor, brindándoles una adecuada, eficiente, y oportuna atención. Asimismo para que la Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto,

cumpla en el desarrollo de competencias preventivo-promocionales enfocados] a la comunidad a través, lo que conllevará a que las intervenciones sean sostenibles y eficientes.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y Región de San Martín, enero-Agosto 2011.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diagnosticar la situación actual de los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria.
- Validar y aplicar estrategias didácticas de fortalecimiento de los estilos de vida del adulto mayor en el Asentamiento Humano La Victoria.
- Evaluar los estilos de vida del adulto mayor en el Asentamiento Humano La Victoria, después de la aplicación de la estrategia.

#### **1.5. PROPÓSITO**

Los resultados de la presente investigación permitieron proporcionar información actualizada a fin de que las autoridades a nivel regional, local, aliados estratégicos, comunidad, formulen estrategias orientadas a fortalecer y mejorar los estilos de vida en el adulto mayor, mediante visitas domiciliarias, grupos de apoyo, así como también, plantear y desarrollar un programa de intervención para mantenerlos físicamente activos que les posibiliten el mantenimiento y mejoramiento de sus condiciones de vida

#### **1.6. HIPÓTESIS**

Los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria se fortalecieron significativamente con la implementación del plan de intervención.

#### **1.7. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

A continuación se presenta la definición operacional de algunos términos, a fin de facilitar la comprensión en el estudio.

- Estilos de vida. Tipos de alimentación, hábitos, expresión de sentimientos, grado de independencia y redes de apoyo social de la población estudiada.
- Fortalecimiento de los estilos de vida. Optimización de los estilos de vida del adulto mayor mediante las dimensiones educativas, recreacional, seguimiento, monitoreo y alimentación de la población estudiada.

Definición operacional de la variable (anexo N° 01).

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. Estilos de vida

El estilo de vida está referido al conjunto de conocimiento, actitudes y conductas que desempeña el individuo en su vida cotidiana. (Huizinga, Johan 2007).

Estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. (Buenas Tareas - 2010).

Estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo (Buenas Tareas - 2010)

##### **Componentes de los estilos de vida**

Se considera los estilos de vida como concepto multidimensional, en el que caben áreas psicológicas, biológicas y sociales.

Algunos de estos componentes de los estilos de vida saludables son:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

Los hábitos saludables son elementos considerados muchas veces como equivalentes al de estilo de vida, pero que bajo la presente concepción teórica quedaría corto, ya que quedan fuera otras variables, tan importantes como es el caso de las relaciones sociales o laborales. Por tanto, los hábitos saludables forman parte del estilo de vida.

### **Los hábitos saludables en personas mayores**

Esta definición, tan sencilla pero tan importante, ha sido elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en ella se resalta la importancia de entender la salud desde un punto de vista global, en el que multitud de aspectos intervienen. Partiendo de que la salud no solo es cosa de enfermedades, medicinas o médicos, sino que intervienen muchos otros factores.

Desde esta perspectiva, se entiende como hábitos saludables, a los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

### **Hábitos no saludables en persona mayores**

De hecho, el estilo de vida puede incluir muchos comportamientos que constituyen un factor de riesgo para la salud.

El consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes, la falta de ejercicio físico o la conducción imprudente constituyen algunos ejemplos de los comportamientos insalubres o de riesgo. Todos estos comportamientos están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de tráfico (López A Y Rosillo A.2006).

La problemática ha sido tratada también por la OMS, organismo que ha comenzado a preocuparse por el tema, propiciando el estudio de los estilos de vida de los niños y adolescentes, así como el desarrollo de campañas de educación para la salud para prevenir la extensión de los malos hábitos de salud.

### **Algunas aproximaciones al comportamiento saludable en la tercera edad**

El comportamiento ha sido considerado como la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido. Lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa o siente, se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida (Vargas F.2009)

El modelo de envejecimiento satisfactorio propuesto por Baltes y Baltes descansa precisamente en esta perspectiva comportamental: a través de los mecanismos de selección, optimización y compensación se consigue una vida más restringida pero efectiva (Baltes, P. B., 1990).

### **Hábitos comportamentales relacionados con la salud en la vejez**

A continuación vamos a analizar algunos comportamientos instrumentales de riesgo para la salud y otros de tipo preventivo en los que la evidencia epidemiológica es más notoria. Deseamos notar dos elementos de interés:

- a) Que el comportamiento de riesgo del anciano puede constituir en ocasiones la consecuencia directa de carecer de comportamientos preventivos.
- b) Que el hábito comportamental que conduce a una mala salud no es sólo un asunto de elección y responsabilidad personal sino que también es el resultado del estilo de vida

### **Comportamiento alimentario**

Con la jubilación pueden cambiar las pautas de nutrición y dieta. Incorporar una alimentación nutritiva y variada, adecuar el aporte calórico, potenciar el consumo de alimentos frescos ricos en fibra, vitaminas y calcio, y controlar el consumo de grasas y carbohidratos son consejos altamente recomendables en estas edades (Rodríguez N. y Hernández R. 2009).

Existe la creencia, sin embargo, de que el anciano es incapaz de cambiar sus hábitos alimenticios y que no desea probar o aumentar la ingesta de otros tipos de alimentos. Los estudios disponibles, por el contrario, contradicen y desafían esta postura,



sugiriendo que los ancianos siguen las prescripciones médicas y se muestran receptivos a modificar pautas inadecuadas de consumo de alimentos. Así lo demuestra el estudio de Pardo Torres y Nuñez que reporta los cambios se expresaron en la adopción de prácticas de ingesta de alimentos de los tres grupos de nutrientes, además del control del exceso de consumo de sal, azúcar y grasa animal. (Pardo y Nuñez, 2008).

Los estudios tendentes a conocer las preferencias alimentarias concretas de los ancianos resultan de gran interés para la planificación de dietas que resulten satisfactorias, tanto desde un punto de vista nutricional y sanitario como desde el de disfrute personal, y para que la mayoría de los ancianos cumplan esas prescripciones.

- **Hábitos de sueño**

El sueño está recibiendo en los últimos años una gran atención por constituir un buen marcador del estado de salud, tanto en la población general como en mayores en especial

Dentro de los estudios que se han encontrado, destacan los siguientes: Fernández Guerra (2002), estudiando una muestra de 1.645 individuos extraída de la población general de Alachua County, Florida, encontró que más de un tercio de los sujetos estudiados afirmaban tener problemas con el sueño; esta proporción era mayor cuando se trataba de ancianos y mujeres. El tipo de problema más frecuente era la dificultad para dormir (55,2%), si bien, en los sujetos mayores de 40 años los principales problemas eran permanecer dormido y el despertar precoz.

PérezGuirado(2005), en un estudio realizado en el área metropolitana de Houston, encontraba que el 33% de los encuestados afirmaba alguna dificultad en dormirse; el 48% tenía problemas con la continuidad del sueño, y el 22%, despertar precoz. Las tasas eran más prevalentes entre las mujeres y aumentaban con la edad. El 9% consumía píldoras para dormir con cierta regularidad.

Pardo y Núñez en el 2008, encontraron que las mujeres aumentaron sus horas de sueño y refieren que los logros en el área del sueño relacionan con el concepto de higiene del sueño, mediante la creación de rutinas diarias para lograr que la mujer construyera un ciclo que estuviera de acuerdo con su ritmo circadiano. La medicina del sueño considera que el tiempo ideal para mantener el bienestar físico y mental de cada mujer es personal, cerca de 7 a 8 horas por día. Ellas reportaron que al crear

estas rutinas se sentían descansadas, con energía para afrontar la vida cotidiana y sensación de bienestar. Los trabajos de Buéla Casal (2007) reportaron la asociación entre horas de sueño y depresión, ansiedad, abuso de sustancias y cáncer, además Aya y cols (2003) encontraron asociación entre patrón de sueño corto y el riesgo de padecer diabetes y cardiopatías.

- **Ejercicio físico**

Con la edad las personas mayores reducen sus niveles de actividad física de modo que un porcentaje considerable de ellos se declara sedentario. Así, y según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, en cuanto al tipo de ejercicio físico que desarrollan los entrevistados al realizar sus actividades principales, bien sea en el trabajo, los estudios o el hogar, la mitad de la población desarrolla esas actividades de pie, sin grandes desplazamientos o esfuerzos (51%); el 33% sentado la mayor parte de la jornada laboral, y el 16% restante realiza sus actividades principales caminando o lleva a cabo un trabajo pesado.

Cincuenta y cuatro de cada cien encuestados hacen algún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre. En cuanto a la frecuencia con la que se realiza ejercicio físico el 39% entrevistado dice hacer alguna actividad física o deportiva ocasional, actividad física regular (varias veces al mes) 9%, y entrenamiento físico varias veces a la semana un 7%. El 45% restante no hace ejercicio físico en su tiempo libre.

Pardo y Núñez (2007), refieren que los cambios se asocian a la comprensión de la mujer adulta joven de las ganancias en salud; una actividad física regular se expresa en el mantenimiento del tono, la potencia y la flexibilidad muscular, la cual fortalece la capacidad física, mejora las funciones corporales y proporcionalidad de la figura corporal.

Practicar un programa regular y moderado de ejercicio físico es un hábito ligado a envejecimiento satisfactorio. Pero aunque la evidencia disponible sobre los efectos beneficiosos de un programa de ejercicio físico en la vejez es prometedora todavía no es, una vez más, concluyente. Gonzales M.J. (2000).

Múltiples estudios han demostrado los numerosos beneficios de los ejercicios aeróbicos en la prevención de complicaciones de las enfermedades coronarias (a través del control de la presión arterial, de la obesidad y la diabetes), en la

prevención de la osteoporosis y en la prevención de la depresión en el adulto mayor (Aya 2003 y Buela 2007). La actividad física en el adulto mayor puede ser considerada también como actividad recreativa que este grupo en particular de personas podría realizar con el fin de lograr otros objetivos (no fisiológicos) como por ejemplo: liberación de tensiones emocionales, reafirmación personal e interacción social.

Además de los beneficios físicos también se han observado beneficios psicológicos como disminución del estrés y los niveles de ansiedad y la depresión, incremento de la performance y habilidad para concentrarse, mejora de la imagen de sí mismo y de los sentimientos de confianza y estar bien consigo mismo, mejora en la calidad del sueño, niveles de energía, en el humor, en la tensión y en niveles de estrés, disminución de la ansiedad, depresión y sentimientos de hostilidad, así lo reportaron otros estudios. La actividad física regular (caminar rápido y subir escaleras), contribuye a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de soledad, lo que es particularmente importante para las mujeres (OPS, 2008). La actividad física ayuda también a desarrollar la autoestima y la confianza, y promueve el bienestar psicológico, la integración social, y coadyuva en el manejo de la obesidad (Comisión de la Mujer y del Deporte, 2012).

- **Hábitos de higiene**

A cualquier edad es necesario preservar la propia imagen a través del aseo personal y la adecuación del vestuario. No solo se trata de un aspecto social que revaloriza la autoestima, sino del primer eslabón que debe utilizarse como medida de protección de la salud.

Por otra parte, la relevancia e interés de plantear cambios conductuales en los ancianos deriva del hecho de ser un importante segmento de la población (Mahecha, 2005). Además los programas de promoción de la salud, tienen la capacidad potencial de mejorar la de este colectivo. Los ancianos como grupo responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso por encima de los 75 años (OPS, 2008).

Los problemas bucodentales son frecuentes en los ancianos; Muchas de ellas en relación directa con una inadecuada higiene bucodental y de las prótesis, aunque, lógicamente, pueden intervenir otros muchos factores.

- **Fumar cigarrillos**

El consumo de cigarrillos constituye uno de los principales riesgos para la salud y es también la principal causa de morbilidad prematura y evitable en los países desarrollados, tanto para la población general como para los mayores, según los datos disponibles (Lázaro del Nogal, M., y Bravo Fernández de Araoz, G., 2001).

En 1993, la prevalencia del consumo de cigarrillos en España fue del 36%, inferior al 38,1% que se obtuvo en 1987, y similar a la observada en 1989 y 1978 (Encuesta Nacional de Salud, 1987, 1993, 1995 Y 1997). Este descenso que se ha producido desde 1987 hasta 1993, tanto en el conjunto de la población como específicamente en las personas mayores, no se debe únicamente a un incremento paralelo en el porcentaje de exfumadores, sino al aumento de la población que nunca ha fumado, tal como se confirma en las Encuestas Nacionales de Salud (ENSE) de 1995 y 1997, con porcentajes del 48,5 y 49,2% respectivamente.

- **Consumo de alcohol**

«El vino que se bebe con medida, jamás hace daño», sentenciaba Cervantes en El celoso extremeño. No obstante, el consumo abusivo de bebida alcohólica se asocia a una gran variedad de enfermedades (gastrointestinales, neurológicas; hepáticas), lesiones por accidentes, comportamiento antisocial, etc.(Barceló, 2001).

Según la ENDES 2011 en Perú, la agresión o violencia en personas que consumen alcohol sigue siendo un problema urgente tanto en el área urbana como rural (8.2 vs 7.7 respectivamente), en la región selva (8.7%) y en la sierra (8.5%), siendo el departamento de Apurímac con más alto índice (13%), En el departamento de San Martín esta cifra alcanza a 7%.

El alcohol es la droga de mayor consumo en el Perú, así lo demuestran los resultados de las diversas encuestas. En la actualidad, el consumo de bebidas alcohólicas en la población general es del 83.0% y es el segundo país en la región con más alto consumo, después de Chile (DEVIDA, 2010).

Aunque no existen cifras de consumo de drogas en los llamados adultos mayores (65 años y más), médicos y psiquiatras comentan desde su experiencia clínica lo que han visto y aconsejan cómo enfrentar este drama. "Consumo de drogas en los mayores de 45 años se ve poco", asegura Claudio Valeria, psiquiatra de la Universidad Católica

[Chile]. Sin embargo, agrega que sí ha visto consumo de alcohol de forma equitativa entre hombres y mujeres. Aunque "a los 70 y tantos los hombres alcohólicos ya están muertos, no como las mujeres, porque ellas comienzan más tarde"

Eric Blake, geriatra de la clínica Alemana, explica que, en varones, algunos de los factores que inciden en el consumo de alcohol son: la depresión, la soledad y la pérdida de proyectos de vida. Lo mismo ocurre en las mujeres, pudiendo asociarse a deterioro mental y a la aparición de síntomas de demencia, tales como trastornos de la memoria (CONACE, 2012).

- **Consumo de fármacos**

Según los estudios de Valderrama (2008), en España. El 83,1% de la población mayor de 65 años utilizaba uno o más medicamentos a diario, con una media (desviación estándar) de 2,6 (2,0). Los más usados fueron los antihipertensivos (41,8%), los vasodilatadores periféricos dirigidos a la circulación cerebral (21,3%), las benzodiacepinas (17,4%) y los antiinflamatorios no esteroideos (14,1%). El 91,3 y 46,1% de los sujetos con consumo diario tomaba uno o más fármacos desde hacía al menos 1 y 5 años respectivamente. La medicación era consumida como promedio entre una y dos veces al día. Aproximadamente un 20% de la población estudiada tomaba medicamentos sólo cuando aparecían ciertos síntomas, y un 7,3% de los fármacos estaban prescritos de forma regular pero no diaria.

Los ancianos son el grupo de población que más medicamentos consume y el más susceptible a reacciones adversas por medicamentos. Existen evidencias de que esta mayor susceptibilidad no es debida al envejecimiento y a los cambios acompañantes en la farmacodinamia y farmacocinética, sino a las enfermedades y la polifarmacia que a menudo presentan los ancianos. La polifarmacia, justificada en muchos casos, es a menudo desproporcionada para sus problemas crónicos, a pesar de que puede ocasionar deterioro importante de la salud del ancianos (Vila y cols. 2003).

El estudio de Pedrera Zamorano (2010), refiere que en las diferencias en cuanto al sexo, las mujeres presentaron mayor tasa de polifarmacia, hecho que podría deberse con el hecho de que la mujer presenta más enfermedades que el varón y refiere un peor estado de salud respecto al que refieren los hombres.

El consumo de varios medicamentos es otro tópico en el adulto mayor. Las mujeres de la tercera edad suelen abusar de las benzodiazepinas. Para Valeria, esto es porque "como antes el consumo de estos fármacos era liberado, lo vienen practicando hace unos 20 o 30 años".

Blake menciona también los antidepresivos, pero aclara que éstos no producen dependencia. Explica que los usan para controlar la ansiedad o la angustia en el día. En cambio, en la noche los adultos mayores suelen consumir medicamentos como los hipnóticos, que les ayudan a dormir mejor, pero que sí pueden producir adicción. Esto se debe a que la estructura del sueño de la tercera edad es distinta a la del resto. "Tienen despertares más frecuentes, el sueño es más superficial y muchas veces duermen siesta", señala. Por ello, piensan que duermen menos y toman pastillas. (CONACE, 2012)

### **El papel de la actividad laboral en el desarrollo vital**

Una vez finalizado su periodo de formación durante la infancia y la adolescencia, el trabajo desempeña un papel muy importante en la vida de una persona. Los acontecimientos de la carrera laboral afectan al bienestar y a la satisfacción de los individuos. Esos acontecimientos se han diversificado en las últimas décadas.

Cada vez es más frecuente que una persona no se jubile en la ocupación que encontró en primer lugar. Los cambios de un trabajo a otro diferente cada vez son más habituales. Además, no existe una para cada tipo de trabajo. Los grados y niveles van cambiando con la propia evolución económica. No solo se ha diversificado la estructura de la carrera laboral individual, sino que también las opciones vocacionales, o, lo que es lo mismo, el número y el perfil de cada puesto de trabajo.

Las personas han de prepararse para ocupaciones dinámicas y cambiantes en las que la estructura prefijada en el momento de incorporarse puede ir cambiando con la propia evolución económica. Por otra parte, las habilidades que se han de desarrollar han de ir adaptándose a diferentes tipos de puestos de trabajo. Esto exige de las personas mayor flexibilidad y una formación continuada.

## **El significado y la importancia del trabajo**

El trabajo define la etapa de madurez de una persona. Como algo importante para la satisfacción individual, es un valor en disminución en la sociedad moderna. En un estudio sociológico llevado a cabo en nuestro país. Los jóvenes, al contrario que las personas mayores, desean que llegue el fin de semana y odian tener que incorporarse al trabajo los lunes.

Por otra parte, el trabajo no solo es un factor que organiza nuestra actividad, sino que también nos ayuda a formar nuestro autoconcepto. Quiénes somos y cómo nos vemos viene determinado, en parte, por nuestra ocupación. En el pasado, la búsqueda de empleo y su hallazgo era el punto final de una preparación, y daba comienzo a una nueva etapa que termina en la jubilación. El trabajo y la ocupación es uno de los elementos más importantes en la vida de una persona durante su juventud y su edad adulta. Las personas pasan su infancia, adolescencia y parte de su juventud preparándose para desempeñar una actividad productiva durante la juventud y la edad adulta.

Finalmente, cada persona se fija unas metas distintas. Con frecuencia, el trabajo no llega a satisfacer todas las aspiraciones individuales y, a mitad de su vida, la persona puede decidir cambiar de trabajo. Cada vez es más frecuente que una persona pase por diferentes tipos de trabajo a lo largo de su vida.

Todos estos acontecimientos influyen en el ámbito personal, familiar y social del individuo. Su satisfacción vital depende, en gran medida, de su satisfacción con el trabajo (Gracia, F.J. Martín, P. Rodríguez, I. y Peiró, J.M. 2001).

## **Las personas mayores que trabajan**

En general, podemos definir "trabajador mayor" desde diferentes puntos de vista:

1. En primer lugar, utilizando la edad cronológica se puede considerar trabajador mayor a aquella persona que tenga una edad superior a la de jubilación obligatoria. Esta varía según las profesiones. La edad estándar para la jubilación obligatoria son los 65 años. Desde las perspectivas cronológica y legal, un trabajador mayor sería aquella persona que permanece económicamente activa y que tiene, en general, más de 65 años.

2. Un segundo criterio para delimitar un trabajador mayor es su edad funcional. Como ya sabemos, la edad funcional se refiere a la capacidad biológica, psicológica

y social de una persona para afrontar la tarea laboral que tiene asignada.

**3.** Finalmente, podemos considerar a una persona trabajador mayor desde el punto de vista organizacional. En este sentido, se considera mayor a un trabajador en función del rol que ocupa en la empresa, de su antigüedad en ella y de la propia antigüedad de la empresa.

### **La jubilación**

La jubilación es un símbolo social de transición a la vejez. Constituye un signo para el individuo y para la sociedad de que algo importante ha cambiado. A veces, se ha visto el envejecimiento y la jubilación como dos aspectos convergentes. A las personas jubiladas se las suele considerar viejas. Sin embargo, la jubilación es solo uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una persona que contribuye al significado de la vejez en nuestra sociedad (Moragas, 1989).

La jubilación puede definirse como:

- . Una ausencia de la participación en el trabajo.
- . La aceptación de una pensión.
- . Una reducción en las horas de trabajo.
- . La percepción subjetiva de jubilado.

Un abandono permanente del trabajo o de la propia carrera profesional.

La jubilación presenta múltiples formas en cada persona y en cada situación. En los últimos tiempos se ha convertido en un factor de organización social y de regulación del empleo y de la productividad. La jubilación puede ser voluntaria o involuntaria, puede tener lugar de forma anticipada o en su momento, y puede ser parcial o completa. Algunas personas tienen que dejar su puesto de trabajo por una incapacitación a edades muy tempranas. Las capacitaciones y las pensiones se dan prácticamente desde las primeras edades a las que comienza el empleo. Esta cifra va incrementando hasta que constituye una mayoría a partir de la edad de los 65 años.

### **Vida después de la jubilación**

La jubilación no solo altera los ingresos del hogar sino que también acarrea cambios en la división del trabajo, la calidad de la relación matrimonial, la distribución de poder y la toma de decisiones. Quizá haya más tiempo para tener contacto con la familia extensa y los amigos o para cuidar a los nietos. Sin embargo, no todos estos efectos pueden anticiparse por completo. Los cambios en la situación familiar, como



enfermedad o discapacidad inesperada o problemas matrimoniales de los hijos adultos, pueden afectar la experiencia de la jubilación.

Por tanto, la vida laboral analizada de forma aislada no va a predecir los estilos de vida que una persona mayor tendrá después de su jubilación, sino que habrá que tomar otras variables relacionadas. Por tanto, continuemos con otro factor importante en los estilos de vida y que está ligado a la actividad laboral, el ocio y el tiempo libre.

### **Ocio y tiempo libre**

Ocio se define como tiempo autocondicionado, en el cual el individuo actúa sin imposiciones ajenas a sí mismo, y que tiene como finalidad divertirse, entretenerse, desarrollarse a sí mismo, sin que implique beneficios materiales (San Martín García, 1997, p. 21).

Tiempo libre, es el tiempo dedicado a las acciones que el hombre realiza sin que una necesidad externa le impulse a ellas, la necesidad es autocreada, es decir uno pone más que impone, las condiciones para la satisfacción de aquella necesidad (Munné, 1980, p.75). El tiempo dedicado a estas actividades es un tiempo al máximo autocondicionado y al mínimo heterocondicionado, es el "Tiempo Libre" el dedicado a acciones que tienden a satisfacer necesidades autocreadas.

El tiempo libre, además, es el que se dispone una vez que se deja el ámbito laboral así, se encuentra disperso en las diferentes actividades diarias, y no está libre de presiones al ser utilizado en múltiples actividades algunas de carácter obligatorio.

En este sentido el ocio es una experiencia humana, fuente de satisfacción, y que se relaciona con la salud y el bienestar. Para la WorldLeisure and RecreationAsociation, el ocio reúne entre otras las siguientes características:

- Uno de los beneficios del ocio es la libertad de elección, creatividad, satisfacción y mayor placer.
- Es un recurso para el desarrollo personal y social.
- Fomenta el bienestar y un buen estado de salud general al ofrecer diversas oportunidades que permiten seleccionar actividades y experiencias que se ajustan a sus propias necesidades, intereses y preferencias.
- Es gratuito en el sentido desinteresado o no comprometido; es decir, no está sometido fundamentalmente a ningún fin instrumental sea lucrativo, utilitario o

ideológico.

- Es hedonista siempre orientado hacia la búsqueda de un estado de satisfacción tomado como un fin en sí mismo. Cuando la satisfacción no es completa, el ocio se empobrece.
- Es personal, atiende a necesidades individuales de liberarse de la fatiga, del fastidio y de las rutinas y estereotipos impuestos por la sociedad.

Dentro de las diferentes concepciones de ocio, una de las más recientes, es la de Lawton M.P. y Fulcomer M. (1986-1987), que en un intento de sistematización de las múltiples connotaciones a que ha dado lugar el concepto de ocio, destacó una serie de agrupaciones o categorías de los significados más representativos que aparecen recogidos en la literatura psicológica.

Concretamente:

- Ocio como experiencia: satisfacción intrínseca, soledad deseada, diversión o relajación.
- Ocio como desarrollo personal: desafío intelectual, competencia personal, salud, expresión y desarrollo personal o creatividad.
- Ocio como actividad social: interacción social, estatus social o servicio.

Otra es la de Vega (1998), que rechaza la identificación de "tiempo libre" con ocio, ya que el primero es aquél del que la persona dispone una vez que se ha liberado de la obligación de trabajar, lo que no implica que sea necesariamente tiempo de ocio.

### **Las relaciones sociales de las personas mayores**

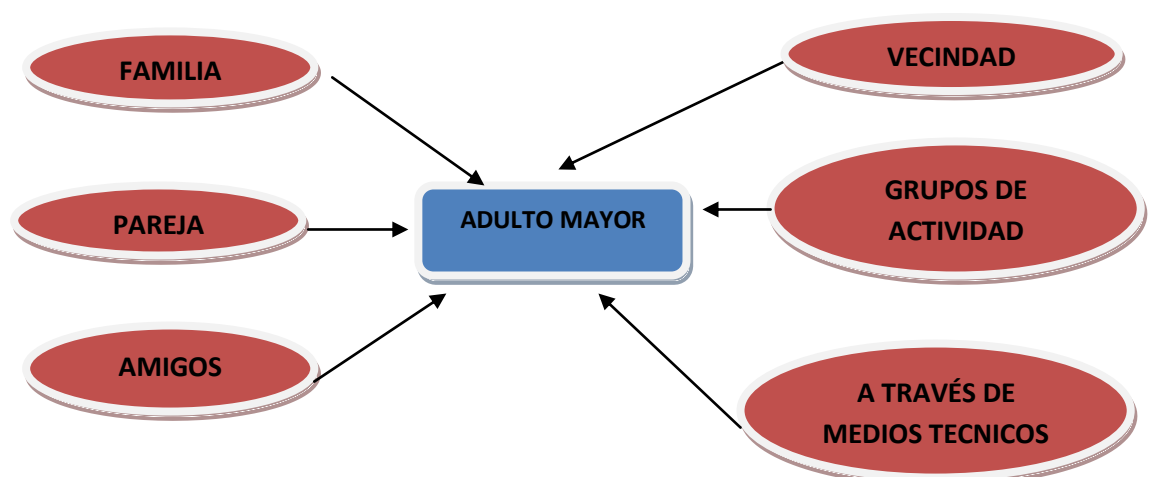
Los mundos sociales o escenarios de la vejez que deben ser tenidos en cuenta son los siguientes:

1. La familia: es conveniente diferenciar entre la familia de origen (hermanos, cuñados, etc.) que aún viva, la familia propia (la familia formada) y la descendencia de segundo grado o más (nietos, bisnietos, etcétera).
2. La pareja: esta relación, como se ha mostrado en distintos estudios, es crucial en las condiciones actuales de familia nuclear y estructuralmente aislada.
3. Las amistades: es necesario incluir la referencia a las relaciones sociales establecidas en otras etapas del ciclo vital y que aún se mantienen.
4. Otras redes informales: se incluye aquí la referencia a relaciones o a la participación

en redes sociales o grupos informales vinculados a la experiencia de ser mayor (otras personas del centro de día, por ejemplo, o de un grupo de jubilados, etc.).

5. Elvecindario: este grupo social está formado por los vecinos o personas que se desenvuelven en el mismo ámbito sociofísico que las personas que estamos considerando. Normalmente, este grupo de referencia constituye una posibilidad para desarrollar actividades y recursos de innovación de la vida cotidiana.
6. Los grupos de actividad: vinculados al desarrollo de tareas o actividades en las que la persona puede implicarse (redes de voluntariado, participación en talleres, desarrollo de actividades lúdicas o recreativas, etc).
7. Relaciones sociales a través de medios técnicos (teléfono, ordenadores, etc.): este aspecto constituye una posibilidad nada despreciable en la configuración de relaciones interpersonales a través de medios técnicos informáticos y telemáticos.

Estos son algunos de los posibles escenarios o mundos sociales en los que poder desarrollar la experiencia de la vejez. Una visión esquemática, que puede completarse. En todos y cada uno de estos escenarios es necesario analizar tantos aspectos de actividad y desempeño de las personas mayores como el grado de satisfacción personal que les produce su implicación en ellos. Incluir datos y referencias de estos dos aspectos en cada uno de ellos es muy importante para poder definir factores de riesgo en la situación social de las personas mayores, sobre todo del principal de los riesgos: la tendencia al aislamiento social y la soledad.



### La red de apoyo social

Además de la función de socialización que pueden cumplir las relaciones sociales, en momentos de necesidad sirven de apoyo al individuo. El bienestar que generan

las relaciones sociales se debe, sobre todo, a los diferentes apoyos que posibilitan. La situación de proporcionar y de recibir cuidados es constante a lo largo del ciclo vital de las personas (Vega, 1993). Los cuidados comienzan a recibirse en el momento del nacimiento y no cesan a lo largo de la vida de cada ser humano. En cada edad tienen sus propias peculiaridades. Los motivos por los que se realizan también varían con la edad.

Tradicionalmente, las funciones de apoyo, sobre todo en los casos de mayor necesidad, venían siendo asumidas por las familias. Concretamente por las mujeres, que son las cuidadoras por excelencia. Esto no se refiere a un cuidado exclusivamente físico, sino más bien que el abanico se abre hacia el área afectiva - emocional y de asesoramiento en toma de decisiones, pasando por la ayuda en las actividades instrumentales (comida, limpieza, compras, entre otras); el cuidado personal, hasta la ayuda financiera o la gestión del dinero, y papel mediador con los servicios médicos, sociales, etc.

Sin embargo, en la actualidad la familia es insuficiente como fuente de apoyo para las personas. Otros sistemas u organizaciones de la sociedad deben cumplir funciones que ya no puede realizar la familia.

Si consideramos los factores demográficos y familiares del momento actual, nos encontramos con que el potencial de cuidados de la sociedad peruana está disminuyendo. La familia tradicional tiende a estar menos presente y, con ello, su sistema de valores y su capacidad para hacer frente a determinados problemas.

Entre los factores que están contribuyendo a esta situación se encuentran:

- La reducción progresiva en el número de miembros por hogar.
- La disminución progresiva en el tamaño de las viviendas.
- La implicación de la mujer en el trabajo
- La desestructuración de los sistemas tradicionales de apoyo.
- El aumento en la expectativa de vida de las personas que tienen que ser cuidadas.

Además, habrá menos hermanos para compartir el cuidado de los padres. También sucede que los hijos adultos cuidan de sus padres mayores, de modo que esta situación afecta al propio proceso de envejecimiento.

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

Se realizó una investigación acción durante los meses de enero a Agosto del 2011.

- a) **Es aplicada.** Porque pretendió solucionar el problema de ¿cómo fortalecer los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y Región San Martín?
- b) **Es preexperimental.** Porque se ha probado y validado un plan de intervención dirigido a fortalecer los estilos de vida del adulto mayor. Se ha realizado una intervención con el grupo de adultos mayores del Asentamiento. Esta intervención tuvo una duración de 8 meses (2 ciclos académicos).
- c) **Es causal.** Porque partiendo de una realidad concreta, en este caso la situación del adulto mayor, se evaluó en qué medida mejora o cambia esta realidad, es decir en qué medida se fortalece los estilos de vida del adulto mayor.

#### **Diseño de contrastación y aplicación:**

Se validó una metodología pedagógica de trabajo con la población adulta mayor utilizando un diseño preexperimental –con prueba pre y post con un solo grupo<sup>1</sup>.

A O<sub>1</sub> .....X .....O<sub>2</sub>

Donde:

A ; Son los 75 adultos mayores que participaron del estudio

O<sub>1</sub> = Son las pruebas o la batería de instrumentos aplicados con el fin de medir los estilos de vida que tuvieron los adultos mayores antes de iniciar la intervención (meses de enero y febrero 2011).

X = Es el programa de intervención didáctico diseñado para fortalecer los estilos de vida del adulto mayor y desarrollado desde marzo hasta julio 2011.

O<sub>2</sub> = Son las pruebas o batería de instrumentos aplicados después de la intervención (agosto 2011)

### 3.2. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE

El estudio se llevó a cabo en el Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo, provincia de San Martín, Región San Martín.

### 3.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por los 75 adultos mayores que residen en el asentamiento humano "La Victoria" del distrito de la Banda de Shilcayo, Provincia de San Martín, Región de San Martín.

Se trabajó con todo este grupo, es decir los 75 adultos mayores que se convirtieron en la muestra de estudio cuyas características se expresan en el siguiente cuadro:

**Fig. 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (Adultos mayores de Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.**

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA (N= 75)	PORCENTAJE
<b>Estado civil</b>		
Casada/conviviente	34	45,30%
Divorciado/separado	17	22,70%
Viudo(a)	20	26,70%
Soltera(o)	4	5,30%
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	41	54,70%
Secundaria	21	28,00%
Analfabeta(o)	9	12,00%
Superior	4	5,30%
<b>Ocupación</b>		
Agricultor	40	53,30%
Su casa	32	42,70%
Comerciante	2	2,70%
Bodega	1	1,30%
<b>Sexo</b>		
Femenino	42	56,00%
Masculino	33	44,00%
<b>Religión</b>		
Católico	45	60,00%
Evangélico	23	30,70%
Testigo de Jehová	6	8,00%

Mormón	1	1,30%
<b>Edad</b>		
De 65 - 69 años	21	28,00%
De 70 - 79 años	27	36,00%
Mayor de 79 años	27	36,00%
Promedio	75,57	
Desviación	7,2	
L. inf. -- L. Sup.	63 - 90	
<b>Enfermedad actual</b>		
Artritis/artrosis	32	42,70%
Osteoporosis.	11	14,70%
Diabetes	8	10,70%
Perdida de la visión	6	8,00%
perdida de la audición	5	6,70%
colesterol y triglicéridos	4	5,30%
Triglicéridos	3	4,00%
gastritis y artritis	2	2,70%
Ninguno	1	1,30%
Otro	3	4,00%

Apreciaciones:

En el presente cuadro se puede observar que la población adulta mayor es de estado civil casado/conviviente (45.30%), con grado de instrucción predominantemente del nivel primario (54.70%), de ocupación agricultor (53.30%); el 56% de la población es de sexo femenino; 60% de religión católica, y la edad promedio es 75.57 años, oscilando entre 63 y 90 a más años; así mismo, la enfermedad de mayor incidencia actual es la artritis /artrosis (42.70%).

#### **Limitaciones y restricciones de la investigación**

La escasa conciencia y la poca aceptación de su estado de salud, determina que el adulto mayor arraigue hábitos negativos para su edad.

#### **3.4. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS.**

Las técnicas utilizadas para recolección de información en este estudio fueron la **entrevista y la observación**. Como instrumento se utilizó una ficha de visita domiciliaria que permitió realizar las entrevistas y la observación. La batería de evaluación de los estilos de vida se aplicó antes y después de la aplicación de la estrategia.

En primer lugar se realizó un diagnóstico de la población adulta mayor del asentamiento humano para cuyo efecto se contó con el apoyo de los de estudiantes del Curso de salud del adulto y anciano I. Se realizaron visitas domiciliarias a cada una de las familias que vivían con una o más personas mayores de 65 años.

La primera visita consistió en un acercamiento a las familias para explicarles las razones de la presencia de los encuestadores, así como los objetivos de la propuesta. Seguidamente se procedió a la aplicación de la batería de instrumentos diseñados y que se explican a continuación:

- A. Una ficha de identificación y situación sociodemográfica, cuestionario del adulto mayor (anexo nº 2) en la que constan todos los datos de los adultos y las familias con las que viven, así como los aspectos sociodemográficos de cada uno de ellos, que permitió ejecutar el diagnóstico de la comunidad.
- B. Instrumentos para valorar los estilos de vida del adulto mayor, entre ellos:
- Índice de actividad de la vida diaria propiamente dicha (AVD): consta de 6 ítems, elaborado según Katz, un instrumento probado y validado en Perú; comprende la evaluación de las actividades diarias como: bañarse, vestirse, ir al baño (retrete); trasladarse, control de esfínteres y alimentación (anexo nº 2).

En cada ítem se valora el grado de asistencia o ayuda que necesita para realizar dichas actividades con un intervalo de 1 a 3 puntos, clasificándolo de la siguiente manera:

AVD sin ayuda	03 puntos
AVD con ayuda	02 puntos
AVD no puede realizar	01 puntos

Finalmente, la valoración de los resultados incluyen los siguientes aspectos: dependencia, independencia parcial e independencia total.

- Cuestionario de los estilos de vida para identificar qué tipo y grado de estilos de vida tiene el adulto mayor (anexo nº 4), cuya valoración es de frecuencia: nunca, a veces, frecuentemente, siempre.
- Cuestionario de apoyo social, para determinar con qué tipo de redes de apoyo social y familiar cuenta el adulto mayor (anexo nº 5).



- Un plan de intervención de enfermería, con la finalidad de diseñar la enseñanza – aprendizaje aplicado a la práctica diaria de los estilos de vida en el campo de acción, para los estudiantes del curso de salud del adulto y anciano I.
- C. Esta batería de instrumentos se volvió a aplicar después del desarrollo de la Intervención.

### **3.5. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

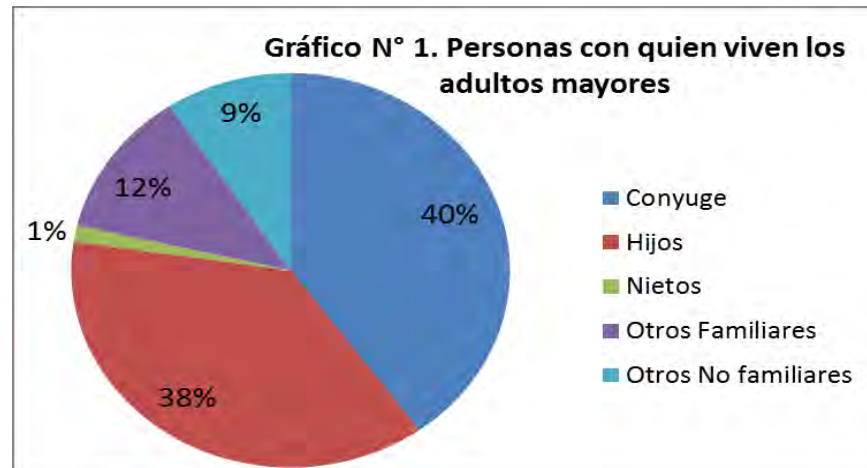
Los datos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos antes mencionados fueron aplicados con el apoyo de estudiantes del curso de Salud del adulto y anciano I; para ello se capacitó a los estudiantes, tanto en clase como en campo. Después de la aplicación inicial (A2) fueron revisados en su validez y confiabilidad de aplicación. Los que experimentaron más de cinco errores fueron vueltos a aplicar. Toda la batería se aplicó también al final de la intervención. Todos los datos cuantitativos después de la revisión respectiva se organizaron en una matriz base de Excell. Los datos obtenidos se procesaron a través del software EPIINFO 8.0 cuyos resultados se presentan en tablas y gráficos.

Para evaluar si el plan de intervención fue significativo para el fortalecimiento de los estilos de vida en el adulto mayor se usó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% ( $P < 0.05$ ), comparando los resultados de las pruebas antes de la intervención versus los indicadores después de la intervención.

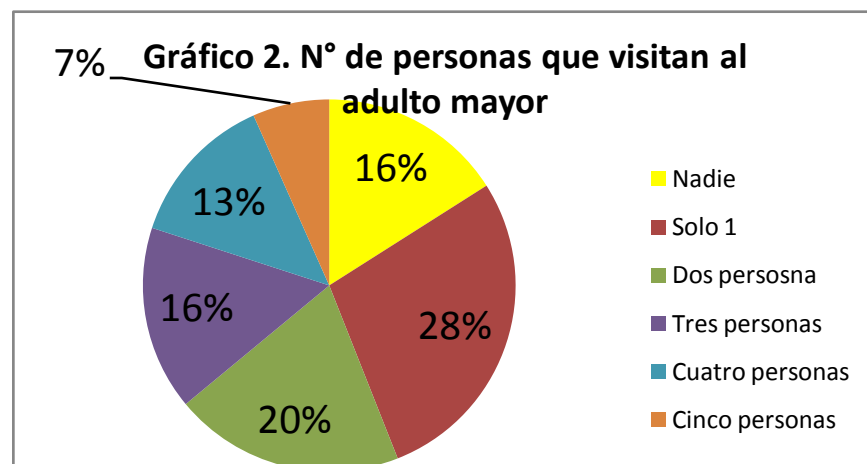
## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIONES

#### a. Diagnóstico de la situación actual de los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano La Victoria

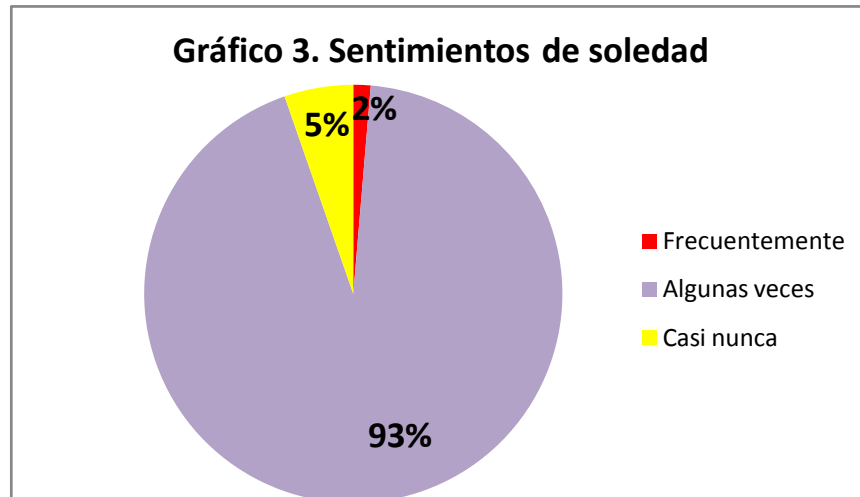


En el gráfico observamos que las personas que mayormente acompañan a los adultos mayores son los cónyuges (40%), seguido por los hijos (38%), esto nos da una idea que en nuestra localidad todavía la familia cumple el rol de encargarse de los ancianos. Aunque no podemos dejar de mencionar que en un 9% vive con personas que no son sus familiares, que sería bueno profundizar por qué razones viven con estas personas.



En el gráfico N° 2, encontramos que el 16% de los adultos mayores no recibe visitas de nadie, lo que implica que su red social y familiar es pobre y se puede decir están en abandono, donde además es necesario y urgente que el estado intervenga.

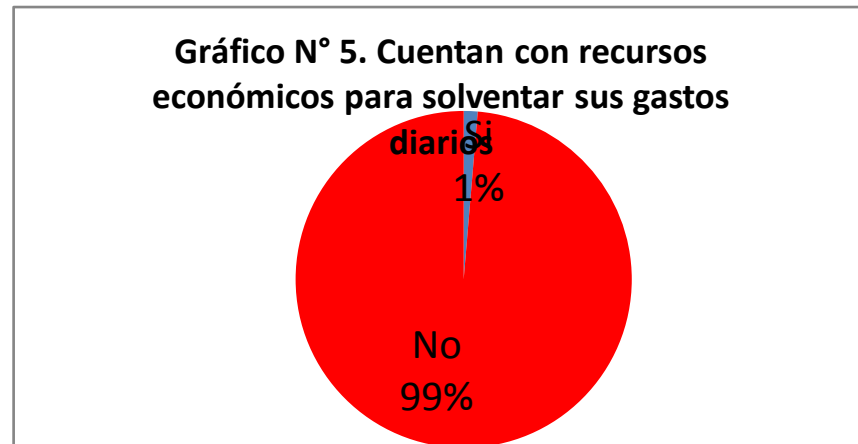
Pero con satisfacción podemos mostrar que un 48%, por lo menos, recibe visita de una o dos personas, y el 37% restante son visitados por tres a cinco personas.



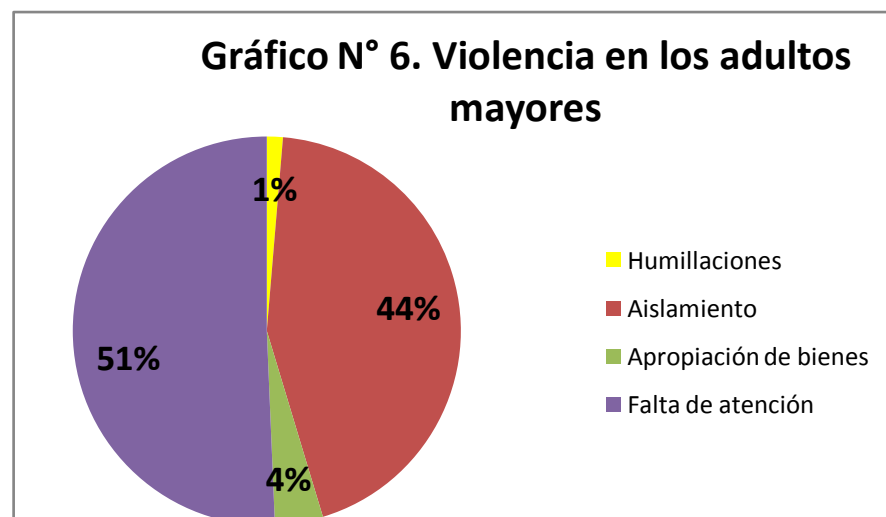
En cuanto a los sentimientos de soledad, el 93% de los adultos mayores refiere que algunas veces se sienten solos, esto por el mismo hecho que aveces la familia no les presta mayor atención o les aislan y no les toman en cuenta para la toma de decisiones importantes.



Encontramos con satisfacción que el 95% de los adultos mayores si tiene soporte social en caso de enfermedad y postración. Es su mayoría este soporte esta dado por sus familiares, lo que nos lleva a afirmar que en nuestra ciudad aún los familiares asumen el cuidado de los mayores.



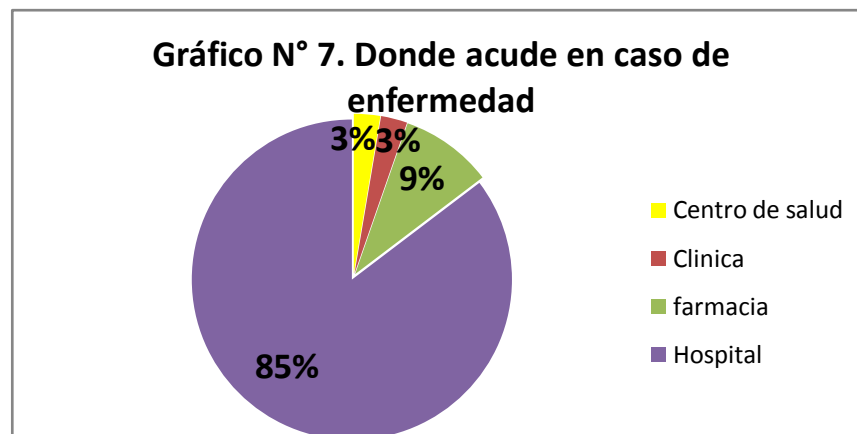
El 99% refiere que no cuenta con los recursos económicos para solventar sus necesidades básicas, esto se explica por el mismo hecho de que el Asentamiento Humano La Victoria, se encuentra ubicado dentro del cinturón de pobreza de San Martín y en su mayoría son migrantes de diferentes zonas de la región y del país, que inclusive la tenencia de la vivienda ha sido de forma ilegal. También es importante que la gran mayoría está acostumbrada al asistencialismo.



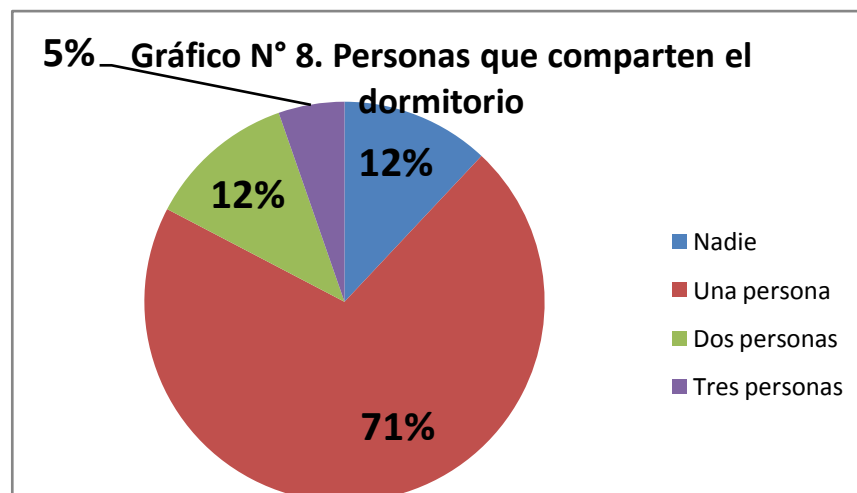
El 95% de los adultos mayores sufre de algún tipo de violencia y esto se expresa más en aislamiento (44%) y falta de atención (51%).

Resultados que coinciden en mucho con los reportes del Centro Emergencia Mujer quien reporta que en el ámbito familiar el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce

contra los adultos mayores es el maltrato psicológico hasta en un 95%. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), humillación y desvalorización (66.3%), amenazas de muerte (40%), y rechazo (48.8%). Sin embargo, los adultos mayores no están exentos de la violencia física que en el 2002 representó el 39% del total de casos registrados en los CEM. Las bofetadas, empujones, puntapiés y puñetazos fueron las formas de agresión más frecuentes. (CEM)



El 85% de los adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria acude al hospital, en caso de enfermedad.



El 71% de los adultos mayores comparte el dormitorio con otra persona más, y un 5% lo hace con tres personas más lo que indica el grado de hacinamiento que tienen las viviendas donde habitan.

**CUADRO N° 01: GRADO DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA 2011**

<b>ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA</b>	<b>(ni =75)</b>	<b>%</b>
<b>BAÑARSE</b>		
Dependiente	3	4,00%
Independiente parcial	22	29,30%
Independiente total	50	66,70%
<b>VESTIRSE</b>		
Dependiente	3	4,00%
Independiente parcial	27	36,00%
Independiente total	45	60,00%
<b>USAR SERVICIOS HIGIÉNICOS</b>		
Dependiente	3	4,00%
Independiente parcial	5	6,70%
Independiente total	67	89,30%
<b>MOVILIZARSE</b>		
Dependiente	2	2,70%
Independiente parcial	25	33,30%
Independiente total	48	64,00%
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>		
Dependiente	2	2,70%
Independiente parcial	17	22,70%
Independiente total	56	74,70%
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
Dependiente	2	2,70%
Independiente parcial	14	18,70%
Independiente total	59	78,70%

**Fuente: Encuesta propia. 2011.**

La evaluación del grado de independencia, según las actividades de vida diarias, permitieron encontrar que de los 75 encuestados, 50 adultos mayores pueden bañarse solos (independencia total), representado un 66.70%; 45 adultos mayores (60%) pueden vestirse solos; 67 adultos mayores (89.30%) pueden hacer uso de los servicios higiénicos solos; 48 adultos mayores (64%) pueden movilizarse solos; 56 adultos mayores (74.7%) controlan sus esfínteres; 59 adultos mayores (78.7%) pueden alimentarse solos. Como se puede observar, la gran mayoría de esta población puede hacer sus actividades diarias con cierta independencia. Pero existen tres adultos mayores que presentan dependencia total lo que requiere el apoyo, la intervención de los familiares y de las instituciones de salud. La edad se relaciona directamente con el grado de dependencia, pues, a mayor edad mayores problemas de dependencia, tal como se verá más adelante.

**León, citado por García y Viniegras (2008, p. 41)**, menciona que las personas de edad padecen proporcionalmente más enfermedades crónicas. La utilización de los servicios de salud es mayor en este grupo poblacional. Otra característica importante de la relación salud – envejecimiento es la discapacidad y el concepto de función. Resulta evidente que la discapacidad aumenta con la edad, y con ello, disminuye la autonomía del anciano, aumentando su dependencia de la familia. Pero a su vez, es cierto que “la calidad de vida del anciano está determinada más por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente, que por la gravedad de una enfermedad determinada”, “La mayoría de los ancianos acepta su proceso de envejecer siempre que sea con autonomía y control de las situaciones”. Estos resultados no se pueden comparar en cifras o porcentaje; pero, teóricamente coinciden con las apreciaciones de este autor. Sin embargo, en el presente caso hay muy poca dependencia y esto ocurre a mayor edad.

De igual manera (**Borrelli, Brenda 1983**) en la medición de la independencia funcional motora del adulto mayor considera acciones de: autocuidado, con la que determinaron si el adulto mayor por sí mismo es capaz de alimentarse, realizar su aseo personal, ir al baño, ponerse el vestuario superior e inferior y realizar su aseo perineal; control de esfínter, procuró establecer si el adulto mayor controla su vejiga y los intestinos; movilidad, intentó determinar si el adulto mayor es capaz de subir y bajarse de la cama, de sentarse en una silla, entrar y salir por sí mismo de la tina del baño o ducha; deambulación, buscó determinar si el adulto mayor es capaz de subir escaleras y caminar sin problemas o si usa silla de rueda, bastón, andador u otros señalando que el 88% de los encuestados lograron la puntuación más alta que las califica como independientes; mientras que el 22% restante obtuvo un puntaje de 95, que muestran una ligera pérdida funcional, pero que momentáneamente no afecta su independencia; cifras superiores a las de este estudio donde se encontró que sólo el 4% son dependientes.

**CUADRO N° 02: CALIFICACIÓN DE AVD SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE  
SHILCAYO, ENERO-AGOSTO 2011**

CALIFICACION DE ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
<b>Dependencia</b>	2	1	3
Fila %	66,7	33,3	100
Columna%	4,8	3	4
<b>Independencia parcial</b>	9	5	14
Fila %	64,3	35,7	100
Columna %	21,4	15,2	18,7
<b>Independencia total</b>	31	27	58
Fila %	53,4	46,6	100
Columna %	73,8	81,8	77,3
<b>TOTAL</b>	42	33	75
Fila %	56	44	100
Columna %	100	100	100

**Fuente: Encuesta propia. 2011.**

En el grado de dependencia según sexo no hay mucha diferencia, sólo una ligera desviación mayor para las mujeres 4,8% versus 3% en varones; este hecho se explica por la disminución de la actividad hormonal, incremento del riesgo cardíaco, dolores óseos, pérdida de la densidad cutánea, estrés, etc. que son víctimas las mujeres por el proceso, cambios y desgaste que se producen durante la gestación.

Un estudio usando la encuesta SABE muestra una alta tasa de limitaciones funcionales, alcanzando al 19,2% de la población de este grupo de edad. La frecuencia de las limitaciones funcionales aumenta mientras mayor es la edad y afecta en forma especial en las mujeres, quienes presentan una significativa mayor frecuencia 25,1% versus 17,3% de los hombres, cifras que no coinciden con los presentes resultados.

La cohorte de personas mayores de 60 años en la EPS-2004, está integrada por 3 562 sujetos. De ellos, el 50,2% correspondió a hombres y 49,8% a mujeres. Del total de adultos mayores, el 78,6% fueron considerados autónomos; es decir, declaró no necesitar ayuda de terceros o no tener dificultad para realizar las actividades encuestadas. El restante, 21,4% fueron considerados dependientes puesto que declararon necesitar ayuda de terceros o no tener dificultad para realizar alguna de las actividades mencionadas. Respecto al género, la tasa prevalencia de la dependencia es



mayor en las mujeres, alcanzando en esta cohorte un 26,9%. La tasa de prevalencia en los hombres fue de 16,5%. Datos coincidentes con los nuestros ya que nuevamente se evidencia que la mujer es la que padece mayor grado de dependencia y es así como lo expresa la literatura, ya que son las mujeres las que sufren mayores desgastes en los procesos de gestación y maternidad.

**CUADRO N° 03:GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO,ENERO-AGOSTO2011**

EDAD	Grado de Dependencia			TOTAL
	Dependencia	Independencia parcial	Independencia total	
De 63 a 69 años	0	0	21	21
Fila %	0	0	100	100
Columna %	0	0	36,2	28
De 70 a 79 años	1	0	26	27
Fila %	3,7	0	96,3	100
Columna %	33,3	0	44,8	36
De 80 a 90 años	2	14	11	27
Fila %	7,4	51,9	40,7	100
Columna %	66,7	100	19	36
<b>TOTAL</b>	3	14	58	75
Fila %	4	18,7	77,3	100
Columna %	100	100	100	100

Fuente: Encuesta propia. 2011.

Chi-cuadrado	G.L.	Probabilidad
33,8442	4	0,0000

En el cuadro observamos que 14 de los encuestados entre las edades de 80 a 90 años de edad presentan independencia parcial en sus actividades de la vida diaria, representado por un 51.9%, porque se sienten de alguna u otra manera activos y con la capacidad de poder realizar sus actividades con poca o ninguna ayuda ya que pueden atenderse a sí mismos. Sin embargo, el 7.4% de este grupo sí requiere de apoyo y ayuda. De igual manera los que se encuentran en este grupo etáreo son los que en mayor proporción tienen dependencia total (66.7%), seguido luego por lo de 70 -79 años

(33.3%). La prueba de Chi cuadrado nos confirma que a mayor edad mayor grado de dependencia ( $P < 0.05$ ).

**Accra Ghana (2004)**, sostiene *que había áreas en las que la calidad de vida era más precaria, y que se acompañaban en una relación lineal, de índices más elevados de mortalidad en edades más precoces y por enfermedades infecciosas. Se observó que esas poblaciones presentaban, igualmente, un doble tributo a la morbi-mortalidad, en la medida que presentaban en forma concomitante, altas tasas de enfermedades crónicas y por causas externas*". Las aseveraciones que anteceden son coincidentes con nuestra percepción y resultados, ya que también se observó que cuanto más precaria era la condición de vida de los adultos mayores son sus problemas y condiciones de salud.

Si bien es cierto que la presente intervención no ha tenido el propósito de cruzar variables con los sistemas y procesos asistenciales, sí se ha podido notar que no existe una presencia de las instituciones en este espacio y grupo etáreo como lo afirma **Amauri de Jesús Miranda Guerra (2009)**, en su estudio denominado "Calidad de la atención en salud al adulto mayor" que le permitió detectar dificultades que afectan la calidad brindada al adulto mayor, como: insuficientes recursos humanos, médicos, enfermeras, geriatras, internistas y psicólogos. Ningún consultorio resultó evaluado como *adecuado* por presentar problemas con la privacidad, al trabajar 2 ó 3 médicos en una misma consulta, además existe déficit de oftalmoscopios. El nivel de conocimientos *aceptables* sobre el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor e Hipertensión Arterial alcanzado por los médicos fue de 45,4 % y en las enfermeras de 72,7%. La calidad de las historias clínicas fue *no aceptable*, y se identificaron otras insuficiencias en la satisfacción de los usuarios, dadas por lo que desean obtener y no obtienen y lo que reciben sin desear, lo que muestra debilidades en la calidad de la atención al adulto mayor. Conclusiones: la estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos, materiales y en la satisfacción de los usuarios, lo cual influye negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más.

En comparación con nuestro estudio podemos decir que el sector MINSA no tiene incorporado en su plan de trabajo el programa con la tercera edad, más que la atención intramural con algunos aspectos de promoción interna; ESSALUD lo implementa pero sólo para la población asegurada.

**B. Evaluación de los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano la Victoria.**

**CUADRO N° 04:COMPARACIÓN DE LA VALORACIÓN SOBRE LA PRÁCTICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SEGÚN TIEMPO DE EVALUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO,ENERO-AGOSTO2011**

Valoración de los estilos de vida saludables	PRE		POST	
	N°	%	N°	%
A veces	35	46,70%	0	0,00%
Frecuente	40	53,30%	41	54,70%
Siempre	0	0	34	45,30%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>	<b>75</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:Encuesta propia. 2011.**

La práctica de estilos de vida realizadas antes y después de la investigación, y con la valoración de sus frecuencias se obtuvo que antes de la intervención, el 53.3% refiere que frecuentemente practica estilos de vida adecuados; sin embargo, después de la intervención esto mejora ya que el 54.7% manifiesta que frecuentemente lo hace, pero también un 45.3% lo practica siempre. Sin embargo, hay que manifestar que esto sólo corresponde a manifestaciones de los adultos mayores.

**CUADRO N° 05: GRADO DE INDEPENDENCIA SEGÚN MOMENTO DE EVALUACIÓN  
EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL  
DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, ENERO-AGOSTO 2011**

GRADO DE INDEPENDENCIA	PRE		POST	
	N°	%	N°	%
Dependencia	3	4,00%	3	4,00%
Independencia Parcial	14	18,70%	7	9,30%
Independencia Total	58	77,30%	65	86,70%
<b>Total</b>	75	100,00%	75	100,00%

Fuente: Encuesta propia. 2011.LKQM

El grado de independencia-dependencia también se ha medido antes y post la intervención; sin embargo, como se puede observar muy poco se ha podido lograr con la intervención, ya que los tres casos de dependencia estuvieron en cama, en los cuales sólo nos limitamos a hacer actividades de confort y educación, tanto al paciente como a los familiares; pero el poco tiempo de intervención no permitió conseguir una independencia total; sin embargo, antes de la intervención se encontró 14 (18.7%) de los pacientes que registraron independencia parcial, es decir que necesitaban cierto apoyo. Con la intervención del curso se logró que recobraran su independencia en un 50%; es decir que al finalizar, sólo siete (9.3%) de estos adultos mayores necesitaron ayuda para sus actividades básicas; esto se logró con las diferentes estrategias que se ha implementado en el curso de Salud del adulto y anciano I. Pero con esto se demuestra que también se puede apoyar en la recuperación de la dependencia en este grupo de edad.

**Agudelo y cols,** indican que sólo el 8% de los ancianos independientes son sanos, el 92% restante, aunque autónomo, presenta limitaciones que pueden exigir algún tipo de apoyo o supervisión por parte de los cuidadores para realizar de manera segura y saludable sus actividades cotidianas. Estos resultados difieren totalmente con los obtenidos en esta investigación donde se encontró más del 75% de ancianos independientes; sin embargo, sí coincidimos en la aseveración que hacen estas autoras que -en esta población determinarse cómo el grado de independencia y autonomía no son sinónimos de calidad de vida; por el contrario, estas personas requieren de equipos

multidisciplinarios de profesionales de la salud, como enfermera, trabajadora social, psicóloga, terapeuta respiratoria y física, nutricionista, entre otros, los cuales a través de su quehacer son garantía de calidad y bienestar en una población de alto riesgo”.

**Cardona Arango y cols.** en su investigación usando la escala de Katz para evaluar el estado funcional global y los niveles de dependencia que presenta la persona en grados que van de la A hasta la G, donde la A significa un adulto mayor independiente en sus funciones básicas como alimentarse, bañarse, vestirse por sí solo y la G un adulto mayor por entero dependiente de su cuidador para cumplir las labores antes descritas. Los adultos mayores que reportaron un grado de dependencia alto (F), son cuidados por personas que en su totalidad puntuaron con síndrome de sobrecarga. Para el caso de los adultos mayores que tenían el mayor grado de dependencia (G), el 80% de los cuidadores tenían sobrecarga; se observa una tendencia que a mayor grado de dependencia, hay una mayor proporción de cuidadores con sobrecarga, es así como el 60% de los cuidadores de adultos mayores que tenían algún grado de dependencia reportaron sobrecarga. Además reportan que según los cuidadores, los adultos mayores presentan un mayor grado de dependencia a medida que aumenta la edad, siendo dependientes el 1,2% de los adultos mayores de 65 a 69 años hasta el 28,6% de los mayores de 90 años; es decir, según el índice de dependencia de Katz, el 95,8% de los adultos mayores cuidados es independiente y solo el 4,2% es dependiente. Esta asociación entre funcionalidad y grupo de edad es estadísticamente significativa ( $\chi^2=27,23$ ;  $p=0,000$ ). Como se puede inferir, estos resultados son muy similares a los resultados reportados en el presente estudio.

También los presentes resultados coinciden con los encontrados por **Villena Campos (2,007, San Martín - Perú)**, quien en un estudio sobre “Relación entre independencia, estado mental y estilos de vida en el adulto mayor”, en la que aplicó diferentes escalas de valoración, concluye que el 79% de los adultos mayores presentan un estado mental normal, el 57% está en un riesgo social, 96% muestran independencia total, el 48% tienen un estilo de vida adecuado, el soporte y apoyo que reciben es de parte de sus hijos y cónyuges. De igual manera nosotros no hemos encontrado grandes problemas de dependencia o de problemas mentales en la población de estudio.

**CUADRO Nº 06: EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LA ALIMENTACIÓN QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN MOMENTO DE MEDICIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, ENERO-AGOSTO 2011**

ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS A LA ALIMENTACIÓN PRACTICADOS POR LOS ADULTOS MAYORES	MEDICION INICIAL								MEDICION POST INTERVENCION					
	NUNCA		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Come Ud. Al levantarse en la mañana	0	0%	0	0%	15	20%	60	80%	0	0%	6	8%	69	92%
Escoge comidas que no contengan ingredientes químicos	65	86.70%	7	9.30%	3	4.00%	0	0%	13	17.30%	54	72.00%	8	10.70%
Lee Ud. Las etiquetas de la comidas empaquetadas o enlatadas para identificar los ingredientes	16	21.30%	53	70.70%	6	8.00%	0	0%	15	20.00%	59	78.70%	1	1.30%
Incluye en sus comidas alimentos que contengan fibras	1	1.30%	33	44.00%	6	8.00%	35	46.70%	2	2.70%	39	52.00%	35	46.70%
Come Ud. Tres buenas comida al día	0	0%	14	18.70%	6	8.00%	55	73.30%	0	0%	25	33.30%	50	66.70%
Todos los días consume alimentos balanceados	5	6.70%	56	74.70%	0	0%	14	18.70%	16	21.30%	42	56.00%	17	22.70%

**Fuente: Encuesta propia. 2011.**

Quando se hace las visitas iniciales se encontró que algunas veces 15 adultos mayores no tomaban desayuno todos los días, unos por problemas de salud, otros por economía con la intervención se orientaban la importancia de las comidas y sobre todo la comida por las mañanas y así al finalizar la intervención sólo seis de ellos continúan con esta práctica. Sobre escoger los ingredientes de los alimentos, así como la lectura de las etiquetas no tiene costumbre de hacerlo; sin embargo, los resultados muestran que en conocimiento también han mejorado estos procesos. El tipo de alimentos que consumen también ha mejorado.

**CUADRO N° 07: ESTILOS DE VIDA PRACTICADOS POR LOS ADULTOS MAYORES RELACIONADOS AL DESCANSO Y/O RECREACIÓN DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, ENERO-AGOSTO 2011**

DESCANSO Y/O RECREACIÓN	MEDICION INICIAL								MEDICIÓN POST INTERVENCIÓN					
	NUNCA		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hace siesta o descansa por las tardes diariamente	0	0%	19	25.30%	10	13.30%	46	61.30%	2	2.70%	32	42.70%	41	54.70%
Dedica tiempo a relajación o meditación	54	72.00%	15	20.00%	3	4.00%	3	4.00%	17	22.70%	55	73.30%	3	4.00%
Usted relaja los músculos antes de dormir	54	72.00%	19	25.30%	1	1.30%	1	1.30%	20	26.70%	52	69.30%	3	4.00%
Piensa Ud. en cosas agradables antes de dormir	0	0%	61	81.30%	0	0%	14	18.70%	12	16.00%	43	57.30%	20	26.70%
Está Ud. consciente de las fuentes de tensión o preocupación en su vida	0	0%	3	4.00%	14	18.70%	58	77.30%	0	0%	34	45.30%	41	54.70%
Usa métodos específicos para controlar la tensión y la preocupación	23	30.70%	51	68.00%	0	0%	1	1.30%	20	26.70%	54	72.00%	1	1.30%

**Fuente: Encuesta propia. 2011.**

La siesta de unos 20 minutos diarios es vital sobre todo, en la tercera edad; lo bueno es que la población con la que se trabajó tiene costumbre de hacer siesta, así lo demuestran las cifras tanto pre como post intervención y con mayor frecuencia lo hacen al conocer sus beneficios así lo demuestra la medición posterior donde el 42.7% y 54.7% lo hace frecuente y siempre respectivamente.

En la tercera edad es frecuente el insomnio, problema que muchas veces se resuelve con la práctica de ejercicios de relajación. Así antes de la intervención la mayoría (72%) de esta población nunca realizaba este tipo de ejercicios, y en la medición posterior encontramos que entre el 69 – 73% lo hacen frecuentemente, esto mismo asociado con el pensamiento de cosas positivas. Fenómeno similar ocurrió para los casos de control de tensión.

**CUADRO Nº 08: EXPRESION DE SENTIMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DELASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, ENERO-AGOSTO 2011**

ESTILOS DE VIDA PRACTICADOS POR LOS ADULTOS MAYORES	MEDICION INICIAL								MEDICION POST INTERVENCION					
	NUNCA		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos	21	28.00%	43	57.30%	11	14.70%	0	0	13	17.30%	61	81.30%	1	1.30%
Le gusta dar y recibir cariños, abrazos de los amigos íntimos	9	12.00%	38	50.70%	4	5.30%	24	32.00%	8	10.70%	39	52.00%	28	37.30%
Es usted expresivo al demostrar fácilmente el interés, el amor y el calor humano hacia otras personas	2	2.70%	40	53.30%	1	1.30%	32	42.70%	7	9.30%	50	66.70%	18	24.00%
Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos	0	0	61	81.30%	0	0	14	18.70%	7	9.30%	57	76.00%	11	14.70%

Fuente: Encuesta propia. 2011.



La tabla anterior indica que la expresión de sentimientos en los adultos mayores, en la medición inicial el 57.3%(43), manifiesta que AVECES elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos. En la medición post intervención se observa que un 81.3%(61) lo hace FRECUENTEMENTE, pues, conocemos que esta práctica es un estilo de vida adecuada ya que evita malos sentimientos y por consiguiente mejora la relación consigo mismo y con el entorno.

Con respecto al dar y recibir afecto y cariño en la medición inicial, el 50.7%(38) expresa AVECES; en relación con la medición post intervención encontramos que el 52%(39) lo hace FRECUENTEMENTE, como vemos también hay un cambio positivo, pues en este grupo es muy poco frecuente recibir y dar cariños ya que han sido criados muy a distancia y generalmente son los que mandan y gruñonamente esperan obediencia de los demás, además este grupo por sí mismo necesita mucho afecto para mantenerse sano y muchas veces la familia los ve como estorbos y los aíslan. Como vemos inclusive la asertividad ha mejorado grandemente y pues este estilo de relacionarse con los demás hará que sean más respetados y mantengan mejor convivencia familiar.

La calidad humana y la expresión de los sentimientos está relacionado con el grado de autoestima y felicidad de las personas y por ello es importante que las personas expresemos lo que sentimos de manera asertiva, la población de la tercera edad con frecuencia es fría y poco expresiva, el enseñar a ellos a expresar sus sentimientos favorece su estado de salud.

En el cuadro encontramos que antes de la intervención fueron pocos los que podían expresar asertivamente sus sentimientos, lo que mejoró significativamente en la medición post intervención. Así en la evaluación inicial el 57.3% de los encuestados a veces elogian o alaban fácilmente a otras personas por sus éxitos, mientras que post intervención 81.3% frecuentemente elogian o alaban fácilmente a otras personas por sus éxitos. Al 50.7% de los encuestados a veces les gusta dar y recibir cariño, abrazos de los amigos íntimos y post intervención 52% frecuentemente y 37.3% siempre les gusta dar y recibir cariños, abrazos de los amigos íntimos. El 53.3% de los encuestados en la evaluación inicial solo AVECES eran expresivos al demostrar fácilmente el interés, el amor y el calor humano hacia otras personas, mientras que después de la intervención 66.7% FRECUENTE y 24% SIEMPRE de los encuestados son expresivos al demostrar fácilmente el interés, el amor y el calor humano hacia otras personas. El 81.3% de los encuestados, A VECES encuentran maneras

positivas para expresar sus sentimientos y después de la intervención un 76% frecuentemente encuentran maneras positivas para expresar sus sentimientos.

**CUADRO Nº 09: RED SOCIAL O DE AMIGOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA DEL DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, ENERO-AGOSTO 2011**

ESTILOS DE VIDA PRACTICADOS POR LOS ADULTOS MAYORES	MEDICIÓN INICIAL								MEDICION POST INTERVENCIÓN					
	NUNCA		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE		AVECES		FRECUENTE		SIEMPRE	
RED SOCIAL O DE AMIGOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conversa con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones o problemas	0	0	6	8.00	15	20.00	54	72.00	2	2.70	25	33.30	48	64.00
Mantiene adecuada relaciones interpersonales con vecinos	1	1.30	31	41.30	5	6.70	38	50.70	6	8.00	30	40.00	39	52.00
Dedica su tiempo a los amigos íntimos	3	4.00	48	64.00	8	10.70	16	21.30	11	14.70	45	60.00	19	25.30

**Fuente: Encuesta propia. 2011.**

En la evaluación, antes de la intervención, el 50.7%(38) muestra que SIEMPRE mantiene adecuadas relaciones interpersonales con vecinos. En relación con la post intervención, en un 52%(39) que SIEMPRE mantiene buenas relaciones interpersonales. En la dedicación de tiempo a los amigos, en la medición inicial el 64%(48) indica que AVECES lo hace; en relación con la post intervención el 60%(45)

refiere que FRECUENTEMENTE dedica su tiempo a los amigos. Por los resultados también podemos notar que esta variable también ha mejorado con la intervención.

Las redes de apoyo son fundamentales en la tercera edad, pues este grupo necesita de amigos, familiares que compartan con ellos sus emociones. En la tabla encontramos que la población con la que se trabajó la mayoría cuenta con esta red social. Así en la evaluación antes de la intervención el 72%, siempre suelen conversar con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones o problemas y post intervención se mantienen estas cifras. El 50.7% mantienen adecuadas relaciones interpersonales con sus vecinos en la evaluación preliminar. Después de aplicar el plan de intervención se observa que 39 de los mismos, representado en un 52% mantiene una adecuada relación interpersonal con sus vecinos. 48 de los encuestados a veces dedican su tiempo a los amigos íntimos, mientras que post encuesta se observa que 45 de los encuestados frecuentemente dedican su tiempo a los amigos íntimos. 39 de los encuestados representado en un 52% a veces reciben cariño y afecto de las personas que le interesan y post encuesta podemos observar que 43 de ellos frecuentemente reciben cariño y afecto de las personas que le interesan.

Los resultados expuestos permiten afirmar que la intervención ha permitido fortalecer los estilos de vida y para ello nos basamos en la teoría de **Eamon O'Shea (2003)** que sostiene que *“los estilos de vida positivos en el adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”*.

De igual manera **Krzejmen (2001)** sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la *“medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”*. Nuestra intervención tuvo como uno de los procesos fortalecer las redes sociales de apoyo del adulto mayor, partiendo de sensibilizar a la familia de la importancia y los cuidados que deben tener con sus familiares adultos mayores.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **V.1. CONCLUSIONES**

1. El diagnóstico de los adultos mayores residentes en el Asentamiento Humano La Victoria, ha permitido encontrar que un 40% vive con su cónyuge y el 38% con sus hijos; el 16% no recibe visitas, el 48% recibe la visita de 1-2 personas y el 36% entre 3-5 personas; el 93% refiere que algunas veces tiene sentimientos de soledad, mientras que el 95% cuenta con soporte familiar en caso de enfermedad y postración; el 99% vive en extrema pobreza y el ingreso familiar no alcanza para cubrir las necesidades básicas; el 95% sufre de algún tipo de violencia, expresada en el aislamiento y la falta de atención, la mayoría comparte su dormitorio con otros miembros de la familia, mientras que el 17% vive en situación de hacinamiento y solo el 9% vive con personas que no son sus familiares.
2. La estrategia didáctica diseñada para la intervención en el curso de Salud del adulto y anciano I, ha contribuido a mejorar y fortalecer los estilos de vida de los adultos mayores, mejorando su calidad de vida y su red familiar y social. El 86.70% refiere que tiene independencia total.
3. El 4,8% de mujeres califica su actividad diaria como dependiente, mientras que solo el 3% de varones manifiestan no depender de nadie para realizar sus actividades.
4. La enfermedad que con mayor frecuencia padecen los adultos mayores es la artritis/artrosis, representado por un 42.70%
5. La intervención ha permitido que los adultos mejoren su grado de independencia y sus estilos de vida en un 41%

## V.2. RECOMENDACIONES

1. Que, las intervenciones para fortalecer y modificar los estilos de vida en el adulto mayor sean procesos largos de acciones multidisciplinarias e interinstitucionales planificadas por el Departamento Académico de Enfermería, en coordinación con la Oficina de Proyección y Extensión Universitaria de la Universidad nacional de San Martín.
2. Que, las líneas de investigación planificadas, tanto a nivel central como en las facultades de la Universidad Nacional de San Martín contribuyan a la solución de los múltiples problemas de la comunidad.
3. Que, las intervenciones en la comunidad cuenten con el enfoque de género así como de diferenciación étnica para lograr resultados más precisos.
4. Que, las autoridades competentes apoyen la asignatura de Salud del adulto y anciano I, con los recursos suficientes a fin de garantizar el logro de los objetivos.
5. Que, las Instituciones de Salud, Beneficencia, los gobiernos locales y el gobierno regional intervengan en las poblaciones de extrema pobreza, para coadyuvar a una mejor calidad de vida de sus habitantes.

## **CAPÍTULO VI**

### **ANEXOS**

- VI.1. ANEXO 1** Operacionalización de variables
- VI.2. ANEXO 2** Cuestionario para el adulto mayor
- VI.3. ANEXO 3** Escala de índice de Actividad de la Vida Diaria( AVD)
- VI.4. ANEXO 4** Cuestionario de los estilos de vida
- VI.5. ANEXO 5** Cuestionario de apoyo social
- VI.6. ANEXO 6.** Plan de Intervención del curso de Salud del adulto y anciano I
- VI.7. ANEXO 7.** Ejemplo de modelo de plan de intervención

## ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

### Definición de las variables

#### VI=

Es un plan de intervención didáctico para desarrollar la práctica aplicada del Curso de salud del adulto y anciano I, con el fin de fortalecer las habilidades del adulto mayor. Consta de un módulo básico (anexo n° 7) dividido en lo siguiente:

- a. **Un diagnostico situacional de los adultos mayores:** para ello se aplicó la guía de visita domiciliaria, y un cuestionario de diagnóstico amplio. (anexo n°1)
- b. **Proceso de intervención educativa recreacional:** para ello se ha diseñado un plan de intervención al adulto mayor y a su entorno familiar que vive con ellos. También dos jornadas de recreación, esto con toda su red de apoyo social con el fin de fortalecer los estilos de vida y contribuir a que la población sea más feliz y valorada.

**VD= Estilos de vida del adulto mayor:**son los hábitos y costumbres que los adultos mayores practican. Este aspecto se midió con los diferentes instrumentos ya citados (AVD, índice de vida diaria, cuestionario de apoyo social, cuestionario de estilos de vida como la alimentación, recreación, manejo de sentimientos, redes sociales, etc.)

### Operacionalización de la variable

Variable	Definición	Dimensiones	Definición operativa	Indicadores
Fortalecimiento de los estilos de vida	Son las diferentes acciones que se desarrolla en el marco de la asignatura de Salud del adulto y anciano I	Educativo  Recreacional  Seguimiento y monitoreo	Sesiones educativas dirigida a los adultos mayores y a su entorno  Diferentes actividades que sirven para recreación  Acciones que se implementan para evitar la deserción y el	Charlas educativas Jornadas Video fórum Sesiones demostrativas  Campeonatos, campañas  Visitas domiciliarias Frecuencia, acciones implementadas



			cumplimiento de las normas y compromisos	
Estilos de vida	Conjunto de acciones y estrategias que los adultos mayores practican para mantenerse saludables, Se medirá antes y después de la implementación de la estrategia	Alimentación	Tipo de alimentos que consumen, frecuencia, cantidad: Proteínas, carbohidratos, vitaminas, etc.	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Hábitos	Conductas beneficiosas para su cuerpo y la salud: Tipo de recreación Horas de descanso Práctica de ejercicios Consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc. Práctica de deporte	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Expresión de sentimientos	Frecuencia con expresa sus sentimientos de manera asertiva	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Grado de Independencia	La cantidad y frecuencia de apoyo que necesita para realizar sus actividades básicas vitales	Independiente total Independiente parcial Dependiente
		Redes de apoyo social	Frecuencia con que se relaciona con su familia, amigos, vecinos y grupos	Nunca A veces Frecuentemente Siempre

## ANEXO Nº 2

Universidad Nacional de San Martín  
Facultad Ciencias de la Salud  
Escuela Académico-Profesional de Enfermería  
Salud del adulto y anciano I,VII Ciclo  
Lic. Enf. Luz Karen Quintanilla Morales.

### CUESTIONARIO PARA EL ADULTO MAYOR

**EDAD.....Fecha.....**

#### **PARTE A:**

**1. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado?**

- a). Soltero
- b). Casado/en unión libre
- c). Viudo
- d). Divorciado/separado

**2. ¿Quién vive con usted?**

- a). Nadie
- b). Conyugue
- c). Hijos
- d). Nietos
- e). Otros familiares.
- f). Otros no familiares.

**3. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa?**

- a). Nadie
- b). \_\_\_\_\_

**4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana?**

- a). Nadie
- b). \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?**

- a). Ninguna
- b). Una vez al día
- c). Una vez a la semana
- d). 2-6 veces por semana

**6. ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar?**

- a). Sí
- b). No

**7. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca?**

- a). Frecuentemente
- b). Algunas veces
- c). Casi nunca

**8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve?**

- a). Tan frecuente como deseo
- b). Descontento por lo poco que los veo

**9. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude?**

Si responde sí, pregunte 9a y 9b.

- a). Sí
- b). No

**9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas?**

- a). Si
- b). No

**9b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas?**

- a). Sí
- b). No

**10. ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario?**

- a). Sí
- b). No

**11.- ¿Fue violentado psicológicamente por algún familiar?**

- a). Humillaciones
- b). Aislamiento
- c). Apropiación de bienes mediante engaño
- d). Utilización de la fuerza para delegar el manejo de los bienes
- e). Falta de atención

## **PARTE B :**

**1.- ¿Puede bañarse o ducharse solo (a)?**

**2.- ¿Es capaz de manejar su propio dinero?**

**3.- ¿Puede usted tomar sus medicamentos?**

**4.- ¿Puede ir solo de compras?**

**5.- ¿Puede preparar solo sus alimentos?...si la respuesta es "SÍ"**

**¿Qué alimentos?.....**  
.....

**6.- ¿Puede hacer las tareas de la casa? ...si la respuesta es "SÍ"**

**¿Cuáles?.....**

.....

.....

## **PARTE "C"**

1.- ¿Cuántas veces al día consume sus alimentos?

- Desayuno.....
- Media mañana.....
- Almuerzo.....
- Media tarde.....
- Cena.....

2.- ¿En caso de enfermarse donde acude Usted?

3.- ¿En la actualidad Ud. padece de alguna enfermedad? ...si la respuesta es "SÍ"

¿Cuál?.....

4.- ¿Cuántas veces al día descansa?

5.- ¿Comparte su habitación con alguien? ...si la respuesta es "SÍ"

¿Cuántos?.....

## **PARTE "D" (OBSERVACIÓN)**

1.- ¿De qué material es su casa?

2.- ¿Cuenta con los servicios necesarios?

- a). Agua
- b). Desagüe
- c). Luz
- d). Teléfono

3.- Condiciones de higiene:

- Servicios higiénicos
- Cocina
- Dormitorio
- Animales.

**OBSERVACIONES**

## ANEXO Nº 3

### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

**INSTRUCCIONES:** A continuación se leerá un listado de actividades que usted probablemente realiza durante el día, después de escuchar cada una, sírvase contestar con toda sinceridad. De ser necesario se le repetirá la pregunta.

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE TOTAL	INDEPENDIENTE PARCIAL	DEPENDIENTE
<b>Bañarse:</b> Puede ser un baño completo, parcial o una ducha	No recibe ninguna ayuda (entra y sale por su cuenta de la ducha, siempre y cuando sea el método que tenga para asearse) <b>(3)</b>	Recibe asistencia para lavarse solo una parte del cuerpo: la espalda o las piernas) <b>(2)</b>	Recibe asistencia para lavarse de una parte del cuerpo /o no se asea por sí solo <b>(1)</b>
<b>Vestirse:</b> Saca la ropa del ropero o de los cajones (ropa interior, utiliza corchetes incluyendo el brasier, si lleva)	Saca la ropa y consigue vestirse completamente sin asistencia o ayuda. <b>(3)</b>	Saca la ropa y se viste sin ayuda excepto para traer los zapatos. <b>(2)</b>	Necesita ayuda para sacar la ropa o para vestirse o se queda parcial o totalmente desnudo <b>(1)</b>
<b>Ir al retrete:</b> Llega al retrete (baño) para orinar o defecar, se limpia por sí solo y vuelve a colocarse la ropa	Llega al retrete (baño), se limpia solo y se vuelve a colocar la ropa sin ayuda (puede que use la bacinica, vaciándolo al lugar adecuado) <b>(3)</b>	Precisa ayuda para llegar al retrete, para limpiarse, para volver a colocarse la ropa o utilizar la bacinica <b>(2)</b>	No puede ir al baño para orinar o defecar. <b>(1)</b>
<b>Movilizarse:</b> trasladarse hacia la cama o silla.	Se mete y sale de la cama, se sienta y se levanta de una silla sin necesidad de ayuda (puede necesitar un bastón) <b>(3)</b>	Necesita ayuda para meterse y salir de la cama o para sentarse o levantarse de una silla <b>(2)</b>	No se mueve de la cama esta postrado. <b>(1)</b>
<b>Continencia:</b> Control de los esfínteres.	Controla la micción y la evacuación intestinal <b>(3)</b>	A veces presenta accidentes con la micción y evacuación intestinal <b>(2)</b>	Si alguien le ayuda: podría controlarla micción o defecación o es incontinente <b>(1)</b>
<b>Alimentación:</b> Estando los platos servidos hace uso de los utensilios	Se alimenta por sí solo, sin asistencia <b>(3)</b>	Se alimenta por sí solo aunque necesita ayuda para cortar la carne o poner la mantequilla sobre el pan <b>(2)</b>	Precisa ayuda para comer, es alimentado parcial o totalmente por otras personas <b>(1)</b>

**CUESTIONARIO ESTRUCTURADO**

**Nombre.....**

**Sexo.....**

**Edad.....años**

**Ocupación.....**

**Grado de instrucción.....**

**Religión.....**

**Enfermedad Actual:.....**

**Tiempo de enfermedad.....**

**Estado Civil.....**

**Tiempo de casado.....viudez.....**

## ANEXO N°4

### CUESTIONARIO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

#### INSTRUCCIONES

A continuación voy a realizar una serie de preguntas, leyéndole pausadamente algunas frases que corresponde al modo en que usted vive o a los hábitos personales. Usted nos hará el favor de responder a cada frase de la manera más exacta posible, indicándome la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acto mencionado. Le voy a repetir tanto las frases como la frecuencia que son las siguientes:

<b>N-</b> nunca	<b>V-</b> a veces	<b>F-</b> Frecuentemente	<b>S-</b> siempre
1.- Come Ud. al levantarse en la mañana			N V F S
2.- Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida			N V F S
3.- Se da usted tiempo para el descanso o la siesta diariamente			N V F S
4.- Conserva con amigos íntimos acerca de sus preocupaciones y problemas personales			N V F S
5.- Esta usted consciente de las fuentes de tensión o preocupación en su vida			N V F S
6.- Come usted tres buenas comidas al día			N V F S
7.- Elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos			N V F S
8.- Lee usted las etiquetas de las comidas empaquetadas enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes			N V F S
9.- Le gusta dar y recibir cariños, abrazos, etc. De los amigos íntimos			N V F S
10.- Mantiene adecuada relaciones interpersonales con otros como vecinos, compañeros de trabajo, etc.			N V F S
11.- Incluye en sus comidas alimentos que contenga fibras por ejemplo: granos, frutas y verduras			N V F S
12.- Diariamente usted dedica 15 a 20 minutos al relajamiento			N V F S

o meditación

- |   |         |
|---|---------|
| 13.- Dedicar su tiempo a los amigos íntimos   | N V F S |
| 14.- Todos los días consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carnes, legumbres, granos | N V F S |
| 15.- Usted relaja los músculos antes de dormir  | N V F S |
| 16.- Es usted expresivo al demostrar fácilmente el interés, el amor y el calor humano hacia otras personas        | N V F S |
| 17.- Piensa usted en cosas agradables antes de dormir   | N V F S |
| 18.- Encuentra usted maneras positivas para expresar sus sentimientos   | N V F S |
| 19.- Usa usted métodos específicos para controlar la tensión o preocupación                                       | N V F S |
| 20.- Indique usted la frecuencia cuando recibe cariño de las personas que le interesen                            | N V F S |



# ANEXO Nº 5

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

### INSTRUCCIONES

Por favor, a la derecha haga una lista de cada persona que sea importante en su vida. Considere a todas aquellas personas que le han brindado apoyo personal o que son importantes para usted.

Llene solamente el primer nombre o iniciales, luego indique el tipo de relación existente entre usted y esa persona, como en el siguiente ejemplo.

<u>PRIMER NOMBRE O INICIALES</u>	<u>RELACIÓN</u>
• María	Hermana
• R.T.	Amigo
• Sra.	vecina

Siga la siguiente lista como ayuda para pensar REDES PERSONALES, en las personas que se apliquen en su caso:

	<b>1er nombre-inicial</b>	<b>Responsable</b>
1.- Cónyuge o pareja	A.....	.....
2.- Familiares	B.....	.....
3.- Amigos	C.....	.....
4.- Compañeros de trabajo o estudio	D.....	.....
5.- Vecinos	E.....	.....
6.- Enfermero (a)	F.....	.....
7.- Médico	G.....	.....
8.- Auxiliar	H.....	.....
9.- Asistente	I.....	.....
10.- Otros	J.....	.....

No es necesario que usted complete los 10 espacios, utilice tantos espacios como el número de personas importantes en su vida.

Para cada persona que Ud. Puso en la lista, por favor conteste las siguientes preguntas, escribiendo los números que corresponde.

- 1.- Nada, en absoluto
- 2.- Un poco
- 3.- Moderadamente
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

**PREGUNTA N° 01**

¿Cuánto le hace esa persona sentirse apreciado (a), querido (a)?

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

f.....

g.....

h.....

i.....

j.....

**PREGUNTA N° 02**

¿Cuánto le hace esa persona sentirse respetado (a), admirado (o)?

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

f.....

g.....

h.....

i.....

j.....

Para cada persona que Ud. puso en la lista, por favor conteste las siguientes preguntas escribiendo el número que corresponde.

- 1.- Nada en absoluto
- 2.- Un poco
- 3.- Moderadamente
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

**PREGUNTA Nº 03**

¿Cuánto puede confiar en esa persona?

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

f.....

g.....

h.....

i.....

j.....

**PREGUNTA Nº 04**

En qué medida esta persona le apoya en sus acciones permanentes?

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

f.....

g.....

h.....

i.....

j.....

Para cada persona que Ud. puso en la lista por favor conteste las siguientes preguntas escribiendo el número que corresponde

- 1.- Nada en absoluto
- 2.- Un poco
- 3.- Moderadamente
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

**PREGUNTA Nº 05**

Si Ud. Necesita dinero, para que le lleven al médico o alguna u otra ayuda inmediata ¿Cuánto podría esa persona ayudarlo (a)?

**PREGUNTA Nº 06**

Si Ud. Necesitaría que alguien le cuide varias semanas, ¿contarías con esa persona?

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

f.....

g.....

h.....

i.....

j.....

**PREGUNTA Nº 07**

Hace cuanto tiempo conoce Ud. A esa persona

- 1.- Menos de 6 meses
- 2.- 6 a 12 meses
- 3.- 1 a 2 años
- 4.- 2 a 5 años
- 5.- Más de 5 años

a.....

b.....

a.....

b.....

c.....

d.....

e.....

f.....

g.....

h.....

i.....

j.....

**PREGUNTA Nº 08**

¿Con qué frecuencia tiene Ud. contacto con esa persona ya sea mediante llamadas telefónicas, visitas o correspondencia?

- 1.- Diariamente
- 2.- Semanalmente
- 3.- Mensualmente
- 4.- Unas cuantas veces al año
- 5.- Una al año o menos

a.....

b.....

c.....

c.....

d.....

d.....

e.....

e.....

f.....

f.....

g.....

g.....

h.....

h.....

i.....

i.....

j.....

j.....

## ANEXO Nº 6



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
MARTÍN



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO-PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

# PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL ADULTO MAYOR



Lic. Enf. LUZ KAREN QUINTANILLA MORALES

TARAPOTO- PERÚ

2011

## I.- INTRODUCCION

**Estilo de vida, forma de vida o modo de vida:** son expresiones que se refieren, de una manera genérica, al estilo, forma o modo en que se entiende la vida; expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

En tal sentido fue necesaria la estructuración del plan de Intervención de Enfermería, consideradas como uno de los instrumentos más importantes para la implementación de los estilos de vida saludables en los adultos mayores, con los cuales mi persona en calidad de Docentes Universitaria de la asignatura SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO I, con la participación de estudiantes de Enfermería ejecutaremos este plan para fortalecer los estilos de vida saludables del adulto mayor.

### **Los planes de Intervención:**

1. Son orientaciones escritas, que permiten organizar el proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes, identificando en forma oportuna las necesidades y/o problemas de los mismos
2. Se integran con las siguientes etapas: valoración (recolección y organización de datos), diagnóstico enfermero, planeación (respuesta esperada u objetivo), ejecución (intervenciones de enfermería) y evaluación (respuesta obtenida).
3. Permiten al personal profesional apoyarse en este instrumento para facilitar su práctica, mejorar la calidad del cuidado y el desempeño de los servicios de enfermería.

Recordemos que la Enfermería es una disciplina práctica y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas no es una disciplina práctica.

Este plan, como su nombre lo dice permiten orientar al futuro profesional de enfermería en el tipo de cuidados e intervenciones a proporcionar al adulto mayor.

## **II.- RESUMEN**

El presente trabajo aborda los resultados de la aplicación de un plan de intervención sobre los estilos de vida del adulto mayor en las diferentes comunidades del distrito de Tarapoto.

Este plan tiene como actividad fortalecer los estilos de vida saludables en los adultos mayores, mediante los ejercicios, descanso, alimentación adecuada, evitar el consumo de hábitos nocivos (Alcohol, cigarro, café, drogas, etc.), minimizar emociones negativas, controlar las enfermedades para vivir más y mejor. Mediante el plan de intervención se logran resultados positivos y se concientiza a los participantes que desarrollen hábitos de estilos de vida saludables.

Los adultos mayores tienen que asumir que su estilo de vida está relacionado con su estado de salud y su calidad de vida. De los diez factores de riesgo identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el desarrollo de enfermedades crónicas, cinco están vinculados con la alimentación y el ejercicio: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.

El Plan de Intervención Enfermería sobre los de estilos de vida saludables se aborda desde una amplia perspectiva, con el fin de prevenir numerosas enfermedades crónicas y mejorar el estado de la salud física y mental de los adultos mayores. Para ello, el presente plan de intervención aglutina todos los estilos de vida identificados en los adultos mayores con el fin de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor.

Entre otros objetivos, el presente plan trata de mejorar la práctica de una alimentación diaria, sana y equilibrada, reducir el consumo de alimentos muy energéticos y ricos en grasas saturadas y azúcar, disminuir la cantidad de sal en la dieta, aumentar la ingesta de frutas, hortalizas frescas, legumbres, cereales y frutos secos, practicar actividad física moderada durante, por lo menos, una hora al día, impulsar la actividad física y los patrones de vida más activos; sensibilizando e informar a las familias.



### **III.- OBJETIVOS**

#### **III.1.- Objetivo general**

Diseñar la enseñanza-aprendizaje aplicado a la práctica diaria en el campo de acción, para los estudiantes del curso de Salud del adulto y anciano I.

#### **III.2.- Objetivos específicos**

- El estudiante de Enfermería valorará los cuidados específicos y fundamentados de acuerdo a los problemas y/o necesidades del adulto mayor.
- El plan de intervención del cuidado de Enfermería proporcionará la base metodológica para orientar la práctica de Enfermería en la comunidad.
- El plan de Intervención de Enfermería permitirá educar al adulto mayor respecto a su autocuidado y estilos de vida saludables, del mismo modo al adulto mayor que se encuentre dependiente (familia)

### **IV. POLÍTICAS**

- ✚ Los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de San Martín, brindarán cuidados vinculados e integrados de acuerdo a problemas y/o necesidades del adulto mayor, apoyado en el plan de Intervención
- ✚ Los estudiantes de enfermería aplicarán el plan de intervención de Enfermería para garantizar la calidad de atención
- ✚ La docente responsable de la asignatura verificara la aplicación del plan de Intervención

### **V. METODOLOGÍA**

Con el propósito de contribuir a fortalecer los estilos de vida del adulto mayor, mediante la aplicación del plan de intervención de Enfermería en el Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo, se ha elaborado el presente plan de intervención como un aporte encaminado a la formación de una cultura de

calidad, sustentado en la gestión de los cuidados enfermeros. En este sentido, para su construcción fue fundamental analizar el rol de la enfermera, la naturaleza de los cuidados y las buenas prácticas y su significado. Así también, implica el análisis y estudio crítico de la literatura científica, que da valor tanto a la experiencia como a la contundencia de la información sobre el cuidado- estilos de vida saludables, lo que permitió sacar conclusiones rigurosas para la construcción del plan.

El plan de Intervención está estructurado en cinco etapas del proceso de atención de Enfermería: valoración (recolección y organización de datos), diagnóstico de Enfermería, planeación (respuesta esperada u objetivo), Ejecución (intervenciones de enfermería) y evaluación (respuesta obtenida).

La primera etapa, valoración, es el conjunto de datos del paciente que el profesional de Enfermería tendrá como referencia para desarrollar las cuatro etapas siguientes del plan de Intervención; la valoración se recolectara de la observación y encuestas a aplicar al adulto mayor.

## VI. MÉTODO DE ENFERMERÍA

<b>ETAPA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>1. VALORACIÓN</b>	El estudiante de Enfermería obtiene los datos del adulto mayor a través de la recolección por entrevista, observación y aplicación de encuestas.
<b>2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	El estudiante de Enfermería, analiza los datos de la valoración para determinar los diagnósticos y los jerarquiza de acuerdo a orden de importancia.
<b>3. PLANEACIÓN (RESPUESTA ESPERADA U OBJETIVO)</b>	El estudiante de Enfermería, plantea los resultados esperados que derivan de los diagnósticos, tomando en cuenta que estos deben ser evaluables. Los resultados son realistas de acuerdo a las capacidades de los estudiantes de enfermería y el adulto mayor.
<b>4. EJECUCIÓN (INTERVENCIÓN)</b>	El estudiante de Enfermería, desarrolla un plan de cuidados que prescribe intervenciones independientes y realiza otras

ES)	interdependientes para alcanzar los resultados esperados y darle continuidad en las siguientes visitas domiciliarias. El estudiante de Enfermería, implementa las intervenciones identificadas en el plan de cuidados de forma segura y adecuada para la resolución del problema.
5.EVALUACIÓN (RESPUESTA OBTENIDA)	El estudiante de Enfermería, evalúa y registra el progreso del adulto mayor hacia la consecución de los resultados, como un proceso sistemático, continuo y dinámico.

## VII. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN

- ✚ **INFORMAR Y EDUCAR** a la población sobre las ventajas de mantener estilos de vida saludables como aumento de la actividad física, hábitos alimenticios más saludables, entre otros así como la importancia de realizarse chequeos periódicos para detectar a tiempo cualquier enfermedad (diagnóstico precoz).
- ✚ **DESARROLLAR COMPETENCIAS** en los estudiantes de enfermería sobre temas relacionados a los estilos de vida saludables en los adultos mayores. En estos espacios se debe incidir en el tema como un problema de salud pública relacionado al desarrollo. Además, resaltar el papel de éste como un agente educador, con habilidades para convertirse en vocero del tema. De esta manera, la identificación y el compromiso de estos actores serán más significativo.
- ✚ **PARTICIPACIÓN CIUDADANA** busca movilizar a la población a partir de la información, educación y la promoción de actividades fortaleciendo los estilos de vida saludables que concentren la mayor cantidad de población. De esta manera, se busca incentivar la participación ciudadana como un derecho y responsabilidad respecto a su salud.

## **VIII. PERFIL DE LOS ACTORES**

### **VIII.1.- Público principal**

Adultos mayores del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda Shilcayo, provincia y Región De San Martín.

### **VIII.2.- Público secundario**

- Cónyuges
- Hijos
- Nietos
- Yernos
- Nueras
- Sobrinos
- Amigos
- Vecinos

### **VIII.3.- Aliados estratégicos**

- Centro de salud de la Banda de Shilcayo.
- Gobierno Local del distrito de La Banda de Shilcayo.
- Autoridades locales del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.
- Junta vecinal del Asentamiento Humano La Victoria del distrito de La Banda de Shilcayo.

## **IX. FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES**

**IX.1. Facilitadores:** todos los alumnos de la asignatura de: ~~Salud del adulto y anciano I~~ del VII ciclo de la Escuela Académico-Profesional de Enfermería de la UNSM.

### **IX.2.- Obstaculizadores**

- No contar con movilidad para poder desplazarse al lugar de estudio.
- No contar con material didáctico para el desarrollo de la actividad.

- El poco empoderamiento de las autoridades locales, en la problemática del adulto mayor (abandono, pobreza. etc.).
- La poca sensibilización de los familiares para la intervención del estudio de investigación con los adultos mayores.

## **X. PLAN DE INTERVENCIÓN**

<b>NECESIDADES Y/O PROBLEMAS</b>		
<b>ETAPA</b>	<b>ANTES</b>	<b>DESPUÉS</b>
<b>VALORACIÓN</b>		
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<b>PLANIFICACIÓN</b>		
<b>EJECUCIÓN</b>		
<b>EVALUACIÓN</b>		

## **XI. POSICIONAMIENTO DE LA ININTERVENCIÓN**

**XI.1.- Mensaje principal**

**XI.2.- Mensajes secundarios**

## XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>	<b>SEMANA 4</b>

## XIII.-PRESUPUESTO

<b>RUBRO</b>	<b>Institución A</b>	<b>Institución B</b>	<b>Institución C</b>	<b>Institución D</b>
<b>Recursos humanos</b>				
<b>Recursos logísticos</b>				
<b>Gastos administrativos</b>				
<b>Otros gastos</b>				
<b>TOTAL</b>				

## **OBJETIVO**

El estudiante desarrollará el pensamiento crítico, reflexivo, innovador, en la satisfacción de las necesidades del adulto y del anciano.

El estudiante aplicará la metodología de atención comunitaria en los problemas que afectan la salud y los comportamientos del adulto mayor, demostrando respeto por los derechos de la persona e iniciativa para solucionar sus problemas.

## **ESTRATEGIAS**

### **PRIMERA ETAPA-DIAGNÓSTICO**

Ejecución del diagnóstico situacional del adulto mayor en la comunidad de intervención; para ello los estudiantes aplican una encuesta diagnóstica y las diferentes escalas de medición de los estilos de vida del adulto mayor.

La ejecución del diagnóstico consiste en:

Primera aproximación comunitaria, donde los estudiantes conocen a los líderes, elaboran un plano funcional de la comunidad, y un directorio de los líderes comunitarios.

Ajuste de los instrumentos de recojo de información

Visita domiciliaria, primero los estudiantes, elaboraran un radar de los adultos mayores y aplicarán los instrumentos de diagnóstico.

Procesamiento de la información diagnóstica, por pares los alumnos procesan la información y elaboran un informe diagnóstico en conjunto.

### **SEGUNDA ETAPA-APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA**

Se elabora un cronograma de actividades concertadas con la población de adultos mayores, con fechas precisas.

Charlas educativas demostrativas sobre: lavado de manos, hábitos de higiene, alimentación saludable, hacinamiento, hábitos nocivos, ejercicios, recreación, descanso, etc.

Jornadas: caminatas, limpieza de calles y hogares, distribución de ambientes

Video fórum: sobre higiene, hábitos saludables, prevención de enfermedades, etc.

Visitas domiciliarias, cada estudiante realiza un plan de intervención y seguimiento personalizado a 3 ó 4 adultos mayores, durante 6 visitas en la que desarrolla sesiones personalizadas de educación de acuerdo a la problemática de cada caso.

### TERCERA ETAPA-EVALUACIÓN

Los estudiantes aplican los instrumentos de seguimiento y monitoreo y las escalas de estilos de vida saludables.

<b>Módulo</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Temas</b>
<b>Estilos de vida saludables</b>	Alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación balanceada</li> <li>• Higiene y alimentación</li> <li>• Nutrición y alimentación</li> <li>• Horario y frecuencia</li> </ul>
	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentido de pertenencia</li> <li>• Identidad</li> </ul>
	Tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupación</li> <li>• Recreación</li> </ul>
	Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Físicos</li> <li>• Salud</li> <li>• Afectivos</li> <li>• Descanso</li> <li>• Sociales</li> <li>• Morales</li> <li>• Higiene</li> <li>• Nocivos</li> </ul>

<b>Sesión :ALIMENTACIÓN SALUDABLE</b>			
<b>Capacidades</b>		<b>Conocimientos</b>	
<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>	<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>
<b>Combinación adecuada de los alimentos</b>	<b>Manejo de la sesión didáctica para el grupos de los adultos mayores</b>	<b>Conoce la importancia de la alimentación saludable</b>	<b>Conocer los nutrientes de cada los ingredientes</b>



<b>Actitudes</b>	
<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>

<b>Sesión :AUTOESTIMA</b>			
<b>Capacidades</b>		<b>Conocimientos</b>	
<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>	<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>
<b>Actitudes</b>			
<b>Para la población adulta mayor</b>		<b>Para los estudiantes</b>	

<b>Sesión : TIEMPO LIBRE</b>			
<b>Capacidades</b>		<b>Conocimientos</b>	
<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>	<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>

<b>Actitudes</b>			
<b>Para la población adulta mayor</b>		<b>Para los estudiantes</b>	

<b>Sesión :HÁBITOS</b>			
<b>Capacidades</b>		<b>Conocimientos</b>	
<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>	<b>Para la población adulta mayor</b>	<b>Para los estudiantes</b>
<b>Actitudes</b>			
<b>Para la población adulta mayor</b>		<b>Para los estudiantes</b>	

**¿Cómo sensibilizamos a los adultos mayores y familiares?**

La sensibilización a los adultos mayores y familiares del Asentamiento Humano La Victoria, consiste en ofrecerles información sobre el estudio de Investigación, propiciar su interés, motivación y compromiso para participar en el desarrollo del mismo. Para

sensibilizar a los adultos mayores y familiares, comenzamos por promover una reflexión sobre los estilos de vida saludables como un estado positivo, resaltando la capacidad de los adultos mayores y miembros de la familia para mantener y cuidar su salud.

### **Sesión de sensibilización**

Objetivo: motivar a los adultos mayores y miembros de la familia a participar en el trabajo de investigación y ofrecerles información sobre los objetivos del mismo.

- **MATERIALES**

Papelógrafos, papel bulki o reciclado, plumones, masking tape. Hojas con definiciones de estilos de vida saludables. 15 metros de cuerda o cordel divididos en dos mitades, ganchos de ropa. Hojas escritas con textos sobre comportamientos y prácticas saludables

- **PROCEDIMIENTOS**

En la sesión procederemos de la siguiente forma:

-  **Primero**

Llegamos a la hora acordada, nos presentaremos y, mientras terminan de llegar todos los participantes, conversamos en forma amigable sobre temas cotidianos o temas de su interés o temas del día.

-  **Segundo**

Iniciamos la sesión, agradeciendo su presencia y participación y explicamos el objetivo e importancia de la actividad. Realizamos una dinámica de presentación para motivar la integración e interrelación de los participantes.

-  **Tercero**

Pasamos a explicar los conceptos de los estilos de vida saludable y no saludable, para ello se realizará una dinámica de "tender la ropa". Explicamos en qué consiste la dinámica. Tendremos preparados en hojas en blanco, las frases o dibujos alusivos a comportamientos saludables y no saludables

Por ejemplo:

Hay agua limpia en la casa.

Una madre preocupada que no duerme bien.

Se da medicamentos a los niños sin consultar al médico.

El padre y la madre se llevan bien.

Los hijos van bien en la escuela.

Explicaremos que vamos a hablar sobre los estilos de vida saludables y no saludables y que cada hoja de papel, será una pieza de ropa y se tendrán 2 cordeles diferentes para ir colgando con ganchitos, cada una de las piezas. En un cordel se colocará lo saludable y en el otro lo no saludable daremos un primer ejemplo: un chancho en la casa, será saludable ¿ sí o no? y ¿por qué?

#### **Cuarto**

Repartimos las hojas entre los participantes y les pediremos que pasen a colgar las piezas en la cuerda que le corresponde. Propiciamos la participación y hacemos preguntas para verificar que se ha entendido el ejercicio.

#### **Quinto**

Les pedimos a los adultos mayores y familiares que den otros ejemplos, de lo saludable y lo no saludable, y si es posible lo escriban en sus hojas y pasen a colgarlos. En el caso de que la escritura sea una limitante, preguntamos a las personas, luego el facilitador u otro participante registran en las hojas el aporte de los participantes. También puede prepararse previamente en hojas, algunos dibujos que sean alusivos a estilos de vida saludables y no saludables y se utilizan de la misma forma.

Con cada uno de los ejemplos se busca hacer la misma reflexión y reforzar las ideas.

- ✓ La salud no es solo la ausencia de enfermedad.
- ✓ La salud es también el bienestar físico, mental, emocional de todos los miembros de la familia.
- ✓ La salud es también nuestra responsabilidad.
- ✓ La salud es un derecho.

#### **Sexto**

Pasamos a hablar sobre la familia saludable y la vivienda saludable.

Presentamos un dibujo sencillo de una vivienda. Explicamos a las personas que vamos a hacer un ejercicio en grupos. Cada grupo dibuja como sería una vivienda saludable. Les repartimos papelógrafos y plumones.

Luego pediremos que una persona de cada grupo, nos muestre su trabajo y presente sus ideas acerca de lo que es una vivienda saludable.

Pediremos que ahora cierren los ojos y piensen en una familia saludable que viviría en esa vivienda. Les haremos preguntas para guiar el sueño, indicándoles que no deben responder en voz alta.

- ✓ ¿Cómo es esa familia. ¿Quiénes viven allí?
- ✓ ¿Cómo se ven esas personas, contentos, cansados, felices, disgustados, preocupados, alegres?
- ✓ ¿Cómo cree que es la salud de cada uno de ellos?
- ✓ ¿Qué hacen los miembros de esta familia para estar saludables?

Se finaliza el sueño y en este momento responden las preguntas anteriores con todo el grupo y se recoge las diferentes opiniones de familia saludable. El facilitador las registra en un papelógrafo.

### Séptimo

Definimos con los adultos mayores y familiares, a partir de su visión, lo que significa estilos de vida saludable

**Estilos de vida Saludable.** En este punto, es importante construir con los adultos mayores y familiares una definición de estilos de vida Saludables, que recoja la visión de las familias y pueda ser expresada en un lenguaje sencillo y comprensible. La definición debe incluir los aspectos de salud en su forma integral, de comportamientos, prácticas y entorno, la interrelación entre los adultos mayores y miembros de la familia y la participación social.

Ejemplos:

- ✓ Una familia saludable
- ✓ Busca la salud y el bienestar de todos sus miembros
- ✓ Muestra unión familiar
- ✓ Mejora las condiciones en su vivienda
- ✓ Tiene comportamientos y prácticas saludables
- ✓ Participa en las actividades del Plan de Promoción de la Salud de las Familias y Viviendas

**La vivienda saludable.** Favorece la salud de todos los miembros de la familia

- ✓ Tiene adecuados servicios básicos.
- ✓ Es segura (ubicación, infraestructura, etc.).
- ✓ Tiene espacios suficientes para una convivencia sana.
- ✓ Tiene espacios separados de cocina y dormitorios, tiene ventilación adecuada.

- ✓ En la definición de familias y viviendas saludables, tendremos en cuenta la realidad local, el tipo de viviendas y los aspectos de la cultura propias de la zona.

### **Octavo**

Explicamos que las acciones de promoción de los estilos de vida saludables, incluyen procesos educativos y participativos en los cuales los adultos mayores y familiares adquieran mayores conocimientos, desarrollen practicas saludables y se fortalezca su capacidad para cuidar su propia salud. Al mismo tiempo que se generan cambios favorables en su entorno físico, pero también en su entorno social y en la comunidad.

### **Noveno**

Abrimos el espacio para preguntas de los participantes, tratando de resolver sus inquietudes y les preguntamos cuantos adultos mayores tendrían interés en participar en el trabajo de investigación, registraremos en una lista los nombres de los adultos mayores y las denominaremos como adultos mayores adscritos al Trabajo de Investigación, comprometiéndonos a informarles de las próximas actividades.

Finalmente les preguntamos que les pareció la actividad y les agradecemos su asistencia.

Se puede decidir sobre el número de reuniones de sensibilización a los adultos mayores y familiares que considere necesario, así como el uso de otras metodologías y medios para la comunicación, de acuerdo a los recursos y posibilidades locales.

## **RECUERDA QUE**

En este paso hemos motivado a los adultos mayores y familiares acerca de los estilos de vida saludables y les hemos informado sobre el trabajo de investigación. A través de dinámicas participativas hemos elaborado con los adultos mayores y familiares los conceptos de estilos de vida saludables. Mediante la sensibilización, hemos promovido generado el interés de los adultos mayores y familiares de participar en el trabajo de investigación.

## ANEXO Nº 7

### EJEMPLO DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN MODELO

# PLAN DE PRÁCTICAS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LA VICTORIA



## I. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo fue realizado con la finalidad de promover y fortalecer los estilos de vida saludables en el adulto mayor en la población adulta ya que esto dependerá que el adulto mayor tenga una vejez saludable. La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina de la enfermera (o), siendo la enfermería geronto - geriátrica la que aborda el cuidado del anciano.

La ancianidad es una etapa en la vida de la persona, pero resulta difícil precisar su inicio dada la diversidad de criterios que pueden ser tenidos en cuenta. Criterios laborales o de producción más o menos coincidentes con un declive de las capacidades físicas y mentales del individuo han sido tradicionalmente utilizados en el sistema sanitario para marcar el inicio de la ancianidad

El trabajo de rotación en la comunidad en el curso de Enfermería en la salud del anciano y adulto I de la Universidad Nacional de San Martín, se realizó en el **AAHH. La Victoria del distrito de la Banda de Shilcayo.**

Esta visita se realizó con el propósito de identificar las necesidades y/o problemas que presenta el adulto mayor en su salud y de este modo se trabaja con la familia porque es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario, siendo el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen un impacto más significativo, pues ahí se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable.

La familia que participa en este plan de intervención ha sido priorizada:

La persona adulta mayor con la que realice el plan de intervención de cuidados fue la señora: **María Cleofe Requejo Julca de 72 años.**

La familia Regalado Requejo; está compuesto 02 integrantes: Zacarías Regalado de Romero (esposo) y la señora María (adulta mayor).

La vivienda de la familia es de material de adobe, sus techos de calamina y presenta buena iluminación, es amplia, cuenta con los servicios necesarios (agua, luz y letrina).

Esta familia presenta varios factores relacionados a la salud; se desarrolla acciones de promoción y prevención en relación al auto cuidado y los estilos de vida saludable.

Gracias a las visitas realizadas a nuestro adulto mayor se pudo identificar las necesidades y/o problemas que presenta dicho paciente.



## II. PERFIL DE ACTORES:

### 1.1. INVESTIGACIÓN Y DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES

#### ➤ **Datos generales:**

- ✚ Con respecto a los antecedentes patológicos de la señora **María Cleofe Requejo Julcanos** comentó que antes sufría de osteoporosis, hipertensión y bronquios. No puede dormir durante el día sufre de constantes dolores de cabeza.

#### ➤ **Estilos de vida:**

- ✚ Alimentos preparados con ingredientes naturales; y no consume mucha grasa ni aceites.
- ✚ No realiza actividad física por la dificultad de su salud.
- ✚ Es positiva sobre su vida.
- ✚ Señora se siente un poco sola le gusta recibir visitas, se dedica a la crianza de gallinas, pavos, patos y cuyes y eso le sirve como un ingreso económico y también para su alimentación.

#### ➤ **Apoyo social:**

- ✚ La señora **María Cleofe Requejo Julca** recibe el apoyo afectuoso, moral y económico de parte de sus familiares incluyendo yernos; hace referencia que todos se apoyan mutuamente dentro de su hogar.
- ✚ En la comunidad todos le tienen respeto a la señora **María Cleofe Requejo Julca** por ser una persona de mayor edad en la cuadra siendo como la madre de todos, y le tienen un respeto porque siempre se izó querer con todos.

#### ➤ **Actividades de la vida diaria:**

- ✚ Presenta dificultad en moverse por que el movimiento constante le provoca dolor de sus miembros inferiores.

#### ➤ ***Las encuestas socializadas en clases para poder identificar problemas en el adulto mayor fueron:***

### CUESTIONARIO 01

## CUESTIONARIO DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

### INSTRUCCIONES

A continuación voy a realizar una serie de preguntas, leyéndole pausadamente algunas frases que corresponde al modo en que usted vive o a los hábitos personales; Usted nos hará el favor de responder a cada frase de la manera más exacta posible,

indicándome la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acto mencionado, le voy a repetir tanto las frases como la frecuencia que son las siguientes:

**N- nunca                      V- a veces                      F- Frecuentemente                      S- siempre**

Come Ud. Al levantarse en la mañana	N	V	F	S
Escoge comidas que no contengan ingredientes Artificiales o químicos	N	V	F	S
Diariamente se da usted tiempo para el descanso o la siesta	N	V	F	S
Conversas con tus amigos acerca de sus preocupaciones y problemas personales	N	V	F	S
Esta usted consciente de las fuentes de tensión o preocupación en su vida	N	V	F	S
Come usted tres buenas comidas al día	N	V	F	S
Elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos	N	V	F	S
Lee usted las etiquetas de las comidas empaquetadas    enlatadas o conservas para identificar los ingredientes o nutrientes	N	V	F	S
Le gusta dar y recibir cariños, abrazos, etc. De los amigos Íntimos	N	V	F	S
Mantiene adecuada relaciones interpersonales con otros Como vecinos, compañeros de trabajo, etc.	N	V	F	S
Incluye en sus comidas alimentos que contenga fibras    Por ejemplo: granos, frutas y verduras	N	V	F	S
Diariamente usted dedica 15 a 20 minutos al relajamiento o meditación	N	V	F	S
Dedica su tiempo a los amigos íntimos	N	V	F	S
Todos los días consume alimentos balanceados que Incluyen tanto vegetales, frutas, carnes, legumbres, granos	N	V	F	S
Usted relaja los músculos antes de dormir	N	V	F	S
Es usted expresivo al demostrar fácilmente el interés, el amor y el calor humano hacia otras personas	N	V	F	S
Piensa usted en cosas agradables antes de dormir	N	V	F	S
Encuentra usted maneras positivas para expresar sus sentimientos	N	V	F	S
Usa usted métodos específicos para controlar la tensión o Preocupación	N	V	F	S
Indique usted la frecuencia cuando recibe cariño de las personas que le interesen	N	V	F	S

Por favor a la derecha haga una lista de cada persona que sea importante en su vida. Considere a todas aquellas personas que le han brindado apoyo personal o que son importantes para usted.

Llene solamente el primer nombre o iniciales, luego indique el tipo de relación existente entre usted y esa persona, como en el siguiente ejemplo.

**PRIMER NOMBRE O INICIAL****RELACIÓN**

1. Zacarias Regalado De Romero	Esposo
2. Ider Regalado Requejo	Hijo
3. Zacarias Regalado Requejo	Hijo
4. Lerion Regalado Requejo	Hijo
5. Segundo Regalado Requejo	Hijo
6. Gilder Regalado Requejo	Hijo
7. Alexander Regalado Requejo	Hijo
8. Graciela Regalado Requejo	Hija
9. Elsira Regalado Requejo	Hija
10. Janet Regalado Requejo	Hija
11. Hermelinda Regalado Requejo	Hija
12. Ulises Regalado Requejo	Hijo
13. Elena Regalado Requejo	Hija
14. Nazario Regalado Requejo	Hijo

No es necesario que usted complete los 10 espacios, utilice tantos espacios como el número de personas importantes en su vida. Para cada persona que Ud. Puso en la lista, por favor conteste las siguientes preguntas, escribiendo los números que corresponde.

1.- Nada, en absoluto

2.- Un poco

3.- Moderadamente

4.- Bastante

5.- Mucho

## ÍNDICE DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

**INSTRUCCIONES:** A continuación se leerá un listado de actividades que usted probablemente realiza durante el día, después de escuchar cada una, sírvase contestar con toda sinceridad; De ser necesario se le repetirá la pregunta.

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE TOTAL	INDEPENDIENTE PARCIAL	DEPENDIENTE
Bañarse: Puede ser un baño completo, parcial o una ducha	No recibe ninguna ayuda (entra y sale por su cuenta de la ducha, siempre y cuando sea el método que tenga para asearse)	Recibe asistencia para lavarse solo una parte del cuerpo: la espalda o las Piernas)	Recibe asistencia para lavarse de una parte del cuerpo /o no se asea por sí solo
	(3)	(2)	(1)
<b>Vestirse:</b> Saca la ropa del ropero o de los cajones (ropa interior, utiliza corchetes)	Saca la ropa y consigue vestirse completamente si asistencia	Saca la ropa y se viste sin ayuda excepto para traer los zapatos.	Necesita ayuda para sacar la ropa o para vestirse o se queda parcial o totalmente desnudo
	(3)	(2)	(1)
<b>Ir al retrete:</b> Llega al retrete (baño) para orinar o defecar, se limpia por sí solo y vuelve a colocarse la ropa	Llega al retrete (baño), se limpia solo y se vuelve a colocar la ropa sin ayuda (puede que use la bacinica, vaciándolo al lugar adecuado)	Precisa ayuda para llegar al retrete, para limpiarse, para volver a colocarse la ropa o utilizar la bacinica	No puede ir al baño para orinar o defecar.
	(3)	(2)	(1)
<b>Movilizarse:</b> trasladarse hacia la cama o silla.	Se mete y sale de la cama, se sienta y se levanta de una silla sin necesidad de ayuda (puede necesitar un bastón)	Necesita ayuda para meterse y salir de la cama o para sentarse o levantarse de una silla	No se mueve de la cama esta postrado.
	(3)	(2)	(1)
<b>Continencia:</b> Control de los esfínteres.	Controla la micción y la evacuación intestinal	A veces presenta accidentes con la micción y evacuación intestinal	Si alguien le ayuda: podría controlarla micción o defecación o es incontinente
	(3)	(2)	(1)
<b>Alimentación:</b> Estando los platos servidos hace uso de los utensilios	Se alimenta por sí solo, sin asistencia	Se alimenta por sí solo aunque necesita ayuda para cortar la carne o poner la mantequilla sobre el pan	Precisa ayuda para comer, es alimentado parcial o totalmente por otras personas
	(3)	(2)	(1)

## II. OBJETIVOS:

### Objetivo principal:

- Fortalecer el auto cuidado; así mismo los conocimientos y prácticas sobre los hábitos saludables y el consumo de alimentos nutritivos para los adultos mayores.

### Objetivos secundarios:

- Informar a la población (incluir a la paciente) sobre la importancia del consumo de alimentos nutritivos de la región para prevenir las enfermedades en el adulto mayor.
- Orientar y sensibilizar a los responsables y/o familiares del adulto mayor, sobre la importancia de conocer y practicar los estilos de vida saludables a través de técnicas de acción que el estudiante utilizara.
- Fomentar el cuidado y limpieza de las áreas para prevenir las enfermedades infecto - contagiosas.

## IV. OBSTÁCULOS Y BARRERAS PARA REALIZAR PRÁCTICAS ESPERADAS

- ✓ Dificultad para hacer movimiento constante.
- ✓ Cocina desordenada.
- ✓ Deficiente conocimiento en la técnica correcta del lavado de manos.
- ✓ deficiente conocimiento para consumir agua segura y desinfectar sus alimentos y utensilios.

## V. ESTRATEGIAS

### 1. DATOS ADULTO MAYOR

- ✓ **NOMBRE:** María Cleofe Requejo Julca.
- ✓ **SEXO:** Femenino
- ✓ **EDAD:** 72 Años
- ✓ **ANTECEDENTES LABORALES:** Agricultora (actualmente cría animales)
- ✓ **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Analfabeta
- ✓ **RELIGIÓN:** Católica
- ✓ **LUGAR DE NACIMIENTO:** La Sacilia- Cutervo- Cajamarca
- ✓ **FECHA DE NACIMIENTO:** 09 de Abril de 1940

- ✓ **ESTADO CIVIL:** Casado
- ✓ **TIEMPO DE CASADO:** no recuerda

#### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

**A.- MÉDICOS:** Refiere hace tiempo atrás le diagnosticaron osteoporosis, hipertensión y bronquios pero recibió tratamiento adecuado y se siente un poco mejor aunque un movimiento constante le provoca un poco de dolor.

**B.- QUIRÚRGICOS:** Ninguno

- **Breve descripción de la situación social y de salud:**

La señora **María Cleofe Requejo Julcade** sexo femenino de 72 años de edad actualmente está radicando en el **AAHH la Victoria- Bda de Shilcayo** su domicilio es de material de adobe con techo de calamina, la organización de su vivienda es de un cuarto para descansar, una sala, una cocina también tiene su letrina y una huerta grande. Actualmente vive sola con su esposo porque todos sus hijos ya tienen familias pero la señora es visitada por todos sus hijos y nietos, sus hijos y esposo son quienes velan en los momentos que lo necesita, por radicar con su familia al frente de su vivienda de la señora **María Cleofe Requejo Julcala** la señora es tratada con respeto por la población por ser la de mayor edad en la cuadra que vive. El estilo de vida que presenta la señora es saludable consumen agua hervida, trata de seleccionar sus alimentos aunque con algunas deficiencias pero con ganas de aprender para mejorar. En este hogar existe una mascota (perra) y ortos animalitos como gallinas, patos, pavos, cuyes y un loro. Desde el punto de vista económico su ingreso de la familia es de la agricultura, en ocasiones trabajos eventuales con la venta de productos agrícolas (cacao) que permite cubrir la canasta básica familiar. Cuenta con los servicios de agua, luz no cuenta con desagüe pero si tiene letrina, el carro recolector de la basura no llega por lo que queman los papeles.

## VI. POSICIONAMIENTO DE LA CAMPAÑA

### INTERVENCIÓN Y ACCIONES PROGRAMADAS

Título de la actividad	Fecha	Destinatario	Duración, lugar de realización	Material y presupuesto	Objetivo	Descripción	Evaluación
<b>Técnica correcta del Lavado de manos</b>	20-05-11	María Cleofe Requejo Julca	20 minutos en la casa de la adulta mayor con demostración y re demostración por parte de la adulta mayor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotafolios</li> <li>• Folletos</li> <li>• jabón</li> <li>• agua</li> <li>• toalla</li> </ul>	Informar a la población sobre la importancia del consumo de lavarse las manos correctamente para prevenir enfermedades y muchos más en los momentos críticos y así conservar la salud del adulto mayor.	Se realizó una tarde para así poder encontrar disponible a nuestra familia quien gustosa nos atendió y presto atención y re demostró lo enseñado	Se asimilo toda la información poniendo en prácticas en el momento requerido.
<b>Consumir agua segura</b>	26—05-12	María Cleofe Requejo Julca	15 minutos en la casa de nuestra paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papelotes</li> <li>• Rotafolios</li> <li>• lejía</li> <li>• agua</li> <li>• recipiente</li> <li>• gotero</li> </ul>	Orientar y sensibilizar a los familiares y al adulto mayor, sobre la importancia de conocer y practicar el consumo de agua segura, para prevenir enfermedades	Se realizó una tarde con imágenes didácticas y demostrando el procedimiento y pidiéndole a la adulta la re demostración	Paciente ejecuta el procedimiento correctamente demostrando que aprendió lo enseñado.

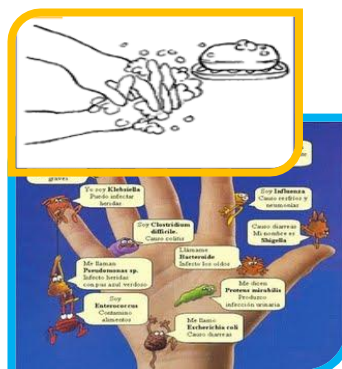
#### ❖ Lavado de Manos.

#### ¿Cómo se deben lavar las manos?

- Las manos se mojan y con suficiente jabón se fricciona una contra la otra
- Se debe abarcar todas las superficies: las palmas, entre los dedos, por encima, las muñecas y los antebrazos.
- Se colocan bajo el agua de manera que el agua corra hacia abajo, eliminando todo el jabón por efecto de barrido.
- Se secan muy bien, para eliminar la humedad.

#### Quando lavarse las manos:

- antes de consumir algún alimento
- antes y después de atender algún enfermo



- Después de ir al baño
- Después de manipular la basura o desechos

**Lavar nuestras manos nos ayuda a prevenir enfermedades como:**

- La diarrea
- El cólera
- Trastornos digestivos
- Fiebre tifoidea
- Parásitos intestinales

### Recomendaciones

- Las manos se deben lavar con suficiente agua limpia y jabón después de usar el servicio y antes de comer
- Pero además del lavado de manos hay que preocuparse por mantener las uñas muy cortas y limpias.

### ❖ AGUA SEGURA





➤ INTERVENCIONES : LAVADO DE MANOS



➤ INTERVENCIONES: AGUA SEGURA



## V. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

ACTIVIDADES	12-03-11	15-04-11	13-05-11	14-06-11	20-07-11	26-08-11
Reconocimiento del nuestro paciente en el caserío Bello Horizonte	Presentación y explicación lo que se va realizar con nuestros adulto mayor					
Entrevista con el adulto mayor		Manifestación de todos su problemática y lo que aqueja				
Entrevista con el adulto mayor			Invitarle a la fiesta de confraternidad			
Aplicación del plan de intervención				Fiesta de bienvenida y confraternidad		
Charla Educativa y demostrativa					Fortalecimiento de cuidado y limpieza de las manos y cuan importarte es para prevenir muchas enfermedades.	
Charla Educativa y demostrativa						Dar a conocer como consumir un agua segura, como desinfectar los alimentos y utensilios.

## VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Al empezar a conocer a mi adulto mayor, observe las debilidades, limitaciones que tiene acerca del conocimiento de la buena higiene. De los conocimientos que yo obtuve trate de transmitirlos de la manera de que ella me pueda entender, ya que yo tenía que hablarle fuerte y claro, incluyendo las mímicas, para así poder entablar una buena conversación.

Una de mis debilidades que tuve fue, que al principio aveces no encontraba las palabras adecuadas para poder explicarle ya que ella es analfabeta, pero poco a poco fui conociéndola y encontrando la manera de que me entienda, y ganándome su cariño.

Si tu no honras a tus mayores, no esperes de los demas.

Los años pasan y cuando nos damos cuenta, olvidamos lo importante. VIVIR Y SER FELIZ

A veces, para ser feliz, no precisamos tanto TENER. Podemos darnos cuenta que lo mas importante en la vida es SER. Ese ser, tan olvidado, muchas veces no es difícil de alcanzar . .

Con esta práctica la familia Regalado Requejo entenderá el motivo, por el cual nosotros les estamos apoyando, para que ellos comprendan muy bien lo que es la higiene tanto lo personal como la vivienda. Sé que a la familia es difícil hacerles cambiar su hábito de vida, pero al menos me siento seguro que ellos de lo poco que les pude transmitir lo van a poner en práctica. GRACIAS a la familia Regalado Requejo especialmente a la señora María Cleofe Requejo Julca por abrirme las puertas de su hogar y por pasar momentos gratos.

## VIII. PRESUPUESTO

RUBRO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
	Autofinanciado	
RECURSO HUMANO	✓ Adulta mayor	00
RECURSOS LOGÍSTICOS	✓ Agua	00
	✓ Lejía	0.70
	✓ Jabón	1.50
	✓ Toalla	3.00
	✓ Gotero	2.00
	✓ Recipiente	3.00
	✓ Rotafolios	10.00
OTROS GASTOS	✓ Pasajes	16.00
	✓ impresión	4.00
TOTAL		40.20



EXPLICANDO CON ROTAFOLIO LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS



DEMOSTRANDO A LA SEÑORA MARÍA COMO LAVARSE LAS MANOS.



LA SEÑORA MARÍA  
INICIANDO SU  
DEMOSTRACIÓN DEL  
LAVADO DE MANOS



ENSEÑANDO A LA  
SEÑORA MARÍA A  
CLORAR EL AGUA  
PARA QUE  
CONSUMA UNA  
AGUA SEGURA



LA SEÑORA  
MARÍA  
APRENDIENDO A  
HACER SU AGUA  
SEGURA

## CAPÍTULO VII

### BIBLIOGRAFÍA

1. Aya N.T. (2003) White DP, Manson JD et all. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. Arch Intern Med 2003 Jan 27 [consultado 08/12/2012]; 163 (2): 205-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&term>
2. Barceló AM, Borroto DG. Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Ciudad de La Habana, Cuba. Rev Cubana Invest Bioméd 2001 oct.-dic. [Citado 25/11/2012]; 20(4): 287-95. Disponible: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002001000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009&lng=es&nrm=iso)>.
3. BUENAS TAREAS. (2010). "Estilos de vida y cultura mundial estilos de vida: quiénes somos y que hacemos" <http://www.buenastareas.com/ensayos/Estilos-De-Vida/208163.html>.
4. BUENAS TAREAS. (2010). "Que Hablar de estilos de vida". BuenasTareas.com. Recuperado 08, 2010, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Que-Hablar-De-Estilos-De-Vida/559709.html>
5. Buela CG.(2007). El efecto del tiempo habitual del sueño sobre el estado de ánimo. II Simposio Nacional de Depresión, Avances en la Evaluación y Tratamiento. [consultado 08/02/2013]. Disponible en: <http://www.aepc.es/resumenes.php?q=ver&id=7>
6. CONACE (Consejo Nacional para el control de Estupefacientes) <http://www.conacedrogas.cl/inicio/noticias2.php?id=1720>, 04/11/2012  
Reproducida por:<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=479>
7. Comisión de Mujer y Deporte de la Odepa. De Windhoek a Montreal: Informe de avance 2008-2010 sobre la mujer y el deporte. En: Conferencia Mundial 2012 sobre la mujer y el deporte. 2012 mayo 16 al 19 MontréalQuébec Canadá. [Citado 08/09/2012]. Disponible en:

<http://www.canada2012.org/s/progress/intro/index.htm>

8. DEVIDA. Uso y consecuencias del Consumo de Bebidas Alcohólicas. Boletín Informativo N°1. Año 3, 2010. OPD.
9. DIONISIO F, ZALDÍVAR P. (2004). -Prevención del estrés en la tercera edad". [Artículo de Internet]. La Habana; 2004. [Citado 2009 Oct. 21]. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5940>
10. GRACIA, F.J. MARTÍN, P. RODRÍGUEZ, I. Y PEIRÓ, J.M. (2001). -El Grado de Importancia General que tiene el Trabajo en la Vida de un Individuo". Fuente adaptada de I. Harpaz y H. Fu. Volumen numero 3 – 1997-pp. 171-200.
11. GONZALES, M.J. (2000). -Promoción para una vejez sana", Gerontología y Geriatría, año 2, numero 3, IMSS y OPS
12. FERNÁNDEZ GUERRA NATALIA. (2002) -Polifarmacia en el anciano". [Artículo de Internet]. Acta med; 10 (1) ene – dic 2002. Citado 22 Septiembre 2009. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10\\_2002/act08102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act08102.htm)
13. HUIZINGA, JOHAN. (2007). -El otoño de la Edad Media". Torre de Goyanes. [ISBN 978-84-95101-36-5](http://www.isbn.org/978-84-95101-36-5).
14. LAWTON M.P. y FULCOMER M. (1986-1987), -objective and subjective uses of time by older people" . International aging and human development. 24(3), 171 -188.
15. LÓPEZ A y ROSILLO A. (2006). -Estilo de Vida del Adulto Diabético Piura 2006" [Tesis para optar Maestría en Salud Publica]. Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.
16. MAHECHA MS, RODRIGUES MV. Agita São Paulo: Fomento de la actividad física como modo de vida en Brasil. 2005. 29 p. [Citado 08/07/2013]. Disponible en: [www.minsal.cl/ici/destacados/Agita\\_Sao\\_Paulo](http://www.minsal.cl/ici/destacados/Agita_Sao_Paulo)
17. MAYA L. (2009). -Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. [Documento en Internet]. Colombia. 2007. Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. [Citado 2009 Dic. 04]. Disponible desde URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.
18. MORAGAS, (1989). -Plan de Preparación a la Jubilación", [Artículo de Internet]. Alemania; 1989. [Citado 2004 junio. 11]. Disponible en URL: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5940>
19. MUNNE FREDERIC. (1980). -Psicología del Tiempo Libre" México D.F.1980 Ob. Cit. p. 75



20. OMS. (2011). Temas de salud. Envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
21. Organización Mundial de la Salud. La mujer y la actividad física. Día mundial de la salud. 2009 abril 7 [Citado 08/09/2012]; 1-2: 1. Disponible en: [www.who.int/world-health-day](http://www.who.int/world-health-day)
22. OPS, OMS. Guía regional para la promoción de la actividad física. Promover un estilo de vida sana para las personas adultas mayores. Washington D.C.: OPS, 2008. p. 36. [Citado 02/02/2013]. Disponible en: <http://www.envejecimiento.gov.co/promover.pdf>
23. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Red de Municipios y Comunidades Saludables - Perú. Ministerio de Salud. Políticas municipales para la promoción de la actividad física. Lima, Perú. 2008. 69 p. [Citado 07/07/2012]. Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/doc/bvs-pwr/psal/e/fulltex/Cuaderno%202012.pdf>
24. PARDO-TORRES, Myriam Patricia and NÚÑEZ-GÓMEZ, Nicolás Arturo. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. *Aquichán* [online]. 2008, vol.8, n.2, pp. 266-284. ISSN 1657-5997. Consultado el 26 de enero del 2013.
25. PEDRERA ZAMORANO, Juan Diego. (2010) -"Caracterización de los adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Geriátria"
26. PÉREZ GUIRADO N. M. (2005). -"Medicina preventiva geriátrica en la atención primaria de salud". *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; v.21 n.3-4 may.-ago. Citado el 26 Nov. 2009. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864)
27. RODRÍGUEZ N, HERNÁNDEZ R, HERRERA H, BARBOSA J, HERNÁNDEZ Y. (2005). -"Estado nutricional de adultos mayores". Venezuela; 2005. Disponible en el URL: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0535-51332005000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0535-51332005000300003&script=sci_arttext)
28. SAN MARTÍN GARCÍA. (1997), -"Ocio y Tiempo Libre en el ser humano" México; 1997, Volumen 2- p. 21. Consultado el 20 de enero del 2012.
29. SAME COPELLO LEONEL. (2011). -"Técnicas participativas para la promoción de salud en el Adulto Mayor". Enlace: <http://www.monografias.com/trabajos83/tecnicas-participativaspromocion-salud-adulto-mayor/tecnicas-participativas-promocion-salud-adulto-mayor.shtml>
30. SÁNCHEZ E. (2009). -"Estilos de Vida Saludables sin tabaco". [Artículo de Internet]. Córdoba; 2008. [Citado 2009 Oct. 26]. Disponible desde URL: <http://elisa.bligoo.com/content/view/174244/Estilo-de-vida-saludable.html>.

31. VALDERRAMA GAMA, Emiliana et al. -Consumo de medicamentos en los ancianos": resultados de un estudio poblacional. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2008, vol.72, n.3, pp. 209-219. ISSN 1135-5727.
32. VARGAS F. (2009) -Programa de Educación para la Salud". [Formato de archivo: Microsoft Power Point en internet]. Santa Cruz de Tenerife. [Citado 2009 Oct. 20]. Disponible desde el URL: <http://www.comtf.es/cursos/EPS/EPS%202004%20Presentacion.ppt>.
33. VEGA ROBLES, ISABEL.(1993). -Aportes Teóricos de Actualidad en el Estudio de la Familia". *Actualidades en Psicología*. UCR. 14, No.28.
34. VEGA ROBLES ISABEL. (1998). -Cambio social y estructura y dinámica en el adulto mayor en Costa Rica. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid. Colección Tesis Doctorales.
35. VILA VILMA G, BARRIOS CAROLINA E. (2008). -Promoción y Educación para la salud en adultos mayores". Hogar de ancianos Av. Libertad 5450 CP. 3400 Corrientes. Argentina. 2008. Disponible en: <http://odn.unne.edu.ar/joex20065.pdf>
36. Vila A, Martín H, Gisbert C, Pardo C, Espinosa E, Andújar MA. Estudio poblacional sobre el consumo de fármacos entre la población mayor de 65 años. *RevGerontol* 2003; 3: 25-28
37. ZUÑIGA ZUNIGA, ANA PURIFICACIÓN. (2004) -Prevalencia de depresión asociada a calidad de vida en el adulto mayor del hospital Essalud - Cusco", Maestría en Psicología Clínica-UPCH.