



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**“ESTILOS DE VIDA QUE INFLUYEN EN LA LONGEVIDAD DEL
PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA MAYO - AGOSTO
2015.”**

**AUTORAS: BACH. ENF. Guevara Núñez, Dilma.
BACH. ENF. Soto Calderón, Cindy Olivia.**

ASESOR METODOLOGICO: Mg. Dr. Víctor Soto Cáceres.

ASESOR DE LA ESPECIALIDAD: DRA. ENF. Ana Alvites Gasco.

CHICLAYO – PERU

2016

DEDICATORIA

Con especial afecto y gratitud a nuestra profesora y asesora Lic. Ana María Alvites Gasco por su sabia orientación en la elaboración y culminación del presente estudio. Gracias por brindarnos su tiempo y por compartir sus conocimientos.

DILMA Y CINDY

A las participantes del estudio por brindarnos su valioso tiempo y su colaboración en el presente trabajo, que con su participación hicieron posible la investigación.

DILMA Y CINDY

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinito amor, bondad y misericordia, por darme fuerzas y luz para enfrentar y superar momentos difíciles.

Por ser nuestro mejor y fiel amigo. Por darnos unos maravillosos padres quienes son los seres a quién más amamos y admiramos.

Por permitirnos vivir gratos momentos y hacer realidad nuestros anhelos.

DILMA Y CINDY.

Con amor, respeto y profundo agradecimiento a nuestros queridos padres por su apoyo, cuidado cálido, comprensión, protección, dedicación y sacrificio constante y por ser quienes son la principal fuente de inspiración, por sus inmensas ganas de lucha y perseverancia que contagian, por formarnos personal y profesionalmente y que gracias a ellos se hacen realidad nuestros anhelos y el éxito alcanzado.

Gracias por ser nuestros grandes y valiosos tesoros.

DILMA Y CINDY.

MIEMBROS DE JURADO

LIC. ENF. MARÍA FARRO ARBOLEDA.

PRESIDENTE

LIC. ENF. YOLI FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.

SECRETARIA

ECOLOG. DEMETRIO GONZÁLES BALSECA.

VOCAL

INDICE

I.- RESUMEN.....	6
Abstract.	7
II.- INTRODUCCIÓN.....	8
2.1. Realidad Problemática.....	10
2.2 Planteamiento del problema.....	11
2.3 Formulación del problema.....	12
2.4 Justificación e importancia de la investigación.....	12
2.5 Objetivos de la investigación.....	13
III.- MARCO TEÓRICO CIENTIFICO.....	14
3.1. Antecedentes de la investigación.....	14.
3.2. Base teórica.....	17
3.3. Hipótesis.....	34
3.4. Identificación de las variables.....	34
3.5. Operacionalización de las variables.....	35
IV.- MARCO METODOLOGICO.....	38
4.1. Tipo de investigación.....	38
4.2. Diseño de investigación/contrastación de hipótesis.....	38
4.3. Población y muestra.....	38
4.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos.....	39
4.5. análisis estadístico	41
V. DISCUSIÓN.....	59
VI. CONCLUSIONES.....	62
VII. RECOMENDACIONES.....	63
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
IX. ANEXOS.....	67

I.- RESUMEN

La presente investigación es de naturaleza Cuantitativa de corte transversal, de nivel descriptivo; tuvo como objetivo general: Describir los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de Salud Cruz de La Esperanza. La población estuvo conformada por los adultos mayores que asisten al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Cruz de la Esperanza, la muestra fue poblacional constituido por 45 adultos mayores, sin exclusión de ningún adulto. La información se obtuvo mediante la Técnica de la encuesta, cuyo instrumento fue el Cuestionario Estilo de Vida del Adulto Mayor, adaptado y construido para cumplir con los objetivos de la investigación. El tratamiento de los resultados fue a través del análisis porcentual; originándose las siguientes conclusiones:

En el comportamiento de auto-observación del paciente del estilo de vida se encontró que no existe relación entre el estilo de vida del paciente y su longevidad. En la Actividad Física se encontró que no existe relación significativa entre las actividades básicas de su vida diaria y la longevidad. En los hábitos alimenticios que influyen en la longevidad del paciente se encontró que no existe relación directa entre los hábitos de alimentación buenos o eficientes con el grado dlongevidad. En los hábitos nocivos se encontró relación altamente significativa entre los hábitos nocivos y la longevidad. En los hábitos de higiene; no se encontró relación entre los hábitos de higiene y la longevidad. En Descanso y Recreación; no se encontró relación entre descanso y recreación y la longevidad.

Palabras clave: Longevidad, Adultos mayores, estilos de vida.

ABSTRACT:

This research is quantitative cross-sectional, descriptive level; He had as general objective: Describe the lifestyles influence longevity patient assisting the elderly health center Cruz de La Esperanza program. The population is made up of seniors who attend the Older Adult Health Center Cross of Hope Program; the sample population was composed of 45 seniors, without excluding any adult. The information was obtained by the technique of the survey, whose instrument was the Lifestyle Questionnaire for Older Adults, adapted and built to meet the objectives of the investigation. Treatment of results was through percentage analysis; originating the following conclusions:

The behavior of self-observation lifestyle found no relationship between the patient's lifestyle and longevity. Physical Activity found that there is no significant relationship between the basic activities of daily life and longevity. In eating habits that influence longevity patient it was found that there is no direct relationship between the habits of good or efficient power with the degree of longevity. In the harmful habits highly significant relationship between harmful habits and longevity was found. Hygiene habits ; no relationship between hygiene and longevity was found. At Rest and Recreation; no relationship between rest and recreation and longevity was found.

Keywords: Longevity, Elderly, lifestyles.

II. INTRODUCCIÓN

Actualmente el envejecimiento de la población es un fenómeno holístico de gran impacto en este siglo; según la División Poblacional de las Naciones Unidas, la población de adultos mayores en América Latina y el Caribe es de 7.9% en el 2000, es decir de 42.5%, estimándose que para el 2025, dicho grupo estará conformado por 96.9 millones o sea el 12.8% de la población general.

Al respecto según datos del INEI- 2008 la población de 60 años en nuestro Departamento de Lambayeque es de 7, 155 habitantes, lo que representa el 7.3% de la población total, la misma que se incrementara al 12% en los próximos años. Esta situación se traduce en mayores necesidades de servicios de salud, de asistencia, seguridad y protección social, debido al aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas y de incapacidades, que depende en gran medida del estilo de vida.

El estilo de vida son las acciones o formas de vivir de la persona, que benefician o afectan su salud, quien es la única responsable de modificarla. La forma en que el adulto mayor vive, el tipo de alimentos que ingiere, sus hábitos de ejercicio, el cuidado que tiene de su higiene, los cigarros y el alcohol que consumen, etc., influyen de un modo decisivo en su estado de salud; sobre todo si muchas personas abandonan ciertos hábitos saludables cuidándose menos, porque piensan que a partir de cierta edad los problemas son inevitables. El estilo de vida en general con el que vive este grupo etáreo en particular el no saludable, condiciona sus posibilidades de enfermar y morir antes de lo provisto.

A lo largo de nuestra formación profesional, hemos observado actitudes y comportamientos en los adultos mayores sujetos de nuestra atención, como: sedentarismo, malos hábitos alimenticios (consumo excesivo de carbohidratos, grasas, sal y café, poca ingesta de líquidos, etc.), malos hábitos de higiene, consumo de cigarrillos y de bebidas alcohólicas, poca recreación, entre otros; constituyen ejemplos de estilo de vida no saludable, y que también han sido

observados en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza de la Provincia de Chiclayo, zona donde habitan adultos mayores de diferentes ciudades del Perú, visitado durante nuestras prácticas pre profesionales, en donde los adultos mayores no están exentos de dicha realidad al igual que otros lugares del Perú. Más aún si el centro de salud de su jurisdicción no cuenta con programa del adulto mayor que promueva en ellos un estilo de vida saludable.

Frente a lo observado en los adultos mayores que habitan en lugares cercanos al Centro de Salud Cruz de la Esperanza de Chiclayo, nos motivó a conocer su estilo de vida; ya que de ello depende la salud del adulto mayor, previniéndose muchas enfermedades mediante cambios en su comportamiento; “Ya que, se ha demostrado que ellos responden a los consejos sobre prevención y son capaces de mejorar sus hábitos de vida”; surgiendo así la interrogante de la investigación: ¿Cuáles son los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al Programa del Adulto Mayor, Centro de Salud Cruz de la Esperanza - Chiclayo 2015?. El objetivo general que guio la investigación fue: Describir los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del centro de salud Cruz de La Esperanza.

La presente investigación surge a raíz del incremento progresivo de la población adulta mayor en los últimos y próximos años, y ante la necesidad de proveer un envejecimiento saludable en el adulto mayor, quien atraviesa la última etapa del desarrollo humano del cual nadie está libre y debe ser vivida lo más digna y feliz posible.

El presente estudio permitió caracterizar los estilos de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza”, para en un futuro próximo, fortalecerlos desde etapas tempranas de edad y permitir una longevidad saludable, poniendo especial énfasis en la Atención Primaria de la Salud, con enfoques en la promoción de la personas adultas mayores e implementando programas de promoción de estilos de vida para este grupo etario.

2.1.- REALIDAD PROBLEMÁTICA:

Actualmente la estructura de la población mundial está cambiando; el número de personas de 60 años o más aumenta en relación a la población total. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “El aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El adulto mayor es el grupo de población que padece mayor número de enfermedades, con evolución más lenta, que se cronifican con mayor facilidad y en muchos casos dejan secuelas. (1)

A esta realidad no escapa la Urb. Nueva esperanza que pertenece a la jurisdicción del Centro de Salud Cruz de la Esperanza - Chiclayo, donde se necesita promoción de hábitos de vida saludable desde una amplia perspectiva, para que el adulto mayor pueda prevenir muchas enfermedades crónicas y mejorar su salud física, espiritual, emocional y mental, y tenga una mayor esperanza de vida; es por ello que realizamos la presente investigación.

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La vejez comienza a los 60 años, el envejecimiento comienza mucho antes, de manera que el objetivo de lograr una vejez satisfactoria, donde las personas asocien el incremento de su longevidad al mantenimiento de su autonomía y su integración social, depende que este proceso se desarrolle de forma saludable. El envejecimiento es un proceso universal, continuo y progresivo, que lleva finalmente al deterioro, el agotamiento y la muerte de los organismos biológicos. La vejez en cambio es un concepto social que difiere en las distintas culturas y épocas. Muchos de estos estilos de vida incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis. (2)

La salud de las personas adultas mayores se asocia al estilo de vida, debido a que el estilo de vida promotor de salud procura el bienestar del ser humano y los estilos de vida poco saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las enfermedades en este grupo etáreo (3).

Las personas pueden presentar factores de riesgo sin manifestaciones clínicas por lo que se hace necesario detectarlos de manera oportuna desarrollando programas de prevención para disminuir su frecuencia y mejorar el estilo de vida de las personas (4).

En los últimos años la población de nuestro país ha experimentado un aumento de la expectativa de vida y un envejecimiento progresivo. Los adultos mayores representan el 9,2% de los habitantes, grupo que presenta una alta prevalencia de hipertensión, sobrepeso, osteoporosis, problemas articulares, cáncer y trastornos cardiovasculares. Estas enfermedades no transmisibles se relacionan, entre otros aspectos, con la calidad de la alimentación y la existencia de estilos de vida no saludables (4)

En nuestro país, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación y educación. En el país el ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, para el año 2025, la población de personas adultas mayores representará el 13.27% de la población total. Esto significa que en los próximos 20 años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse. (4)

2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al Programa del Adulto Mayor, Centro de Salud Cruz de la Esperanza - Chiclayo 2015?

2.4.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Dado el crecimiento de la población adulta mayor en nuestro país y a nivel mundial, como producto de los grandes avances científicos en la salud que incrementan la esperanza de vida del ser humano y nuestro país no está ajeno a esta problemática por su tendencia a incrementar la población adulta mayor en los próximos años y teniendo en cuenta que esta situación se da un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional. Frente a ello el Ministerio de Salud del Perú, ha formulado como un lineamiento que guíe sus acciones, a la Promoción de salud con enfoque hacia el fomento de estilos de vida saludables, de esta forma se pretende que el adulto mayor sea el protagonista principal del cuidado de su salud, logrando así alcanzar un envejecimiento activo y saludable. (5)

Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud es motivar a las personas para que tengan como meta ser saludables,

sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario (5).

Por tal motivo, el presente trabajo de investigación tiene una gran importancia para la salud del adulto mayor porque permitirá determinar los estilos de vida de este grupo etario lo que a su vez ayudará a ampliar y fortalecer los conocimientos científicos del personal de enfermería , ya que prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del adulto mayor en la que no intervenga el profesional de enfermería, por ser una profesión encargada del cuidado humano , enfatizando durante su formación, las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, siendo uno de los miembros del equipo interdisciplinario de salud, de mayor responsabilidad para modificar los factores condicionantes que conllevan al desarrollo de enfermedades promoviendo la adopción de estilos de vida saludable que permita mantener a los adultos mayores activos , útiles e incorporados a las actividades de la sociedad. (5)

Así también la investigación permitirá que las instituciones formadoras de profesionales de la salud como la Universidad Particular de Chiclayo, socialicen los resultados y que desde los primeros ciclos se incorporen contenidos sobre estilos de vida, para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva promocional hacia la población adulta.

Finalmente, el presente estudio servirá de marco referencial de conocimientos para estudiantes y la sociedad en futuros trabajos de investigación.

2.5.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

Describir los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del centro de salud Cruz de La Esperanza.

Objetivos Específicos:

- Analizar la auto observación del comportamiento que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de salud Cruz de La Esperanza.
- Demostrar como la actividad física influye en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de salud Cruz de La Esperanza.
- Identificar los hábitos alimenticios que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de salud Cruz de La Esperanza.
- Describir los hábitos nocivos que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de salud Cruz de La Esperanza.
- Especificar los hábitos de higiene que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor del Centro de salud Cruz de La Esperanza.
- Justificar como el descanso y recreación influye en la longevidad del paciente asiste al programa del adulto mayor del Centro de Salud Cruz de La Esperanza.

III.- MARCO TEÓRICO CIENTIFICO:

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Se encontraron algunos antecedentes relacionados al tema, entre ellos se tiene las siguientes investigaciones:

Giraldo, A. et Alemania. (2008), en su investigación titulada “La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables- Colombia 2008”, tipo de investigación descriptiva, transversal, siendo su objetivo: profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, con una muestra de 150 adultos mayores. Concluyendo que la promoción de la salud se constituye como una estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también

entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables. (6)

Aparicio L.P. y Delgado Z. R. en el año 2011, realizaron un estudio sobre “Estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas – Nuevo Chimbote”. El objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y los factores bio socioculturales de la urbanización del adulto mayor de la urbanización Casuarina – Nuevo Chimbote.

Es un estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 130 adultos mayores .Las conclusiones entre otras fueron:

"El 70 % de los adultos mayores de la urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote tiene un estilo de vida saludable y el 30% tienen un estilo de vida no saludable. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: sexo, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingreso económico del adulto mayor en la Urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote" (7).

Silva L. A. en el año 2011 realizo un estudio sobre “Estilo de vida y los factores socioculturales de la mujer adulta mayor en la urbanización Bellamar II etapa – Nuevo Chimbote”. El objetivo fue determinar si existe relación entre el estilo de vida y los factores socioculturales de la mujer adulta mayor en la urbanización Bellamar II etapa – Nuevo Chimbote, 2011.Es un estudio de tipo cuantitativo, corte transversal, con diseño descriptivo, correlacional. El universo muestral estuvo constituido por 108 mujeres adultas mayores, se aplicaron dos instrumentos: escala del estilo de vida y cuestionario sobre factores socioculturales de la persona, utilizando la técnica de la entrevista. Las conclusiones entre otras fueron:

“La mayoría de las mujeres adultas mayores presentan un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo presentan estilo de vida saludable. Respecto a los factores socioculturales, más de la mitad tiene un grado de

instrucción entre secundaria completa e incompleta; con un ingreso económico de 100 a 599 soles mensuales. Menos de la mitad profesan la religión católica. La mitad su estado civil es casada y la mayoría tienen por ocupación ama de casa. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores socioculturales: grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingresos económicos de la mujer adulta mayor de la urbanización Bellamar II etapa – Nuevo Chimbote.” (8)

Castillo Vilela Willy, estudió sobre estilos de vida y factores socio culturales del adulto mayor del AA. HH. Ramiro Prialé-Chimbote, 2011; con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y los factores socioculturales del adulto mayor en el AA.HH. RamiroPrialé – Chimbote. La investigación fue cuantitativa, de corte transversal con diseño descriptivo - correlacional, aplicada a una muestra de 98 adultos mayores de sexo masculino que residen en el AA.HH. Ramiro Prialé Chimbote, a quienes se les aplicó dos instrumentos: el cuestionario semi estructurado sobre factores socioculturales y la escala de estilo de vida, aplicado a través de la técnica de la entrevista. Las conclusiones entre otras fueron:

“La mayoría de los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo estilo de vida saludable. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores socioculturales: grado de instrucción, estado civil, ocupación y religión del adulto mayor al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado. Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el factor sociocultural: ingreso económico del adulto mayor al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado” (9).

Velásquez Huanca Lucy, estudió sobre estilos de vida y estado nutricional del adulto Mayor. P.J. 2 de mayo - Chimbote, 2011; con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del P.J. 2 de Mayo -Chimbote. La investigación fue cuantitativa, de corte transversal de nivel

aplicativo con diseño descriptivo – correlacional, aplicada a una muestra de 77 adultos mayores, que residen en el P.J. 2 de Mayo –Chimbote, a quienes se les aplicó tres instrumentos : la escala de estilo de vida, aplicados a través de la técnica de la entrevista , la Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica según Índice de Masa Corporal para el adulto mayor de 60 años a mas elaborado por el Ministerio de Salud y la Ficha de valoración nutricional del adulto mayor elaborado por la especialista del departamento de metodología de la investigación Silva. Las conclusiones entre otras fueron:

“Más de la mitad de los adultos mayores del P.J. 2 de Mayo, presentan un estilo de vida no saludable. En relación al estado nutricional de los adultos mayores en el P.J. 2 de Mayo, encontramos que, la mayoría presentan un estado nutricional normal, seguido de un porcentaje significativo de más de delgadez y una mínima parte con sobrepeso. No hay relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el P.J. 2 de Mayo del distrito de Chimbote. (10)

3.2.- BASE TEÓRICA:

ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD

La vejez individual y el envejecimiento acelerado de la sociedad constituyen una problemática crítica y emergente en el mundo contemporáneo. Se trata de un proceso muy avanzado en Europa y el mundo desarrollado, pero que ya se inició con mucha fuerza en los países en desarrollo. Los procesos de industrialización, urbanización y modernización social, junto a los grandes avances en la sanidad pública y los descubrimientos científicos que han reducido la incidencia de las enfermedades letales y la mejora de las condiciones de vida, han hecho posible la reducción drástica de las tasas de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, que de hecho sea más que duplicado hasta la actualidad. Los cambios sociales de las últimas décadas han influido también en la progresiva caída de las tasas de natalidad, que junto a la reducción de la mortalidad definen la transición demográfica. El impacto social de este doble fenómeno está

iniciándose, pero su envergadura obligará a cambios en los planteamientos acerca del modelo de sociedad, de las necesidades sociales y sanitarias, así como de las características y orientación de las políticas de bienestar. Podemos considerarnos testigos del inicio de una revolución social cuya repercusión será al menos tan grande como la provocada por los grandes cambios socioeconómicos del pasado. (11).

La sociedad actual centrada fundamentalmente en el trabajo productivo inserto en el mercado, impone sus propios valores, condiciona los roles sociales de las personas y tiende a estructurar el conjunto de relaciones en que los individuos desarrollan su vida cotidiana. Por esta razón, para la mayoría de los trabajadores, la jubilación condiciona la pérdida del sentido de la vida. Esta desvalorización no es ni natural ni eterna, sino que se trata de un constructo histórico. (11)

La Gerontología social es un nuevo campo de investigación y enseñanza que no está directamente interesado en los aspectos biológicos del envejecimiento sino que se concentra en los aspectos económicos, psicológico-sociales sociológicos y políticos. El aporte central de esta disciplina ha sido permitir el tránsito desde la visión biológica del envejecimiento como un período de declinación de la actividad orgánica centrada en el individuo y su adaptación, hacia una comprensión más rica del significado social y la definición de la vejez y del envejecimiento a nivel personal y social.(12)

ENVEJECIMIENTO:

Según OPS (2010) “Es un fenómeno Universal; proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona, considerando a la persona que atraviesa por esta etapa como adulto mayor y es aquel que tiene 60 años a mas años.(13)

Por otro lado sobre el envejecimiento saludable, según la OPS (2011) menciona que el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios bio-psico-sociales, conservando la funcionalidad y satisfacción personal, en cuya adopción el propio interesado juegue un papel activo y que este depende en gran medida de la prevención de las enfermedades y de la discapacidad, del mantenimiento de una gran actividad física, de las funciones cognitivas y de la participación constante en actividades sociales y productivas, influyendo los siguientes factores:

Biomédicos; que desde la perspectiva multidimensional, la autonomía es una buena medición del estado salud del adulto mayor.

Conductuales; la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad asociada al envejecimiento es la gran tarea, promoviendo el estilo de vida saludable a través del auto cuidado.

Psicosociales; con la auto ayuda, apoyo familiar y comunitario.

Socioeconómico: participación en la vida económica y productiva y así mismo contar con el acceso a los servicios de salud.

Ambientales; contar con una vivienda adecuada, con ambiente sin contaminación y con seguridad en el tránsito vial. (14)

Tomando en cuenta los factores mencionados se puede decir que una persona que vive un envejecimiento saludable se caracteriza por lo siguiente: Se adapta a los cambios y pérdidas propias del envejecimiento, aprende permanentemente, con actitud de crecimiento personal, asume con responsabilidad, su autocuidado en la salud o enfermedad, comparte sabiduría y experiencia, trabajo productivamente, disfruta del tiempo libre, hace ejercicio regularmente, consume dieta sana y natural, puede satisfacer sus necesidades básicas, espera con paciencia los resultados de los eventos de la vida, siente que la vida ha valido la pena, acepta su vida con triunfos y fracasos, desempeña un papel útil y satisfactorio, es afectuoso, con estado de ánimo positivo y buen humor, mantiene una buena autoestima e interacción de su yo, cuenta con el apoyo social (familia,

amigos, comunidad), tiene compañía y afecto, asume que tiene un proyecto de vida que cumplir, es independiente y autovalente, tiene seguridad económica y vivienda. (14)

Leiton & Ordoñez, clasifican en tres grupos a las personas adultas mayores:

Persona adulta mayor autovalente: Es aquella persona mayor, capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir aquellas actividades esenciales para el auto cuidado, como desplazarse, vestirse, asearse, bañarse, y controlar la continencia, y asimismo realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, comprar o planchar , usar el teléfono, manejar la medicación. Manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores a nivel nacional tienen esta condición.(15)

Persona Adulta mayor frágil: Es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores a nivel nacional presentan esta condición.

Persona adulta mayor postrada: Es la persona que tiene una perdida sustancial de estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% a un 5 % de los adultos mayores a nivel nacional, tienen esa condición.(15)

ESTILOS DE VIDA

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y

los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales"(16)

Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud.

De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos "hábitos de vida", "estilo de vida" y "estilo de vida relacionado con la salud" refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.)

Según Dorothea Orem, "El autocuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan". Este es indispensable para la vida y si falta produce la enfermedad o la muerte; de alguna u otra manera es aprendido por todos los seres humanos, quienes lo realizan según sus patrones socioculturales individuales como las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo. (17)

COMPORTAMIENTO DE AUTOOBSERVACIÓN DEL PACIENTE:

Las personas toman diferentes conductas o actitudes frente a la salud y la enfermedad. Estas conductas son las de auto-observación, es un estilo de vida que permiten vigilar y cuidar al organismo, detectar e interpretar los síntomas que se presentan, tratar de remediarlos y buscar y utilizar la atención médica y de enfermería oportuna.

El comportamiento de auto-observación es fundamental en los adultos mayores, ya que ellos están expuestos a muchas enfermedades que en su mayoría no comienza de un modo repentino, sino que en forma insidiosa y cuando los síntomas son evidentes y se obligan a ser consultados, la enfermedad suele estar avanzada y el tratamiento va a ser más paliativo que preventivo.

Estas conductas comprenden: Detectar síntomas o molestias presentes para tratarlos, en casos de diagnóstico de enfermedad continuar el tratamiento y evitar complicaciones, acudir al control médico y de enfermería oportuno y mantener adecuada accesibilidad a los servicios de salud.(18)

ACTIVIDAD FÍSICA:

La Organización Mundial de la Salud 2011 define la actividad física como “Todo tipo de movimiento que forma parte de la vida diaria”.

Es un estilo de vida de la persona que beneficia su salud, comprende actividades de la vida diaria como: caminar, subir escaleras, hacer las labores del hogar, hacer compras, pero lo más recomendable es practicar el ejercicio físico.(19)

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades primarias básicas o esenciales que el adulto mayor tiene que realizar en su vida cotidiana, encaminadas hacia su autocuidado y movilidad que lo dotan de autonomía e independencia. Entre ellas se incluyen actividades como: comer, subir y bajar gradas, usar los servicios higiénicos, vestirse, bañarse, etc.

Las actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Son las que permiten al adulto mayor adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Incluyen actividades como: Tareas del hogar, realizar las compras, manejar dinero, etc. (19)

El ejercicio físico: Es la actividad física recreativa, que se realiza en momento de ocio o de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad laboral. El ejercicio físico implica la realización de movimientos corporales planificados y estructurados, repetitivos, diseñados específicamente para estar en forma física y gozar de buena salud.”

El tipo de ejercicio en el adulto mayor y la capacidad para ejercitarlo depende en gran parte del tipo de vida que ha llegado hasta ese momento; después de los 50 años los ejercicios fuertes son peligrosos ya que una caída puede provocar con

mayor facilidad fractura. Son convenientes los ejercicios que no sean muy agresivos como: Gimnasia, caminata, pedalear (bicicleta) y el baile y danza.

Gimnasia: Es una forma de ejercicio físico, caracterizada por movimientos sistemáticos, con la posibilidad de seleccionar actividades y ejercicios con fines determinados.

Caminata: Es el más conveniente y adaptable de todos los ejercicios cuando se ejecutan en forma bien orientada, ya que da a la persona mayor sensación de seguridad, mejora el equilibrio, disminuye la aprensión, aumenta la velocidad de desplazamiento, acrecienta la libertad matriz, y disminuye la sensación de fatiga.

Pedalear: El pedaleo en bicicleta es excelente es para las piernas, los muslos y los tobillos es especialmente apropiado para ejercitar la mitad inferior del cuerpo, es una actividad para los adultos mayores muy poco costosa, energéticamente hablando, por lo que se puede realizar durante mucho más tiempo que cualquiera otra actividad.

El Baile o Danza: Es el arte que permite al adulto mayor expresar movimientos del cuerpo a través de un ritmo con o sin música o sonido.(19)

HÁBITOS ALIMENTICIOS:

La Organización Mundial de la Salud 2008 define a los hábitos alimenticios como: “El conjunto de conductos alimenticios o nutricionales o la manera de alimentarse de cada persona o población”. (20)

Según Elizondo, L. (2010) menciona: “Estos hábitos son un estilo de vida de las personas y son aprendidos durante toda una vida, definiendo además a la dieta como el conjunto de alimentos que se consume diariamente que puede ser saludables o no”. Para evaluar los hábitos alimentarios se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: tipo de alimentos, cantidad de alimentos o bebidas, frecuencia de consumo.

Las prácticas nutricionales que comprenden a su vez:

Consumo de alimentos dulces o golosinas.

Consumo de comidas saladas.

Consumo de alimentos como: Mantequilla, frituras, carne de cerdo, etc.

Cantidad de líquidos ingeridos al día.

Horario en que se ingiere cada alimento.

El número de comidas al día. (20)

HABITOS NOCIVOS:

Son llamados también “Hábitos tóxicos”, se refieren : “Al consumo frecuente de alguna sustancia dañinas para la salud, que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimiento del peligro que su utilización ocasiona. Son considerados comportamientos de riesgos o estilo de vida no saludable que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes”.

Según Organización Panamericana de la Salud 2010, las clasifica:

Opción social: Alcohol, tabaco, café, automedicación.

Ilegales: Drogas. (21)

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

Es la ingesta de bebidas alcohólicas que contienen alcohol (sustancia natural derivada de la fermentación que se produce cuando el azúcar reacciona con la levadura). Los tipos son: Licores, cerveza y vino.

Según Elizondo. L, (2009): Considera “Perjudicial al consumo de bebidas alcohólicas a la cantidad de 3 a más vasos de cerveza de 200 ml, de vino 100 ml, licor 50 ml, con una frecuencia de 1 a más veces por semana”.

En el adulto mayor, el proceso físico del envejecimiento intensifica los efectos del alcohol, se modifica la manera en que el alcohol es absorbido y removido del organismo, afectándose más fuerte y por un periodo más largo de tiempo. Entre los efectos tenemos: Cirrosis Hepática, pancreatitis, Úlceras al estómago y duodeno, enfermedades cardíacas, Malnutrición por sustitución de las comidas y otros.(21)

AUTOMEDICACIÓN

Es el acto de auto medicarse sin prescripción médica. Es frecuente que el adulto mayor presente molestias o muchas enfermedades, que lo obligan a tomar varios fármacos ya sean prescritos por el médico y/o automedicados entre ellos tenemos: Antibióticos, Antiinflamatorios, analgésicos, antidepresivos, etc.

HABITOS DE HIGIENE

Los hábitos de higiene son conductas adquiridas a lo largo de toda la vida que favorecen a la salud o inducen a enfermar, es un estilo de vida de la persona. Comprende: higiene Personal, higiene de los alimentos e higiene de la vivienda y comunidad”. (22)

Higiene Personal: Tiene por objeto la prevención de enfermedades y el manteniendo de la salud. Se compone de un conjunto de normas y prácticas que mantiene al cuerpo en buen estado físico.

Higiene de los Alimentos: Son todas las formas y condiciones y medidas necesarias para asegurar la inocuidad de los alimentos. Tiene por objetos la limpieza de los alimentos para la conservación de la salud.

COMPORTAMIENTO DE SEGURIDAD

“El comportamiento de seguridad son el actuar de las personas de una manera determinada contra cualquier riesgo que los predispone a sufrir accidentes”

Los accidentes son circunstancias que se pueden producir en cualquier momento, ocasionando lesiones las cuales pueden ser graves o leves, lo experimentan la mayoría de las personas y aún más los adultos mayores ya que por su condición física están predispuestas a sufrirlo con más frecuencia. (23)

ACTIVIDAD SEXUAL

La sexualidad es una necesidad presente a lo largo de la vida de todo ciclo vital; como la interpretación y vivencias psicológicas social de las características biológicas – sexuales que nos ubican los hombres y mujeres.

Siendo una respuesta la actividad sexual que es la facultad de obrar en las relaciones sexuales, constituyendo un estilo de las personas.

El envejecimiento no lleva por sí mismo al cese de la actividad sexual, sino que existen factores que añadidos a los cambios propios de la edad se interponen en el desarrollo normal de la vida sexual del adulto mayor y son los siguientes:

La falta de estímulos sexuales provocados por una vida sexual monótona poco variada.

La preocupación por el trabajo o las preocupaciones económicas llevan a desviar el interés sexual en el adulto mayor.

Perdida de la pareja.

El agotamiento físico y psíquico propio de esta edad.

Las enfermedades físicas y mentales. (24)

COMPORTAMIENTO ANTE UNA SITUACIÓN ESTRESANTE

Las acciones o formas de actuar de las personas ante una situación percibida como amenazante (estresor), para su integridad o bienestar”.

Al respecto Medellín (2005), menciona que existen situaciones especiales propias de la edad que predispone al adulto mayor a adquirir comportamientos diversos. .

Estas situaciones pueden ser:

Muerte de un familiar cercano.

Perdida del cónyuge: representa el final de importantes tareas en la vida del hombre y la mujer, aumenta la soledad y disminuye el estímulo de vivir.

Enfermedad o lesión personal grave.

La independencia y el alejamiento de los hijos.

Retiro del trabajo voluntario o forzoso.

Jubilación. (25)

DESCANSO Y RECREACIÓN

Son actividades que permite conservar una buena salud, mejorando nuestro estado de ánimo, produce un relajamiento e incrementa la disposición para realizar actividades, se considera un estilo de vida saludable.

El descansar es reposar, recuperarse o dejar de hacer un trabajo o esfuerzo durante algún tiempo y la recreación es diversión, esparcirse o tomar un pasatiempo. (25)

NECESIDADES FUNDAMENTALES EN LOS ESTILOS DE VIDA

Uno de los tipos de autocuidado para Dorothea Orem son los derivados de las necesidades fundamentales que posee cada individuo, estas necesidades han sido estructuradas por la misma cultura, por lo tanto siempre estarán implícitas en el estilo de vida de todas las personas.

Igualmente, Maslow considera que ciertas necesidades básicas son comunes para todos los individuos y se precisa su satisfacción. Esta se realiza de conformidad con el grado de prioridad que les corresponda, lo que significa que algunas son más apremiantes que otras. (26)

Por ende, las jerarquiza mediante un esquema ascendente así: Necesidades fisiológicas, Necesidades de protección y seguridad, Necesidades de pertenencia y afecto, Necesidades de autoestima y respeto de sí mismo, y Necesidades de realización personal, lo que le permite al individuo pasar de la satisfacción de una necesidad básica a otras de niveles más altos, proceso que tiene como meta final el funcionamiento integrado del hombre.

En forma similar, la teoría del Desarrollo Humano concibe al sujeto, individual y colectivo, como poseedor de un conjunto de necesidades humanas fundamentales que se deben satisfacer de manera integral para lograr la realización de sus potencialidades y el desarrollo como sujeto social. Además, ésta teoría concibe las necesidades “no sólo como la carencia sino como la potencialidad con que cuenta cada individuo para buscar la realización personal” (26)

Desde esta perspectiva, se debe reconocer al ser humano en su dimensión individual y colectiva, como un ser único y una totalidad, una unidad en la que se integran lo afectivo, lo racional, lo natural y lo cultural, definiéndolo esencialmente como un ser sensible y transformador. Un ser que inicia su individualidad en la colectividad y en la convivencia, que experimenta los procesos de diferenciación, particularidad y socialización, a partir de los cuales construye su identidad y el mundo personal, un ser que requiere la comunicación e interacción permanente con el medio natural, económico, socio cultural e histórico que lo rodea, para asumir un pensamiento y una acción entorno de la vida y para ocupar un espacio con sentido de pertenencia en la realidad cotidiana. (26)

Beber y Comer

Es la necesidad de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente que aseguren el adecuado funcionamiento del organismo, la alimentación está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo, la cual debe estar compuesta por lípidos, glúcidos, prótidos, vitaminas y minerales.(27)

Moverse y Mantener una Buena Postura

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo. Mantener una postura adecuada permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

Dentro de los factores biológicos que influyen en esta necesidad están la edad y el crecimiento; el adulto está en plena capacidad de sus movimientos y la actividad física hace flexibles sus articulaciones, aunque se vayan disminuyendo la fuerza muscular y la agilidad pero continúa activo físicamente a través de ejercicios moderados, lo que le permite moverse y desplazarse libremente; la constitución y las capacidades físicas influyen en la necesidad de movimiento y flexibilidad de acuerdo a cada individuo ya que ellos adoptan las posturas adecuadas y las

actividades a realizar. Igualmente, las emociones y la personalidad son factores psicológicos que influyen en la adopción de posturas porque según su temperamento, ciertos individuos son activos, ardientes, fogosos, apáticos, tranquilos o reposados; además las posturas y las actividades físicas reflejan también en ocasiones las emociones y los sentimientos. (28)

Dormir y Descansar

Es una de las necesidades vitales para todo ser humano, debe darse en las mejores condiciones y en la cantidad suficiente para obtener una reposición de energías con el fin de continuar el adecuado funcionamiento del organismo. Los adultos necesitan dormir como mínimo de ocho a diez horas diarias. Sin embargo, existe una gran variación en las necesidades de sueño, algunas personas funcionan bien con cinco horas de sueño nocturno, mientras que otras necesitan diez, aunque todos sean individuos normales física y mentalmente. (28)

El sueño debe ser en un ambiente tranquilo, cómodo, a fin de proporcionar el descanso y el reposo requerido, tanto físico como psíquico. No sólo el sueño es un reparador de energía gastada, también lo es un cambio de actividad que sea grata, en el momento en el que él o ella se encuentren cansados o tensos porque los períodos de reposo, tienen casi los mismos efectos beneficiosos que el sueño.

Existen factores biológicos como la edad que influyen en el sueño y descanso adecuado: en la edad adulta, la necesidad de horas de sueño no disminuye pero la calidad se ve a menudo modificada (sueño ligero y frágil), por lo cual se puede recurrir a ciertos hábitos antes de acostarse para mejorar dicha calidad, como ducha, baño caliente, leche caliente, lectura. Una actividad física apropiada predispone a los individuos a un sueño recuperador.

Las emociones, la ansiedad, las preocupaciones son factores psicológicos que pueden beneficiar o perjudicar la calidad y cantidad de sueño. (28)

Evitar Peligros

Los seres humanos, a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Deben protegerse continuamente contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos como también de aquellas que provienen de otras personas.

Por tal razón, evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, quien debe protegerse de toda agresión interna o externa, mediante los numerosos medios naturales que posee así como la práctica de medidas preventivas que permitan el mantenimiento de la integridad biológica, psicológica y social. (29)

Dentro de los factores biológicos que intervienen en la satisfacción de ésta necesidad se encuentra la habilidad que tiene cada persona para protegerse según su edad y desarrollo; así, el adulto, según el conocimiento de sí mismo y de su entorno, es consciente del peligro y toma medidas para su protección. Igualmente, los mecanismos de defensa biológicos influyen en la reacción ante los peligros dependiendo de situaciones vividas anteriormente y que le permiten al ser humano estar preparado contra toda agresión.

Las emociones, la ansiedad y el estrés también pueden desencadenar en la persona mecanismos de defensa que le permitan conservar su integridad psicológica.

A nivel social, es esencial un entorno sano para que los individuos puedan vivir sin peligro, donde se cuente con los medios físicos y económicos para afrontarlos. Igualmente, el rol social que cumpla el individuo influye en la necesidad de evitar los peligros, pues según las exigencias de su ocupación se utilizan las medidas de protección tanto física como psicológica (prever períodos de descanso a fin de prevenir el agotamiento y el estrés). (29)

Comunicarse con sus Semejantes

Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las

personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

El ser humano tiene necesidad de otros para poder responder al conjunto de necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. Aspectos como el entorno, la familia y el conjunto de la misma sociedad interactúan por medio de la comunicación y todas las interacciones sociales se apoyan en ésta capacidad de intercambio y de comprensión mutua entre las personas. (30)

Según la etapa de desarrollo donde la persona se encuentra, su capacidad de comunicación le permite una vida armoniosa en el seno del grupo familiar y social. Existen ciertos factores que influyen en la satisfacción de ésta necesidad, entre ellos tenemos los biológicos como la integridad de los órganos de los sentidos y las etapas del crecimiento, porque la capacidad de una persona para interactuar con sus semejantes está influenciada por la integridad de sus sentidos.

La inteligencia, la percepción, la personalidad y las emociones son factores psicológicos que también intervienen en la necesidad de comunicarse. De ésta forma, el desarrollo de las facultades intelectuales de la persona le permiten abrirse al mundo exterior y comprender su medio y entorno, a través de la percepción de estímulos internos y externos que permiten modelar la personalidad, la educación, la cultura y las experiencias anteriores, así, se escoge lo real a partir del esquema perceptual personal, lo que influye en la forma en que una persona se comunica. (30)

Actuar Según sus Creencias y sus Valores

Es una necesidad para todo individuo hacer gestos y actos conformes a su noción personal del bien, del mal y de la justicia, así como perseguir una ideología.

El ser humano aislado no existe, está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o con el Ser Supremo. Los seres humanos interactúan continuamente entre ellos, aportando en esa relación sus experiencias de vida, sus creencias y sus valores que de una u otra parte favorecen la realización de sí mismos y el desarrollo de la personalidad;

dichos valores se inculcan desde el núcleo familiar y se desarrollan a lo largo de la vida en los diferentes roles que desempeña el ser humano en sociedad. (31)

El fenómeno religioso viene desde los pueblos primitivos, aparece como un elemento nuclear que integra al individuo con la familia y a la familia con la sociedad y que permite a la persona darle sentido a su existencia.

Dentro de los factores biológicos que influyen en la satisfacción de ésta necesidad están los gestos y las actitudes corporales que permiten satisfacer las creencias, pertenencia religiosa o ambas. En la búsqueda del sentido de la vida y de la muerte el individuo realiza gestos y rituales que corresponden a sus creencias y valores y que contribuyen a la satisfacción psicológica de ésta necesidad.

Además, el ser humano, tanto su esencia como su espíritu se siente atraído por el Ser Supremo o energía cósmica y lleva a cabo las acciones que le permiten estar en comunicación con él o ella, aquí las emociones y los impulsos del individuo lo inducen a cumplir actividades humanitarias, religiosas o ambas.

Gordon. M, (2007) define el sistema de creencias de la persona y la familia como: “Todo lo que se cree que es correcto y tiene valor según sus conocimientos personales, las normas individuales y sociales, la fe y las prácticas espirituales” (31)

Recrearse

Desde hace milenios, los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión. De ahí que recrearse es una necesidad para el ser humano quien ha sido siempre consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión generada por su trabajo diario.

Por esto, se deben cultivar algunas aficiones, como practicar algún deporte, caminar, hacer reuniones sociales, pertenecer a grupos de acuerdo a intereses comunes lo cual produce satisfacción, proporciona descanso físico y mental necesario para él y ella que se encuentran en una etapa de productividad. (32)

Aprender

A lo largo de toda su vida, el ser humano debe adaptarse a los cambios del entorno adoptando las medidas necesarias para conservar su salud.

El autoconocimiento es esencial para el individuo, con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para el mantenimiento de la salud.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevas conductas, con el objetivo de mantener o recobrar la salud. Cuando el ser humano ha adquirido los aspectos anteriormente mencionados, este experimenta un sentimiento de seguridad, siendo capaz de luchar contra la enfermedad y las vicisitudes que se presentan en el diario vivir. (32)

LONGEVIDAD

Potencial biológico de la duración de la vida. Extensión máxima de la duración de la vida humana. Esta duración parece ser del orden de 110 a los 115 años. El fenómeno de la longevidad se debe a tres factores: la genética, los adelantos médicos y un estilo de vida más saludable. De los tres factores, el estilo de vida tiende a ser cada vez más importante. Es posible vivir más años manteniendo una calidad de vida bien satisfactoria. En otras palabras el envejecimiento exitoso (sin condiciones incapacitantes ni enfermedades crónicas es una meta viable y realista para todos. (32)

3.3.- HIPÓTESIS:

Los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al programa del adulto mayor son comportamiento de auto observación del paciente, actividad física, hábitos alimentarios, hábitos nocivos, hábitos de higiene, descanso y recreación; Centro de Salud “Cruz de la Esperanza. 2015

No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y la longevidad del paciente que asiste al Programa del Adulto Mayor, Centro de Salud “Cruz de la Esperanza”. Chiclayo. 2015

3.4.- IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable independiente: Estilos de Vida.

Variable dependiente: Longevidad.

3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB INDICADORESS	INDICE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTILOS DE VIDA	Comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la <u>salud</u> .	MEDIDAS GENERALES PARA LA CONDICIÓN DE LA SALUD	COMPORTAMIENTO DE AUTO OBSERVACIÓN ACTIVIDAD FISICA HABITOS ALIMENTARIOS	- seguro de salud - Atención medica - Control medico - Control de la P.A - Autoexamen de mamas /testículos - Exposición al sol - Aseo Personal - Vestirse y desvestirse - Ir al baño - Levantarse y acostarse - Come las comidas - Sube y baja escaleras - Necesidad de eliminación - Numero de comidas - Consumo de golosinas	Sin Ayuda (S.A.) Alguna Ayuda: (A.A) Con Total Ayuda:(T.A) Mucho Regular Poco	N O M I N A L	Encuesta

				• Consumo de frutas • Ingesta de líquidos • Horario de comidas			
			HABITOS NOCIVOS	• Fumar • Consumo de bebidas alcohólicas • Pérdida de memoria • Baja efectos de alcohol • Consumo de alcohol frente a sus problemas • Auto medicación	Si –no		
			HABITOS DE HIGIENE	• Baño corporal • Higiene alimentaria • Consumo de agua potable • Eliminación de basura • Desagüe	Si-no		
						N O M I N A L	Test

VARIABLE DEPENDIENTE LONGEVIDAD	Cualidad de la persona que vive muchos años. Larga duración de la vida.		DESCANSO Y RECREACIÓN	- Disfruta y descansa lo suficiente - Actividades durante su tiempo libre.	Si-no	N O M I N A L	
			ORIENTACIÓN	Fecha, día y lugar.			
			HABILIDAD MENTAL	Número de teléfono, dirección, edad, fecha de nacimiento.			
			RAZONAMIENTO	Conocimientos previos : nombre del presidente, apellido paterno			

IV.- MARCO METODOLOGICO

4.1. Tipo de investigación: La investigación es de tipo Cuantitativo de corte transversal, pues observa, describe, y documenta, es decir como es y cómo está el fenómeno “Estilo de Vida del adulto mayor”, buscando especificar, seleccionar y medir de manera independiente las variables a las que se refiere el fenómeno.

4.2. Diseño de investigación/contrastación de hipótesis:

El presente trabajo de investigación es descriptivo – transversal, por el tiempo de estudio es prospectivo.

La contrastación de la hipótesis es de una sola casilla, puesto que se trabajó con un solo grupo de unidades de análisis

4.3. Población y muestra:

Población: Adultos mayores que hacen un total de 50 inscritos que pertenecen al programa del adulto mayor del Centro de Salud Cruz de la Esperanza - Chiclayo 2015.

La muestra está constituida por 45 adultos mayores, según análisis de Epidat.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Adultos Mayores que residen en los lugares seleccionados: Nueva Esperanza, vista alegre, Juan Velasco Alvarado .
- Adultos Mayores con edad de 60 años en adelante, de ambos sexos.
- Adultos Mayores que integran el programa del adulto mayor del Centro de salud Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2015.
- Adultos mayores que conserven sus facultades de independencia, productividad y leve deterioro en la salud; que cumplan con las características de clasificación del Plan de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor (PAMs)

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Adultos mayores que previa información no acepten participar en la investigación.
- Adultos mayores con moderado y severo deterioro intelectual, según escala de Pfeiffer.

4.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizará y aplicará:

Técnicas: La encuesta a los adultos mayores, así como la evaluación cognitiva para determinar si existe deterioro en su estado mental.

Descripción de los instrumentos utilizados.

Cuestionario de Estilo de Vida del Adulto Mayor, creado en la Universidad de Berkeley por (Sheldon. M, 1997) publicado en la “Wellness Enciclopedia”, adaptado al español por el médico Manuel Garcés, en Guatemala, y adaptado en Bogotá el año 1998 por el Dr. Luis Flores Alarcón, adaptado en el Perú– Lambayeque por los Bach. Enf.:Álamo Acosta María Angelita, De la Cruz Martínez Ana Karina, Jiménez Arévalo Yolanda Gissela; de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo- Facultad de Enfermería, quienes realizaron la investigación titulada: “Estilos de vida del adulto mayor del Pueblo Joven Simón Bolívar Chiclayo, Mayo- Noviembre 2004; validado por expertos y se aplicó una muestra piloto a 15 adultos mayores del Pueblo Joven Simón Bolívar ; dicho instrumento conformado por una escala total de 62 ítems y considera las siguientes dimensiones: comportamiento de Auto-observación, actividad física, hábitos alimenticios, hábitos nocivos, hábitos de higiene, comportamiento de seguridad, actividad sexual, comportamiento ante una situación estresante, descanso y recreación, espiritualidad.

La calificación del instrumento se realizará aplicando los criterios cualitativos: SI y NO. Se evaluara de la siguiente manera: Cada sección tendrá puntuación de 10, que hacen un total de 100%.

Test de Pfeiffer: instrumento utilizado para la valoración del estado cognitivo del adulto mayor elaborado por el Ministerio de Salud (MINSA), extraído del Formato de atención integral del adulto mayor- Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que consta de 11 preguntas, por cada respuesta errónea se colocará 1 punto en cada respuesta y se clasificará de la siguiente manera:

E= errores D.C.= Deterioro Cognitivo

No Deterioro Cognitivo = 2 E

D.C. Leve = 3-4 E

D.C. Moderado= 5-7 E

D.C. Severo= 8-10-E

Adultos mayores que resultaran con capacidad intelectual normal o deterioro intelectual leve, participarán de dicho estudio.

4.5.- Análisis estadístico de los datos.

Los datos obtenidos serán presentados en tablas estadísticas de doble entrada y analizados con el programa SPSS versión 19.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Tabla 1.

AUTO-OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE DEL ESTILO DE VIDA SEGÚN EDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Edad	Bueno		Deficiente		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 65	5	27.8%	6	22.2%	11	24.4%
66 a 70	5	27.8%	8	29.6%	13	28.9%
71 a 75	3	16.7%	8	29.6%	11	24.4%
76 a 80	2	11.1%	3	11.1%	5	11.1%
81 a más	3	16.7%	2	7.4%	5	11.1%
Total	18	100.0%	27	100.0%	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

$$\chi^2 = 1.72$$

$$gl = 4$$

$$p\text{-valor} > 0.05$$

No se encontró relación entre el estilo de vida del paciente y su longevidad ($p > 0.05$).

El 27.8% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con un estilo de vida bueno tienen de 60 a 65 años de edad, otro 27.8% tienen de 66 a 70 años de edad; el 29.6% de pacientes que asisten al mencionado programa tienen de 66 a 70 años y otro 29.6% tienen de 71 a 75 años de edad tienen un estilo de vida deficiente.

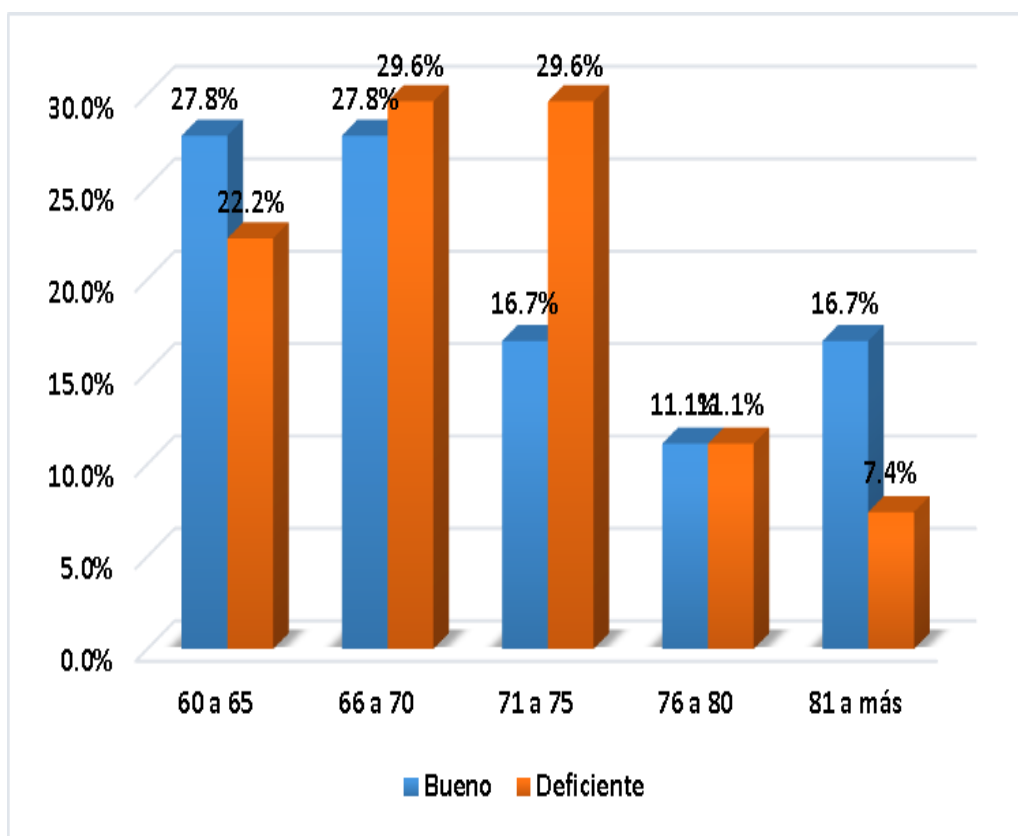


Figura 1.

Auto-observación del estilo de vida según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 2.

AUTO-OBSERVACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Auto observación	n	%
Bueno	18	40.0%
Deficiente	27	60.0%
Total	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

Interpretación:

El 60% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza tienen un estilo de vida deficiente, el 40% restante tiene un buen estilo de vida.

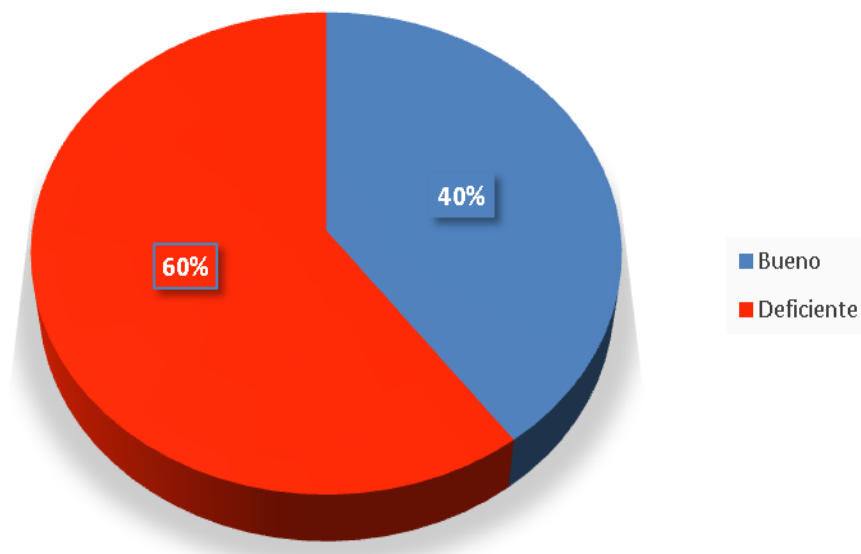


Figura 2.

Auto-observación del estilo de vida del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 3.

ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Actividades Físicas	n	%
Dependiente moderado	15	33.3%
Dependiente severo	1	2.2%
Independiente	29	64.4%
Total	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

Interpretación:

El 64.4% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza tienen actividades independientes de la vida diaria, el 33.3% es dependiente moderado y el 2.2% es dependiente severo.

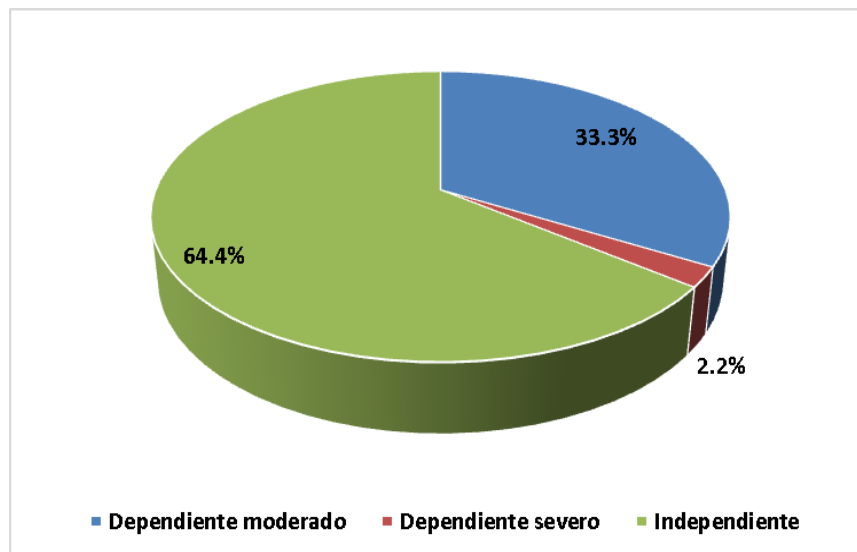


Figura 3.

Actividad básica de la vida diaria del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud "Cruz de la Esperanza" Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 4.

HABITOS ALIMENTICIOS DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Hábitos alimentarios	n	%
Adecuado	19	42.2%
Inadecuado	26	57.8%
Total	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

Interpretación:

El 57.8% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza tienen hábitos alimenticios inadecuados y el 42.2% es adecuado.

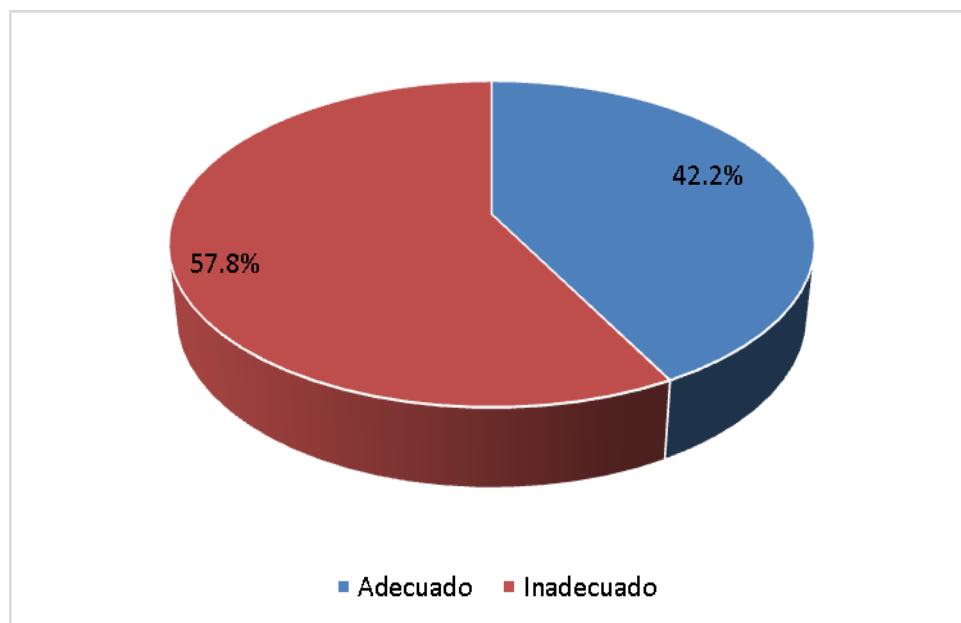


Figura 4.

Hábitos alimenticios del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 5.

HABITOS NOCIVOS DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Hábitos nocivos	n	%
Muchos	13	28.9%
Pocos	32	71.1%
Total	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

Interpretación:

El 71.1% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza tienen poca practica de hábitos nocivos y el 28.9% tienen mucha practica en hábitos nocivos.

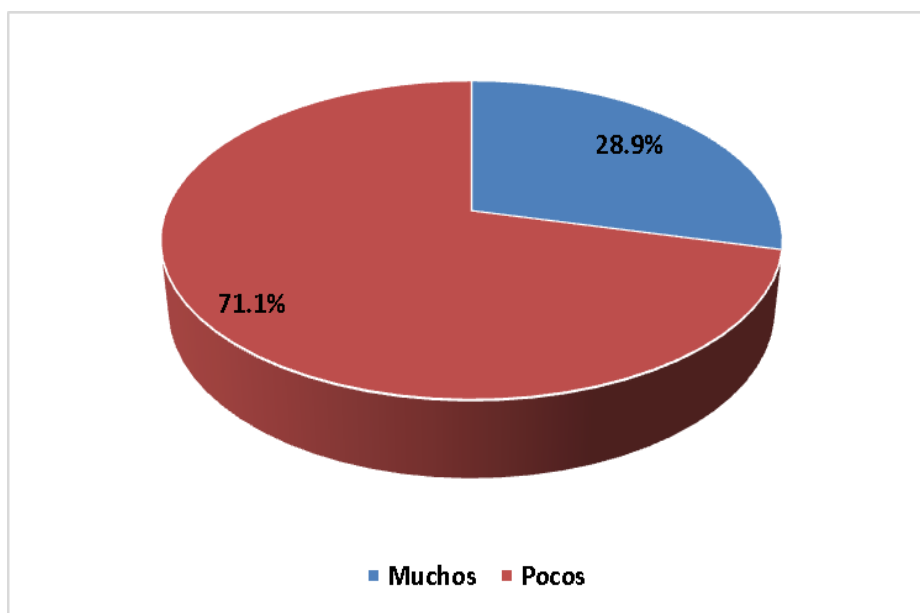


Figura 5.

Hábitos nocivos del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 6.

HABITOS DE HIGIENE DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Hábitos de higiene	n	%
Buenos	29	64.4%
Deficientes	16	35.6%
Total	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

Interpretación:

El 64.4% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza tienen buenos hábitos de higiene y el 35.6% restante tienen hábitos deficiente.

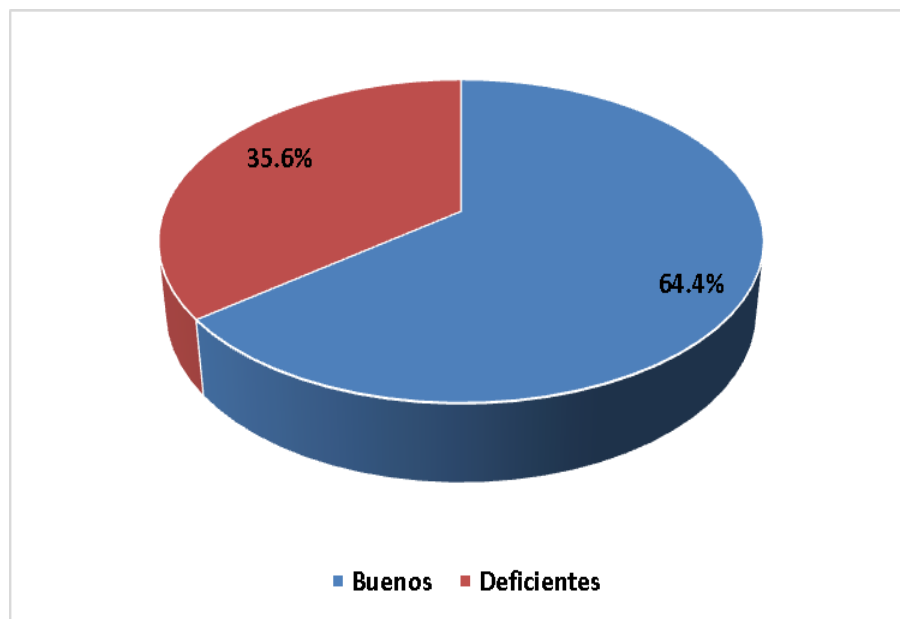


Figura 6.

Hábitos de higiene del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud "Cruz de la Esperanza" Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 7.

DESCANSO Y RECREACIÓN DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Descanso y recreación	n	%
Insatisfecho	2	4.4%
Satisfecho	43	95.6%
Total	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

Interpretación:

El 95.6% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza se sienten satisfechos con el tiempo libre que dispone para su recreación y el 4.4% restante se siente insatisfecho.

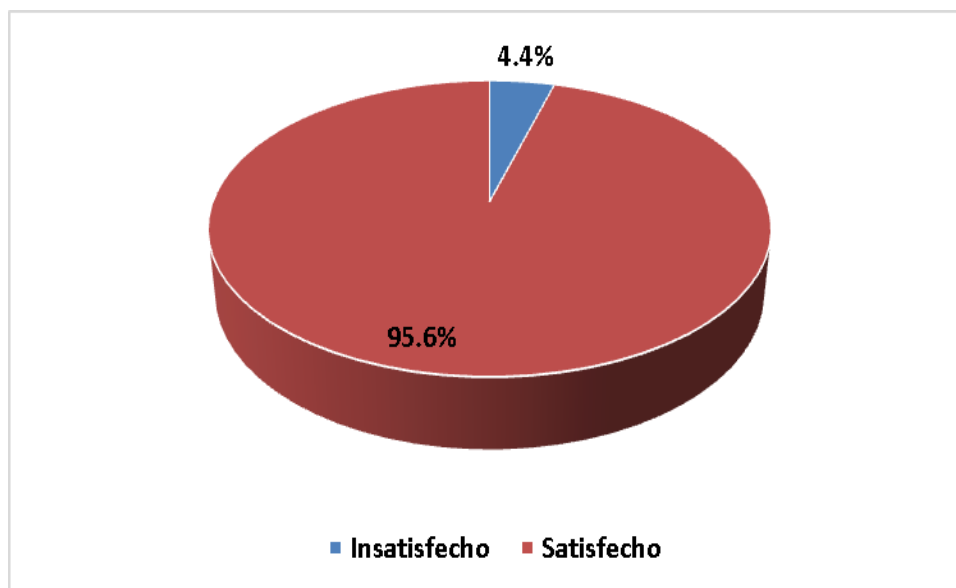


Figura 7.

Descanso y recreación del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 8.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Edad	Actividades básicas de la vida diaria						Total	
	Dependiente moderado		Dependiente severo		Independiente			
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 a 65	3	20.0%	0	0.0%	8	27.6%	11	24.4%
66 a 70	3	20.0%	0	0.0%	10	34.5%	13	28.9%
71 a 75	4	26.7%	0	0.0%	7	24.1%	11	24.4%
76 a 80	2	13.3%	0	0.0%	3	10.3%	5	11.1%
81 a más	3	20.0%	1	100.0%	1	3.4%	5	11.1%
Total	15	100.0%	1	100.0%	29	100.0%	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

$$\chi^2 = 11.675$$

$$gl = 8$$

$$p\text{-valor} > 0.05$$

No se encontró relación significativa entre la actividades básicas de su vida diaria y la longevidad ($p > 0.05$).

El 20% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con actividades básicas de la vida diaria con dependencia moderada tienen de 60 a 65 años de edad, otro 20% de pacientes con dependencia moderada tienen de 66 a 70 años de edad; el 100% de pacientes con dependencia severa tiene de 81 años a más; el 34.5% de pacientes con independencia en sus actividades básicas de su vida diaria tienen de 66 a 70 años de edad.

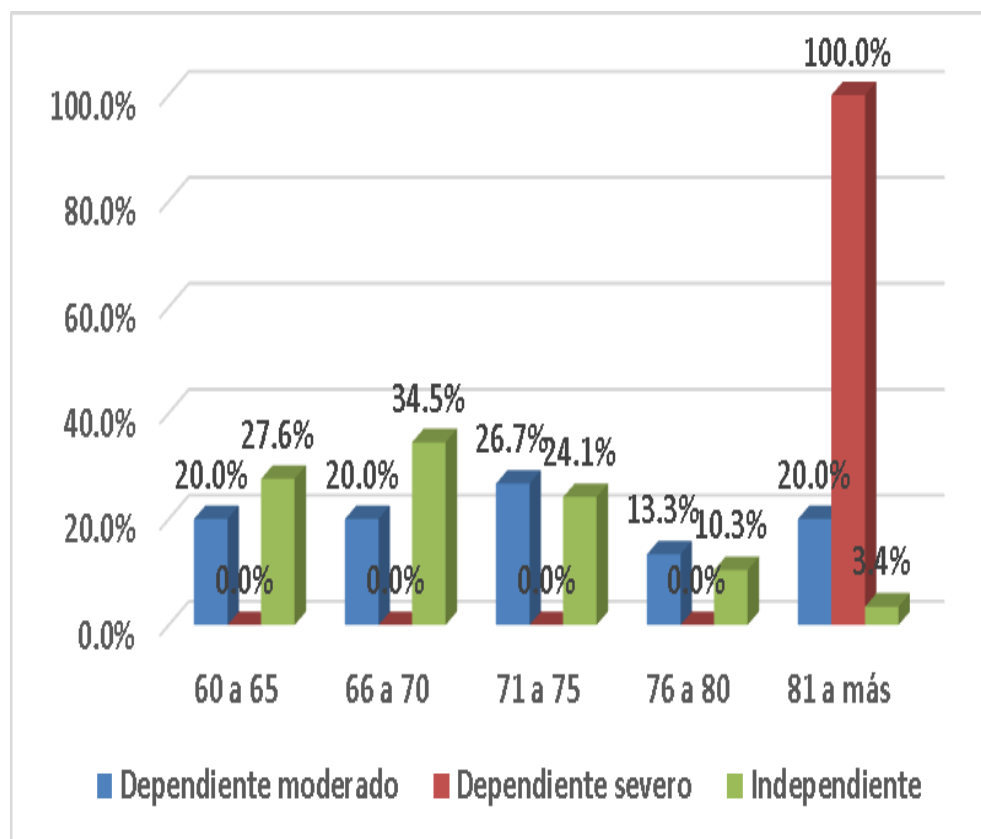


Figura 8.

Actividades básicas de la vida diaria según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 9.

HÁBITOS ALIMENTARIOS SEGÚN EDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Edad	Hábitos alimentarios					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 65	5	26.3%	6	23.1%	11	24.4%
66 a 70	9	47.4%	4	15.4%	13	28.9%
71 a 75	2	10.5%	9	34.6%	11	24.4%
76 a 80	1	5.3%	4	15.4%	5	11.1%
81 a más	2	10.5%	3	11.5%	5	11.1%
Total	19	100.0%	26	100.0%	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

$$\chi^2 = 7.563$$

$$gl = 4$$

$$p\text{-valor} > 0.05$$

No se encontró relación significativa entre los hábitos alimentarios y la longevidad ($p > 0.05$).

El 47.4% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con hábitos alimentarios adecuados tienen de 66 a 70 años de edad, y otro 34.6% tienen de 71 a 75 años de edad tienen hábitos alimentarios inadecuados.

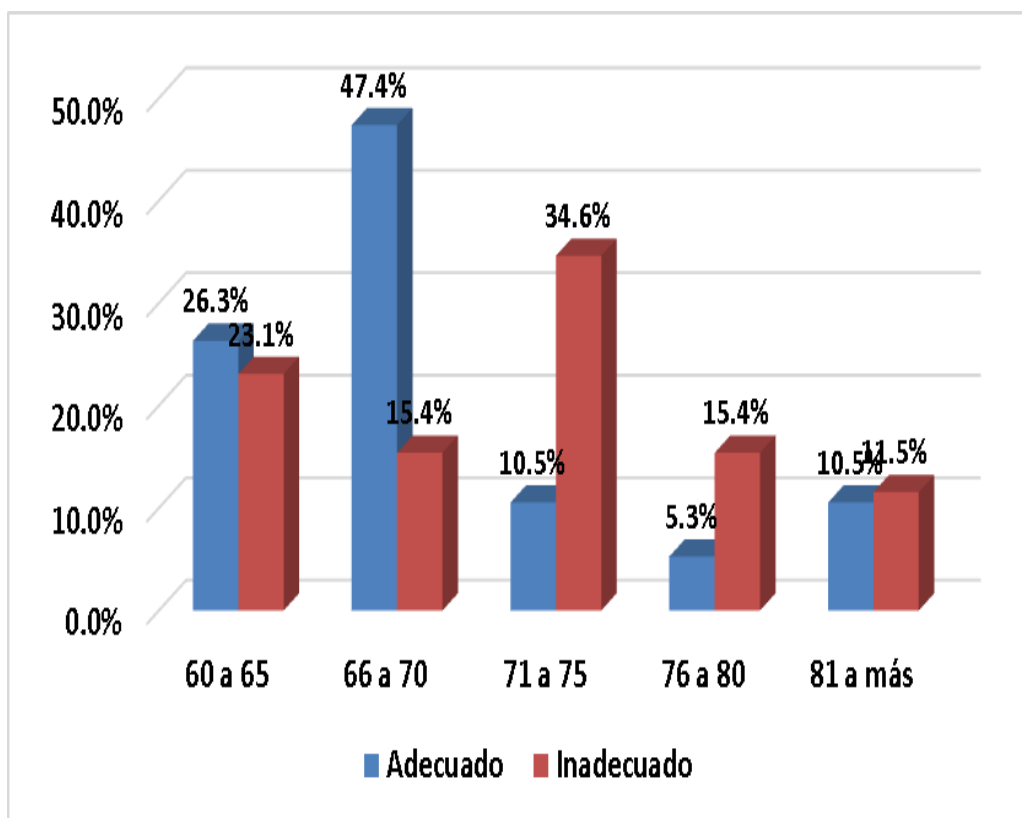


Figura 9.

Hábitos alimentarios según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 10

HÁBITOS NOCIVOS SEGÚN EDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Edad	Hábitos nocivos				Total	
	Muchos		pocos			
	n	%	n	%	n	%
60 a 65	3	23.1%	8	25.0%	11	24.4%
66 a 70	2	15.4%	11	34.4%	13	28.9%
71 a 75	2	15.4%	9	28.1%	11	24.4%
76 a 80	1	7.7%	4	12.5%	5	11.1%
81 a más	5	38.5%	0	0.0%	5	11.1%
Total	13	100.0%	32	100.0%	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

$$\chi^2 = 14.282$$

$$gl = 4$$

$$p\text{-valor} < 0.01$$

Se encontró relación altamente significativa entre los hábitos nocivos y la longevidad. ($p < 0.01$).

El 38.5% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con hábitos nocivos buenos tienen de 81 a más años de edad, otro 34.4% tienen poca práctica en hábitos nocivos de 66 a 70 años de edad.

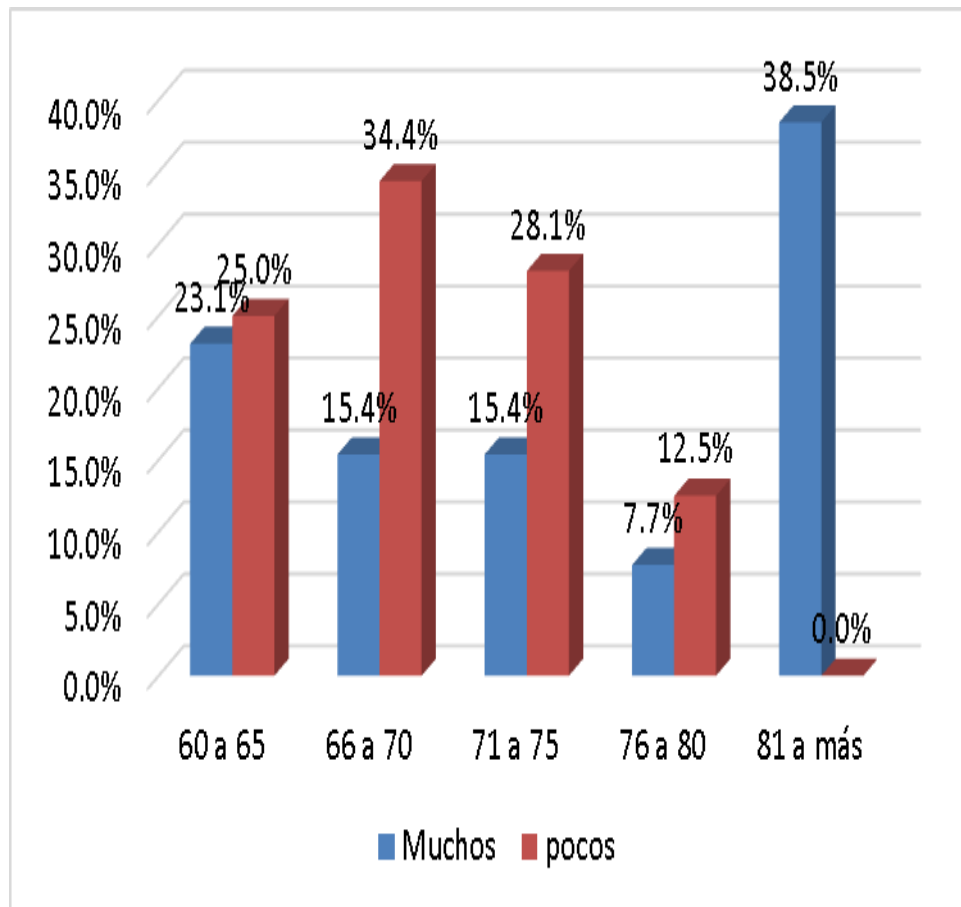


Figura 10.

Hábitos nocivos según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 11.

HÁBITOS DE HIGIENE SEGÚN EDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Edad	Hábitos de higiene				Total	
	Buenos		Deficientes			
	n	%	n	%	n	%
60 a 65	8	27.6%	3	18.8%	11	24.4%
66 a 70	11	37.9%	2	12.5%	13	28.9%
71 a 75	7	24.1%	4	25.0%	11	24.4%
76 a 80	2	6.9%	3	18.8%	5	11.1%
81 a más	1	3.4%	4	25.0%	5	11.1%
Total	29	100.0%	16	100.0%	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

$$\chi^2 = 8.255$$

$$gl = 4$$

$$p\text{-valor} > 0.05$$

No se encontró relación entre los hábitos de higiene y la longevidad. ($p > 0.05$).

El 37.9% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con hábitos de higiene buenos tienen de 66 a 70 años de edad, otro 25.0% tienen de 81 a más años de edad tienen deficiente hábitos de higiene.

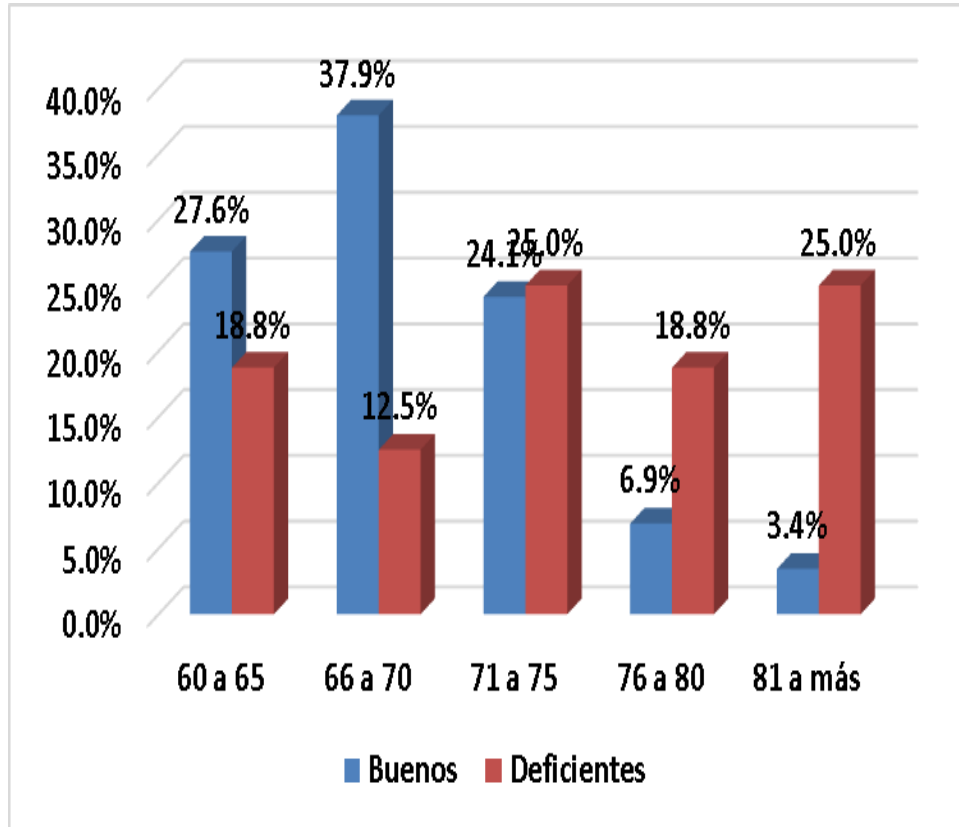


Figura 11.

Hábitos de higiene según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

Tabla 12.

DESCANSO Y RECREACIÓN SEGÚN EDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO MAYO - AGOSTO 2015.

Edad	Descanso y recreación				Total	
	Satisfecho		Insatisfecho			
	N	%	n	%	n	%
60 a 65	0	0.0%	11	25.6%	11	24.4%
66 a 70	0	0.0%	13	30.2%	13	28.9%
71 a 75	1	50.0%	10	23.3%	11	24.4%
76 a 80	1	50.0%	4	9.3%	5	11.1%
81 a más	0	0.0%	5	11.6%	5	11.1%
Total	2	100.0%	43	100.0%	45	100.0%

Fuente: CS Cruz de la Esperanza.

$$\chi^2 = 4.757$$

$$gl = 4$$

$$p\text{-valor} > 0.05$$

No se encontró relación entre descanso y recreación y la longevidad. ($p > 0.05$).

El 50% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con descanso y recreación se sienten satisfechos tienen de 71 a 75, otro de 50% tienen de 76 a 80 años de edad; y otro 30.2% tienen de 66 a 70 años de edad se sienten insatisfechos.

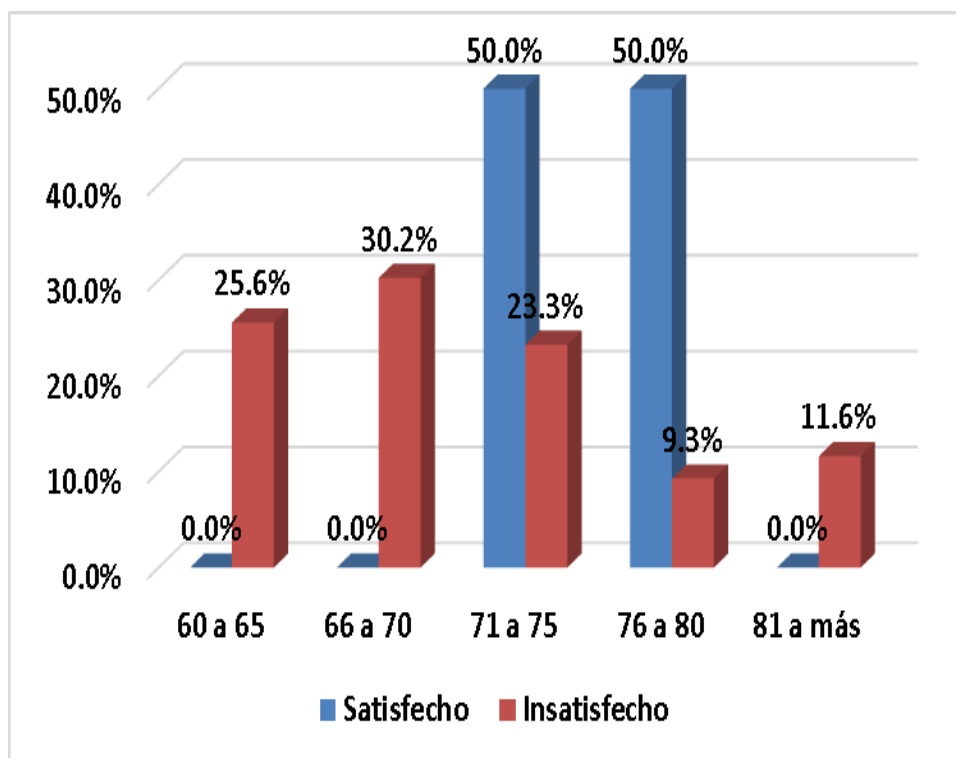


Figura 12.

Descanso y recreación según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el Centro de Salud “Cruz de la Esperanza” Chiclayo Mayo - Agosto 2015.

V. DISCUSIÓN:

Para generar una discusión en torno al tema de investigación que nos atañe, seguimos dos abordajes, un exógeno y un endógeno. En el abordaje exógeno, la discusión se orienta cuando se habla de envejecimiento hay que diferenciar los conceptos de longevidad y expectativa de vida. El primero, se relaciona con el lapso máximo que puede vivir una especie, y suele ser constante; el segundo, hace referencia a un cálculo estadístico del tiempo que puede vivir una persona en un entorno social dado. El análisis del concepto de estilo de vida y de los factores que influyen en él, ha llevado a la coexistencia de por lo menos dos enfoques que implican maneras diferentes de actuar. Por un lado, se refiere a la libre elección de conductas. Según este enfoque, las acciones deben ir encaminadas a evitar hábitos no saludables, recayendo así la total responsabilidad sobre el individuo. De otro lado, el enfoque sostiene que la salud depende de una forma general de vida, determinada por la interrelación entre unas condiciones de vida y unos patrones de conducta que, a su vez, dependen de características socioeducativas y personales. Así, pues, según este último enfoque, las acciones deberían dirigirse tanto hacia las personas como hacia el medio. La responsabilidad, por tanto, queda compartida (Perea, 2004)

En el abordaje endógeno, según los resultados de nuestra investigación basados en los diferentes cuadros estadísticos, aperturamos la discusión en el siguiente sentido: En el primer cuadro se analiza el planteamiento: auto-observación del estilo de vida según edad del paciente que asiste al programa del adulto mayor en el centro de salud cruz de la esperanza. No se encontró relación entre el estilo de vida del paciente y su longevidad; en consecuencia, el estilo de vida no afecta directa ni indirectamente el grado de longevidad.

Contrariamente, en el mismo cuadro, el 27.8% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con un estilo de vida bueno tienen de 60 a 65 años de edad, otro 27.8% tienen de 66 a 70

años de edad; el 29.6% de pacientes que asisten al mencionado programa tienen de 66 a 70 años y otro 29.6% tienen de 71 a 75 años de edad. Se observa de manera contundente que no existe relación alguna entre los estilos de vida y la longevidad.

De acuerdo a la tabla N° 8, el 20% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza, con actividades básicas de la vida diaria con dependencia moderada, tienen de 60 a 65 años de edad, otro 20% de pacientes con dependencia moderada, tienen de 66 a 70 años de edad; el 100% de pacientes con dependencia severa tiene de 81 años a más; el 34.5% de pacientes con independencia en sus actividades básicas de su vida diaria tienen de 66 a 70 años de edad. Si nos centramos en el resultado singular que el 100% de pacientes con independencia severa tiene 81 años a más, entonces, descartamos que exista relación alguna entre las actividades básicas de la vida diaria o estilos de vida y la longevidad.

Si nos fijamos en la tabla N° 9, nos damos cuenta que el 47.4% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con hábitos alimentarios adecuados tienen de 66 a 70 años de edad, y otro 34.6% tienen de 71 a 75 años de edad tienen hábitos alimentarios inadecuados. La relación lógica es inversa e increíble; las personas con mayor grado de longevidad tienen hábitos alimentarios inadecuados en comparación de quienes tienen hábitos alimentarios adecuados, pues ellos, tienen menos años de vida.

En la tabla N° 11, la discusión se presenta en la misma lógica de la tabla N° 9, es decir, el 37.9% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con hábitos de higiene buenos, tienen de 66 a 70 años de edad, otro 25.0% tienen de 81 años a más, tienen deficientes

hábitos de higiene. Paradójicamente, vemos que lo hábitos de higiene buenos, no influyen ni tienen relación con la edad cronológica.

Finalmente, en la tabla N° 12, se advierte que, el 50% de los pacientes que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza, con descanso y recreación, se sienten satisfechos, tienen de 71 a 75 años, otro de 50% tienen de 76 a 80 años de edad; y otro 30.2% tienen de 66 a 70 años de edad se sienten insatisfechos. Aquí, encontramos que los estilos de vida sí tienen relación directa e influyen en la longevidad del paciente.

VI.- CONCLUSIONES:

- En el comportamiento de auto-observación del estilo de vida se encontró que la gran mayoría de los adultos mayores tienen deficiente estilos de vida; no existe relación entre el estilo de vida del paciente y su longevidad.
- En la Actividad Física se encontró mayor porcentaje de independencia en los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria; no existe relación significativa entre las actividades básicas de su vida diaria y la longevidad.
- En los hábitos alimenticios que influyen en la longevidad del paciente se encontró que la mayoría de los adultos mayores tienen hábitos alimenticios inadecuados; no existe necesariamente, relación directa entre los hábitos de alimentación buenos o eficientes con el grado o nivel de longevidad.
- En los hábitos nocivos se encontró que los adultos mayores tienen poca práctica de hábitos nocivos; se encontró relación altamente significativa entre los hábitos nocivos y la longevidad.
- En los hábitos de higiene se encontró que la mayor parte de los adultos mayores realiza una buena higiene; no se encontró relación entre los hábitos de higiene y la longevidad.
- En Descanso y Recreación se encontró que la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con su tiempo libre que dispone para su recreación; no se encontró relación entre descanso y recreación y la longevidad.

VII.- RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a la Universidad Particular de Chiclayo por medio de los docentes aplicar el diseño de programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables originados especialmente en la población joven, continuados y fortalecidos en la población del adulto mayor.
- A las instituciones prestadoras de salud crear centros recreación física para adultos mayores con el fin de evitar enfermedades como cardiorrespiratorias, musculares, del sistema óseo y funcional, y de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo.
- A Los enfermeros educar sobre el consumo dieta adecuada y equilibrada que permita al adulto mayor desarrollar sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio; y que abarque también a todos los grupos etarios, iniciándose desde la infancia.
- A los estudiantes de Ciencias de la Salud realizar campañas de no uso de hábitos nocivos como el consumo del cigarrillo y el alcohol, responsables de buena parte de las enfermedades cardiorrespiratorias y cerebrovasculares, e incluso de los distintos tipos de cáncer. El consumo de tabaco también aumenta el riesgo de diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Evitar los malos hábitos no garantiza la buena salud, pero disminuye en buena medida los riesgos y las posibilidades de morir en forma prematura.
- Recomendar a los trabajadores de salud que promocionen talleres de recreación para los adultos mayores como: la lectura, el deporte, la pintura el baile, etc; para evitar el sedentarismo y muchas enfermedades. Lograr que cada día en la vejez asumamos nuestra propia recreación, la organización de tiempo libre de redescubrir, crear y contruir actividades creativas para valorar la individualidad respetarla y motivarla para que participe de nuevas relaciones.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Regalado P. J. "Salud y envejecimiento". 2° ed. Madrid, España Revista Especial Geriatrica Gerontologica 2002.
- 2.- Dugas, B. W. "Tratado de enfermería práctica". Ed 4ta México Nueva Editorial Interamericana 2010
- 3.- Feldberg D. S. "Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez". 1° Ed. España 2006.
- 4.- Culcay C. E. y Herrera L. J., "Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores hipertensos, 1° Ed. Ecuador "Centro de atención Ambulatorio 2012.
- 5.- Leitón Z. y Ordóñez R. Y. "Auto cuidado de la salud para el adulto mayor - Manual de información para profesionales" 2° Ed. Perú; 2003.
- 6.- Giraldo A., Toro M., Macias A., Valancia C., Palacios S. "La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Edición revista en internet. Colombia 2008.
- 7.- Aparicio L. P. y Delgado Z. R. "Relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas. 2° Ed. Nuevo Chimbote. 2011.
- 8.- Silva L. A. "Estilo de vida y los factores socioculturales de la mujer adulta mayor en la urbanización Bellamar" 1° Ed. Nuevo Chimbote Editorial: registros-de-proyectos 2011.
- 9.- Castillo V. W. "Estilos de vida y factores socio culturales del adulto mayor del AA. HH. Ramiro Prialé-Chimbote" 1° Ed. Chimbote 2011.
- 10.- Velásquez H. L. "Estilos de vida y estado nutricional del adulto Mayor. P.J. 2 de mayo, 1° Ed. - Chimbote, 2011.

- 11.- Boggio, M., Gainza, C. "Envejecimiento, promoción de la salud y Enfermería gerontológica" 1° Ed. Chile, Revista electrónica Portales Médicos 2011.
- 12.- Bustos, C. "Introducción a la Gerontología Social" 1° Ed., Santiago de Chile, PINTA y Universidad de Chile 2011.
- 13.- Mendez, S. M, "Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor del asentamiento humano Esperanza Alta" 1° Ed. -Chimbote, 2011
- 14.- Delgado, Z. R. "Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta". 1° Ed. Ayacucho, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2009
- 15.- Leiton, E.Z & Ordoñez, R. Y, "Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor". (1°ed). Perú: Mindes.2008.
- 16.- Leiton, E. Z. "Perfil del Adulto Mayor" 1°Ed. - Trujillo-Perú. Facultad de Enfermería 2008.
- 17.- Elizondo. M. L, & García, C.A "Principio Básicos de Salud". (1era ed.). Colombia 2010
- .
- 18.- Riopelle, L. M. "Cuidados de Enfermería. Un proceso Centrado en las Necesidades de la persona". (2da ed.) Madrid, España 2009.
- 19.- García, G.T, "Actividad Física del Adulto Mayor" 1ra. Ed. Madrid, España 2009
- 20.- Organización Mundial de la Salud "Programa de Envejecimiento y Salud" 1° Ed. Suecia-Ginebra 2010.
- 21.- Leighton F., Urquiaga I. "Alimentación, antioxidantes y envejecimiento. OPS/OMS" 1° Ed. Santiago de Chile 2009.
- 22.- Soto L. "Estilos de vida y calidad de vida" 1° Ed. México 2010

- 23.- Bermejo, L. "Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores" ed. Única, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2010.
- 24.- Corominas, Cl. C, "Sexualidad en Adulto Mayor" (2da ed.). España: Madrid. 2008.
- 25.- Velásquez, R.M., & Echeverri, P.A & Olaya, O.J., "Un mejor estilo de vida para el adulto mayor". 1° Ed. Colombia. Corporación de Instituto de Administración y Finanzas 2010.
- 26.- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud "Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores". 1° Ed. EE.UU-Washington 2011.
- 27.- Fulgencia, M y Velásquez M. "Estilo de vida y el estado nutricional en el adulto mayor" 1° Ed. Chimbote - Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2010.
- 28.- Fernández B. R. "El ejercicio físico el mejor remedio. En Vivir con vitalidad: Cuide su cuerpo". 1° Ed. – Madrid 2010.
- 29.- Castillo V. W. "Estilos de vida y factores socio culturales del adulto mayor del AA. HH" 1° Ed. Chimbote, 2011.
- 30.- Cid, P y Merino, J. "Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud" 1° Ed. Chile; 2008.
- 31.- Bilbao, M.A. "Creencias sociales y Bienestar. Valores, creencias, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico" 1° Ed. País Vasco 2009.
- 32.- Rodríguez, J. "Actividad Recreativas y envejecimiento. 1° Ed. Buenos Aires – argentina, editorial Revista digital 2009.

IX. ANEXOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTILOS DE VIDA QUE INFLUYEN EN LA LONGEVIDAD DEL PACIENTE QUE ASISTE AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR- CENTRO DE SALUD CRUZ DE LA ESPERANZA 2015

Propósito:

Determinar los estilos de vida que influyen en la longevidad del paciente que asiste al Programa del adulto mayor del Centro de Salud Cruz de la Esperanza Chiclayo-2015.

Yo.....acepto participar voluntaria en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

La investigación se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA



UNIVERSIDAD PARTICULAR

DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



N°.....

Hora de Inicio.....

Fecha.....

Hora de termino.....

CUESTIONARIO: ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Instrucciones: Este cuestionario es personal y anónimo, tiene el propósito de obtener información acerca de su estilo de vida en general, en su área física, psicosocial, y espiritual en esta etapa de su vida.

A. DATOS GENERALES:

1. Sexo: a) M () b) F ()
2. ¿Cuántos años tiene?
a) 60 a 65 b) 66 a 70 c) 71 a 75 d) 76 a 80 e) 81 a mas
3. ¿Hasta qué año estudió?
a) Analfabeto b) Primaria Incompleta c) Primaria Completa d) Secundaria Incompleta e) Secundaria Completa f) Superior
- 4.- ¿Cuál es su estado civil actual?
a) Soltera /o b) Casada/o c) Viuda/o d) Divorciada/o
e) Conviviente f) Separado
- 5.- ¿Cuál es su ocupación laboral?
a) No trabaja b) Trabajo Independiente
c) Jubilado/a d) Trabajo dependiente
- 6.- ¿Con quién vive Ud.?
a) Solo b) Con su Esposo/a c) Hijos d) Hermanos /as
e) Nietos/as f) Otra persona

B. VALORACION DEL ESTILO DE VIDA:**I. COMPORTAMIENTO DE AUTOOBSERVACION**

7.- Test de Auto-observación:

(Marca con un aspa (X) según su respuesta del entrevistado)

AFIRMACIONES	SI	NO
a) Cuenta con un seguro de salud.		
b) Acude a algún centro de salud u hospital para su atención.		
c) Se Realiza Ud. Algún control médico y/o especialista.		
d) Se ha medido su presión sanguínea en el último año.		
e) Para las Mujeres: Se examina Ud. Los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?/ Para los Hombres: Se examina Ud. Los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes.		
f) Ud. Evita las exposiciones prolongadas al sol.		
g) Ante una enfermedad Ud. Acude a un profesional de salud.		
INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA		

II. ACTIVIDAD FISICA:**A. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:**

8.- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

¿Puede Ud.? (Marcar con una (X) según respuesta)

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	S.A	A.A	T.A
a) ¿Lavarse y Bañarse?			
b) ¿Vestirse y Desvestirse?			
c) ¿Ir al baño? Llega a tiempo y coloca la ropa			
d) ¿Levantarse y Acostarse de la cama?			
e) ¿Comer las comida?			
f) Subir, Bajar gradas, Caminar dentro de la casa			
PUNTAJE TOTAL:			
1. Independiente =14 () 2. Dependiente Moderado= 3 - 13() 3. Dependiente Severo = 0-2 ()			

Sin Ayuda (S.A.)

Alguna Ayuda: (A.A)

Con Total Ayuda:(T.A)

9.- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

¿Puede ser? (Marcar con una (X) según respuesta)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	S.A	A.A	T.A
a) Realizar tareas domésticas: limpiar, ordenar, barrer, hacer la cama, arreglar, lavar o cocinar			
b) Realizar las compras			
c) Usar la movilidad (viajar en micro, taxi a lugares cercano)			
d) Usar la movilidad (Viajar en ómnibus, taxi a lugares distantes)			
e) Controlar su dinero (cambiar dinero, ahorra y paga cuentas)			
f) Tomar sus medicamentos (nombre, hora, cantidad)			
PUNTAJE TOTAL:			
1. Independiente =12 () 2.Dependiente Moderado= 3 - 11() 3.Dependiente Severo= 0-2()			

B. EJERCICIO FISICO:

10.- ¿Realiza Ud. ejercicio físico?: a) Si b) No

11.- ¿Qué tipo de ejercicio físico realiza?

a) Caminata b) Bicicleta c) Baile d) Gimnasia e) Otros:

12.- ¿Con que frecuencia realiza ejercicios?

a) aveces b) semanal

III. HABITOS ALIMENTARIOS:

13.- Tipos de Alimentos:

ALIMENTOS	Mucho	Regular	Poco	Nada
a) Verduras				
b) Frutas				
c) Legumbres				
d) Carnes (Pollo, Res, Cerdo)				
e) Pescados				
f) Pastas				
g) Tubérculos (papas, camote, yucas)				
h) Lácteos (derivados de la leche)				
Nº DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA				

14.- Prácticas Nutricionales (marcar con una (x) si la respuesta es afirmativa)

AFIRMACION	SI	NO
a) Come menos de dos comidas al día		
b) Consume alimentos muy dulces o golosinas como: caramelos y bebidas gaseosas.		
c) Consume comidas saladas		
d) Su dieta incluye algunos de los siguientes alimentos: mantequilla ,frituras, carne de cerdo, salchicha, etc.		
e) Los líquidos que bebe son menos de 1 litro.		
f) Consume sus comidas fuera de sus horarios.		
INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA		

VI. HABITOS NOCIVOS.

15.- Test de Hábitos Nocivos:(marcar con una (X) según respuesta afirmativa y colocar la frecuencia de consumo: por día o semana).

HABITOS NOCIVOS	SI	NO	Frecuencia
a) Fuma Ud. cigarrillos?			
b) Consume Ud. Bebidas alcohólicas?			
c) Ha oído Ud. Críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de consumo de alguna otra droga?			
d) Le ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el efecto del alcohol o de otra droga?			
e) Consume Ud. Alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?			
f) ¿Usted toma medicamentos sin indicación médica?			
g) ¿Consume Ud. Café?			
INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNAS			

V. HABITOS DE HIGIENE.

16.- Test de Hábitos de Higiene (Marcar con una (x)).

AFIRMACIONES	SI	NO
a) Se lava Ud. Los dientes al menos 2-3 veces/día.		
b) Realiza el baño corporal diariamente		
c) Lava Ud. Las frutas y verduras antes de consumirlas.		
d) Lava y protege los depósitos donde almacena el agua.		
e) Consume Ud. Agua Hervida?		
f) Limpia su vivienda por lo menos una vez al día		
g) Elimina su basura en el carro recolector.		
h) Se abastece de agua potable		
INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA		

VI. COMPORTAMIENTO DE SEGURIDAD:

17.- ¿Tiene Ud. medidas de seguridad en su casa (al manipular agua caliente, combustible, pisos resbaladizos.)?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

18.- ¿Tiene Ud. medidas de seguridad en su centro de trabajo (al manipular maquinarias peligrosas y sustancias toxicas.)?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

19.- ¿Tiene Ud. medidas de seguridad en las calles y pistas (observa reglas de tránsito, conduce bajo efectos del alcohol u otras drogas?)

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

VII. ACTIVIDAD SEXUAL:

20.- ¿Mantiene relaciones sexuales en la actualidad? a) SI b) NO

VIII. COMPORTAMIENTO ANTE UNA SITUACION ESTRESANTE.

21.- Test de Comportamiento ante una situación estresante: (marcar con una (X) según respuestas del entrevistado)

AFIRMACIONES	SI	NO
a) Incluye Ud. En su rutina diaria un tiempo para relajarse?		
b) Se prepara Ud. Para enfrentar situaciones estresantes?		
c) La tristeza que le produce la muerte o enfermedad de algún familiar o amigo, puede Ud. Controlarla con facilidad?		
c) Mantiene y continua con sus mismos hábitos de comer y dormir a pesar de alguna situación estresante?		
d) Frecuentemente puede dormir sin despertarse en toda la noche?		
e) Se despierta Ud. Cansado?		
f) Expresa sus sentimientos de disgusto		
g) Se siente Ud. Satisfecho con su ritmo de vida.		
INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA		

IX. DESCANSO Y RECREACION

22.- Test de Descanso y Recreación: (marcar con una (X)

AFIRMACIONES	SI	NO
a) Se siente UD. Satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y entretenimientos?		
b) Disfruta con las actividades que realiza y descansa lo suficiente?		
INDIQUE EL NUMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA		

VALORACIÓN DEL NIVEL INTELECTUAL: Test de PFEIFFER

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? *(1):
2. ¿Qué día de la semana?:
3. ¿En qué lugar estamos? * (2):
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?):.....
5. ¿Cuántos años tiene?:.....
6. ¿Dónde nació?:.....
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?:
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?:.....
9. Dígame el primer apellido de su madre:.....
10. Reste de 3 en 3 desde 29* (3):.....

PUNTAJE TOTAL:.....

*(1): Día, mes y año.

*(2): Vale cualquier descripción correcta del lugar.

*(3): Cualquier error hace errónea la respuesta.

**CALIFICACION	1.- Normal= 0-2 errores ()	2.Deterioro intelectual leve= 3-4 errores ()
	3. Deterioro intelectual moderado= 5-7 errores ()	
	4. Deterioro intelectual severo= 8-10 errores ()	

**Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Fuente: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores- MINSA (2006)- Perú.