



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“ESTILOS DE VIDA Y GRADO DE DEPENDENCIA EN EL
ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
RESIDENCIAL GERONTO GERIÁTRICO IGNACIA
RODULFO VIUDA DE CANEVARO, RÍMAC - 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**JIRÓN CARMEN, JACKELINE BRIGITTE
PALOMARES SAVA, GISELA ANDREA**

Lima – Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios por guiarme día a día en cada paso que doy y porque siempre está a mi lado protegiéndome de todo mal.

A mis padres por brindarme su amor y apoyo incondicional en el desarrollo de nuestra formación profesional, por sus consejos y enseñanzas.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios quien nos guió y dio la fortaleza para seguir adelante y nos permitió llegar a este momento tan importante en nuestras vidas.

A los adultos mayores por su participación en el estudio y al Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro por autorizar el ingreso a sus instalaciones.

ASESOR DE TESIS
Mg. Millones Gómez, Segundo Germán

JURADOS

Presidente: Dr. Patrick Albert Palmieri

Secretario: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas

Vocal: Dra. María Hilda Cardenas Cardenas

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR DE TESIS	iv
JURADOS	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema	21
1.3 Justificación del problema	21
1.4 Objetivos	23
1.4.1. Objetivo General.....	23
1.4.2. Objetivos Específicos.....	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes	24
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	24
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	27
2.2. Base teórica	31
2.2.1. Adulto mayor.....	31
B. Proceso de envejecimiento.....	31
2.2.2. Teoría de enfermería.....	31
2.2.3. Estilo de vida.....	34
2.2.4. Grado de dependencia.....	46
2.3. Terminología básica.....	51
2.4 Hipótesis	51
2.5 Variables	51
2.5.1 Operacionalización de variables.....	51
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	56
3.1 Tipo de investigación.....	56

3.2 Población y muestra.....	56
3.2.1 Criterios de inclusión.....	58
3.2.2. Criterios de exclusión.....	58
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	58
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	59
3.5. Aspectos éticos	60
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION.....	62
4.1. Resultados	62
4.2. Discusión	68
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
5.1. Conclusiones.....	74
5.2. Recomendaciones.....	74
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	76

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1. Relación de los estilos de vida y el grado de dependencia en adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac – 2018	65
Tabla N°2. Dimensiones del estilo de vida en adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac - 2018	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1. Estilos de vida en los adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac – 2018	66
Gráfico N°2. Grado de dependencia funcional de los adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac - 2018	68

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de datos	87
Anexo B. Consentimiento informado	92
Anexo C. Tablas complementarias	93

RESUMEN

El estudio de investigación tuvo como **objetivo** determinar la relación entre el estilo de vida y el grado de dependencia del adulto mayor del Centro Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018. En cuanto al **Material y métodos** se trató de un estudio de tipo cuantitativo, correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 73 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron el índice de Barthel que presenta una confiabilidad de Crombach de 0.862, donde evalúa el grado de dependencia y la Escala de Estilo de Vida en adultos mayores con una confiabilidad de Alfa de Crombach de 0.774. Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS Versión 22. **Los resultados** indicaron que el 43.8% (32) de adultos mayores son del sexo masculino y el 56.2% (41) son del sexo femenino. En relación con la variable estilo de vida de adultos mayores, el 67.1 % presenta un estilo de vida no saludable y el 32.9 % tiene estilo de vida saludable. Con respecto al grado de dependencia, los adultos mayores dependientes son el 50.7% (37) representados en las siguientes categorías: dependiente moderado en un 41.1% (30), seguido de dependiente leve en 5.5% (4) y dependiente grave en 4.1% (3). Por otro lado, los independientes son el 49.3% (36) con un valor de 0.007 y un valor de $p= 0.935$. Las **conclusiones** fueron que no existe correlación entre el estilo de vida y el grado de dependencia en los adultos mayores, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.

Palabras Claves: “Adultos mayores”, “Estilo de vida”, “Grado de dependencia”.

ABSTRACT

The **objective** of the research study was to determine the relationship between lifestyle and the degree of dependence of the elderly Gercian Gerontology Center Rodolfo Widow of Canevaro, Rímac - 2018. Regarding the **Material and methods**, it was a study of quantitative, correlational, transversal type. The sample consisted of 73 older adults. The instruments used were the Barthel Index, which has a Crombach reliability of 0.862, which evaluates the degree of dependence and the Lifestyle Scale in older adults with a reliability of Crombach's Alpha of 0.774. The data were processed through the statistical program SPSS Version 22. The **results** were, 43.8% (32) of older adults are male and 56.2% (41) are female. In relation to the lifestyle variable of older adults, 67.1% have an unhealthy lifestyle and 32.9% have a healthy lifestyle. With regard to the degree of dependence, the elderly dependent are 50.7% (37) represented in the following categories: moderate dependent in 41.1% (30), followed by mild dependent in 5.5% (4) and seriously dependent in 4.1% (3); and the Independents are 49.3% (36). With a value of 0.007 and a value of $p = 0.935$. The **conclusions** were that there is no correlation between the lifestyle and the degree of dependency in older adults, therefore, the alternative hypothesis is rejected and the null is accepted. Key Words: "Older Adults", "Lifestyle", "Degree of dependency".

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen procesos inherentes al ser humano, como es el envejecimiento, donde se establece una participación única, mixta y su significación varía de acuerdo a la implicación que cada civilización haga de este. Al entenderse como un fenómeno de múltiples dimensiones que incluye todas las áreas del hombre, el envejecer es un proceso complicado y duradero que experimenta distintas modificaciones de orden biológico, ligado con el almacenamiento de daños moleculares y celulares que con el paso del tiempo disminuyen las reservas fisiológicas, incrementan el riesgo de distintos padecimientos y merman la autonomía y capacidad funcional y psicológico en respuesta a los cambios en las capacidades intelectuales (memoria, creatividad, motivación) y sociocultural como la disminución o ausencia de actividades sociorecreativas y la reducción en la relación con los demás, entre otros. Por lo cual, se erige en una extensión propicia para proporcionar mecanismos operativos que permitan fortalecer el concepto de envejecimiento y dar opciones que fomenten la calidad y estilos de vida de las personas de la tercera edad, con lo cual se puede instaurar taxonomías de cuidado que faciliten un mejor conocimiento y, por consiguiente, una asistencia de calidad. Se infiere que es una problemática de salud pública que aflige a la población mundial, lo que simboliza un desafío para los profesionales de enfermería, quienes realizan una tarea excepcional en el cuidado de la salud en dicha edad (1,2).

Las distintas etapas de vida del ser humano están caracterizadas por un proceso propio, el envejecimiento. Este es un proceso universal, continuo, irreversible y mixto que, dicho sea de paso, es inevitable. Implica cambios desde los biológicos, psicológicos y sociales y denotan las modificaciones a nivel celular, tisular, orgánico y funcional. Además, se entiende como una codificación por genes influenciada por componentes del ambiente y por la capacidad adaptativa del ser humano. Ante estos eventos internos y externos progresivos, más evidenciados en la etapa adulta mayor, se hace necesario crear instrumentos para intervenir y que impulsen una calidad y estilo de vida de acuerdo a los términos de la cultura, estableciendo estrategias de salud donde la enfermería es partícipe de su atención.

Según Almeida, el envejecimiento es inherente al ciclo de la vida, las consecuencias varían extensamente de un ser humano a otro, las modificaciones son de naturaleza retrógrada y degenerativa, su ritmo de progresión son factores propios, difieren sus necesidades, las formas en que se expresan y satisfacen sus respuestas a las enfermedades son distintas (3).

La autora refiere que el proceso de envejecimiento es una secuencia de eventos progresivos que suscitan de manera natural, que abarcan desde el plano biológico hasta sociocultural y que serán distintos en cada grupo social.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), establece que el adulto mayor tiene una edad mayor o igual a 60 años en países con nivel de desarrollo en ascenso y de 65 años en países desarrollados. Se observa una rápida aceleración demográfica en el mundo y existe un aproximado de 600 millones de personas de 60 años y más. Se pronostica que esta cifra se incrementará el doble para el año 2025 y bordeará cerca de 2000 millones hacia el año 2050, las cuales se encontrarán en los países del tercer mundo (4).

Ante este contexto en el mundo, las personas envejecen a un ritmo descontrolado, el cual se evidenciará en las cifras en los años posteriores, con

la complicidad de aquellos países con un desarrollo en proceso o estancado, que sin las estrategias y/o programas esenciales para consolidar una adultez mayor saludable se tendrá una población en situaciones denigrantes.

En Latinoamérica y el Caribe, los habitantes de 60 años y en adelante contemplan un crecimiento continuo. Se aproxima un proceso habitual de ancianidad poblacional en las personas seniles en grandes proporciones. Se estima que en los años comprendidos entre 2000 y 2025, 57 millones de personas adultas mayores se añadirán a los 41 millones existentes. Además, a partir del año 2025 hasta 2050 este aumento será de 86 millones aproximadamente. Los países con demanda poblacional en la zona (Brasil y México, Colombia, Argentina, Venezuela y Perú) obtendrán un considerable aumento a diferencia de los otros países más pequeños que tendrán un importante crecimiento, en especial a partir del año 2025, donde las permutas futuras estarán vinculadas con el contexto coetáneo y a la vanguardia de los indicadores demográficos. Hoy en día, en países como Uruguay, Argentina, Cuba, Chile y del Caribe (Trinidad y Tobago y Barbados), el envejecimiento se encuentra en una curva ascendente. En estas civilizaciones, más del 10 % de los habitantes es mayor de 60 años. Por otro lado, se posicionan países con menor avance en su transición demográfica como Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras, Haití y otros, con un porcentaje inferior al 6.5% de los habitantes supera los 60 años (5).

Continuando con los cambios estadísticos del siglo XXI los habitantes de Latinoamérica y el Caribe son los próximos a la senectud. Estos importantes aumentos se tendrán en un futuro cercano. Cabe rescatar que las personas de la tercera edad serán la tasa que engrosarán la estadística a nivel poblacional. En conclusión, esta etapa de vida presenta una línea ascendente, que genera controversia en países donde el desarrollo y crecimiento como tal no es considerado como prioridad y dificulta las innovaciones en salud, educación, etc. Con eso se añade que dichos países no se encuentran en la capacidad de afrontar una tasa elevada de este grupo etario tanto por parte de las autoridades y de la familia misma.

Entre tanto, Perú ha presentado modificaciones en su estructura poblacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor describe algunas condiciones demográficas, sociales y económicas de los adultos mayores, además de sus modos de vida. A raíz de los grandes cambios demográficos ocurridos en los últimos decenios en el país, la configuración por edad y sexo de la población experimenta variaciones significativas. En los cincuenta, la población estaba conformada fundamentalmente por niños/as, así el 42% eran menores de 15 años y el 6 % adultos mayores. En la actualidad, los menores de 15 equivalen al 28% de la población y los adultos mayores al 10%. Para el año 2025, los menores de 15 serían el 24% y los adultos mayores, por otro lado, el 13%. Así, en los próximos 10 años (2025), Perú tendrá su población de 60 años a más de 3 a 4,3 millones, mientras que los jóvenes se mantendrán en 8 millones (6).

Las variaciones en la pirámide demográfica del Perú, sugiere que el grupo etario a valorar y prestar atenciones de salud en la actualidad es la del adulto mayor y esto supone que en los hogares hay la presencia de personas de la tercera edad, quienes se caracterizan por un incremento prevalente de riesgos y fragilidad, que consecuentemente conlleva a enfermedades crónicas - degenerativas, que trae como resultado la discapacidad física y dependencia familiar, lo que origina una mayor demanda de servicios y costos médicos para la familia y la sociedad. Ante esta situación, el mayor reto compete a la satisfacción de las necesidades esenciales de salud, bienestar y de protección de las personas de la tercera edad, planificado y desarrollado en estrategias de educación y promoción orientado a la familia y la comunidad.

Además, se puede analizar que durante las distintas etapas del ciclo de vida se toman posturas erróneas en relación con alimentación, educación, hábitos, modos, etc. que complican el estado de salud de forma temprana o tardía, así como ocasionar dificultad en la reestructuración integral de su vida. Por ende, se puede concretar que los estilos de vida que la persona realice en el construir de su vivir afecta directamente la longevidad.

En el análisis sobre el constructo del concepto de estilo de vida, la Organización Mundial de la Salud señala que esta noción corresponde una manera de vida que se cimienta en moldes de comportamientos reconocibles, delimitados por la integración entre los aspectos personales, las participaciones en la sociedad y las condiciones de vida socioeconómica y del ambiente. Por ende, el ser humano evidencia patrones de comportamientos consecuentes o costumbres que impulsen la salud, comprendidos como componentes que protegen la salud, o de forma automática propende manifestarse a coeficientes de riesgos o condiciones de índole social, económica o biológica, conductual o del entorno que están coligados al aumento en la sensibilidad de enfermedades, salud deficiente o dolencias (7,8).

La Organización Mundial de la Salud como ente mayor de salud a nivel mundial, hace referencia que cada ser humano es diseñador de su propio estilo de vida, confeccionado por la interrelación de sistemas de apoyo (familia y sociedad) que se evidencia en los comportamientos y actitudes precedidos de decisiones continuas, modificables y adaptables en el medio y situación que se encuentre, donde los resultados están sujetos a la coexistencia de los factores de riesgo y protectores. En otras palabras, las conductas habituales ejercen influencia en gran escala en la salud de las personas de la tercera edad, como consecuencia se tienen resultados negativos (enfermedades crónicas que conllevan a hospitalizaciones regulares) y positivos (salud y bienestar en la vejez).

Entre tanto, obtener un envejecimiento saludable consiste en el mantenimiento en aspectos como una nutrición equilibrada y sostenible, la participación en las actividades físicas y deportivas y al monitoreo constante de los componentes de riesgo como el consumo de cigarrillos, el hábito de beber alcohol, alimentos ricos en grasa y carbohidratos, así como el evitar o reducir el desconexión social y mental. Todo esto englobado en la reconstrucción y/o fortalecimiento del estilo de vida del adulto mayor.

Es por ello que Revén, Franzkowiak y Wenzel (9) sostienen que “(...) a mitad del siglo XX la antropología planteó el análisis de los estilos de vida a partir de una óptica cultural y la medicina desde una perspectiva biologicista, alegando que las personas eligen tener estilos de vida sanos o insanos por decisión propia. Por lo tanto, la responsabilidad recae sobre los hombres y no en las organizaciones”.

Según refieren estos autores, los seres humanos presentan estilos de vida saludables o no, de acuerdo con sus propias decisiones influenciadas desde el aspecto biológico.

Por otro lado, Cabrera (10) explica que “(...) el estilo de vida es un elemento de la salud, del bienestar y de la enfermedad, por lo tanto este actuar puede resultar nocivo, como el ser sedentario, la obesidad, deficiente alimentación, ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco, tranquilizantes; asimismo la nula asistencia de evaluaciones clínicas regulares, etc. y de forma opuesta, un estilo de vida óptimo, saludable como el hábito de practicar ejercicios, arreglo personal, aseo, vestimenta, apariencia agradable, prevención de accidentes proponiendo protección en las labores dentro y fuera del hogar, rutinas de reposo adecuado y prácticas alimentarias, concederá al adulto mayor poseer ventura y salud”.

Se entiende que la salud del ser humano en la tercera edad depende de la forma de vida. Es decir, acciones que fortalezcan o destruyan la salud, y eso significa que el resultado será de acuerdo con cómo se desea vivir.

Otro punto a destacar radica en que el ser humano en la etapa senil pierde habilidades y aspectos cognitivos en una secuencia opuesta a lo que sucede en los niños que desarrollan competencias desde el primer año de vida. Estas modificaciones pueden perjudicar a las zonas de la movilidad, el conocimiento y las necesidades del cuidado personal ya que al decaer las estructuras biofísicas las personas cesan de forma progresiva en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que facilita el incremento en el riesgo de la pérdida de la autonomía, lo cual provoca una percepción de abandono (11).

La mayor longevidad del ser humano implica además un aumento en la estancia de enfermedades crónicas y degenerativas, que compromete una mayor incidencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que perjudica la autonomía en la vivencia diaria de las personas mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud, la dependencia es la reducción o ausencia de la capacidad para ejecutar una o más tareas verificando los límites a tener en cuenta. Estas definiciones incluyen que debe haber otro ente humano que participe gradualmente en la atención y conservación de la salud e incluso en la culminación y satisfacción de sus necesidades primordiales de las personas con dependencia (12).

Dicho en otras palabras, la dependencia es la limitación de la actividad más la ayuda proporcionada sea de forma cuantitativa y/o cualitativa para la realización de las labores que se susciten en la edad mayor. Esta ayuda puede ser dada por distintas personas: la familia, amistades y/o personal de salud calificado, aunque se estima que sea la familia debidamente educada y entrenada en estos aspectos del cuidado al adulto mayor se responsabilice.

Entonces, por lo expuesto, las personas mayores son seres humanos que presentan la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y necesitan nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. De ahí radica el problema, generalmente nos olvidamos de que forma parte del ciclo de la vida y se la relega o considera como algo negativo o carga para la familia y sociedad. Se debe recordar que, por ser otra etapa de vida, la sociedad necesita valorarla, respetarla y ellos vivir con salud y armonía, sentirse liberado de esa imagen de incapacidad, de soledad, de amargura ayudando a fortalecer su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo tanto a nivel familiar y sociocultural, y esto se logrará con la aportación de un estilo de vida saludable y una autonomía estable y funcional.

Sumado a ello, las personas adultas mayores que residen en una entidad pública sufren de soledad, la falta de contención y cuidado por parte de la institución los cuales no cumple con los objetivos trazados. En esta situación brotan ciertas características negativas de los establecimientos de internación, como son la adaptación a nuevos entornos para el adulto mayor, dejando de recibir cuidado fraternal por parte de la familia, amigos y vecinos, el sentimiento de carga e ineptitud, el desarraigo, creando posibilidades básicas que no son cubiertas; el aislamiento con el ambiente, el agravio, entre otras. Estas instituciones son de naturaleza privada (remuneradas) o pública (de caridad o beneficencia), ambas con características diferentes dado que en los últimos convergen principios de fragilidad en el ámbito económico, social, psicológico y ambiental. Además, varios análisis evidencian que el estar internado en una casa de reposo perjudica la calidad de vida de las personas longevas.

En el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro se brinda prestaciones de salud por especialidad que consisten en expresar que la senectud es un proceso natural, una fase o una expectativa de vida y lo que se propone es que el adulto mayor envejezca con dignidad, vitalidad con la participación en talleres de memoria, para afianzar la concentración-orientación, así como, disminuir la presencia de deficiencias cognitivas o amnesia. Asimismo, se elaboran talleres de Geronto-Geriatria para las que presentan déficit motor con la finalidad de prevenir el desgaste progresivo del organismo.

En relación al trato e interacción con las personas adultas mayores durante las horas de prácticas clínicas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, se observó que existe más presencia de adultos mayores del sexo femenino, algunos permanecen distanciados o alejados del entorno, otros muestran signos de aburrimiento y melancolía, así como, jovialidad y tranquilidad para algunos que han enlazado amistad, y otros adultos mayores que ya se encuentran dependientes de realizar alguna actividad.

Adulto mayor 1: “Yo me siento muy bien acá viviendo en el Canevaro ya son varios años que estoy acá, aunque me gustaría hacer actividades”

Adulto mayor 2: “Yo me encuentro bien porque tengo mi cuarto para mi sola y mis familiares no se tienen que preocupar mucho por mí porque aquí me cuidan “

Adulto mayor 3: “Al pasar tantos años en el Canevaro, siento que las personas que trabajan acá son como mi familia, de vez en cuando mi familia me viene a ver”

Adulto mayor 4: “Hay días que me necesito hacer alguna actividad para sentir que aun puedo hacer cosas, y me gustaría que nos asignen más tareas o salir a pasear más”

Esta situación motivó a realizar el presente trabajo de investigación que se describe a continuación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y el grado de dependencia en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac - 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las referencias estadísticas en el Perú evidencian que la etapa del adulto mayor está atravesando variaciones demográficas, siendo una problemática de salud, ya que dentro de unos años la población adulta crecerá en un índice superior a la actual y las estrategias de salud en relación a la atención de las personas de la tercera edad están deficientes , ya sea de forma externa (la necesidad de brindar atención integral en el primer nivel) e interna (la complejidad y complicitad de enfermedades intrahospitalarias sin ser cubiertas al 100 %).

Las personas adultas mayores experimentan distintos cambios biopsicosociales condicionados por el estilo de vida, de la estructura social y familiar que contribuyen constantemente en los diferentes sectores de

funcionamiento, cooperan a la pérdida de su independencia que se traduce en la necesidad de depender de otros e influye en aspectos colaterales (familiar - social). La disminución y pérdida continua de aptitudes (especialmente ligadas con la estructura física), concibiendo preconceptos relacionados al envejecimiento en la civilización occidental generan, por ende, que los seres humanos presenten cierto miedo en este periodo de vida que puede conducir incluso al hermetismo social.

Ante esta situación de gran relevancia, los profesionales de enfermería desempeñan un papel central en el cuidado y atención de la salud de la persona adulta mayor. Se entiende a esta profesión como una ciencia cuyo objeto de estudio es el "cuidado" a la salud del ser humano ya sea sano o enfermo de forma integral con la determinación de que emplee todas sus habilidades y competencias en el trayecto de su vida y una manera para hacer de esta etapa, es por medio del fortalecimiento de conceptos aplicativos en el estilo de vida del ser humano.

Los estilos de vida saludables favorecen la prevención y control pertinente de las enfermedades crónicas degenerativas que en el futuro producen dependencia y, por ende, fomenta a la mejora continua en la calidad de vida que merece toda persona en cualquier etapa de vida.

Es por ello que se hace imperiosa la participación de estudios de investigación, que contribuyan al desarrollo y mejora de los estilos de vida de la persona, que optimicen el autocuidado y la cooperación de un cuidador (familiar y/o personal de salud) con capacidad intelectual y emocional. Es así, que el presente estudio tiene como propósito analizar dos variables muy importantes como son el estilo de vida y el grado de dependencia que permitan poner en evidencia la necesidad de desarrollar estrategias de educación, promoción y prevención en una etapa en la que todo ser humano va a transitar y merece un modo de vida saludable sea en su familia o fuera de ella (casa hogar del adulto mayor).

Con este estudio de investigación se aporta conclusiones que puedan mejorar el estilo de vida de la persona adulta mayor y su autocuidado integral

retrasando y/o evitando complicaciones físicas y emocionales. Además, representa una contribución a nivel metodológico y teórico que permita desarrollar otras investigaciones relacionadas con las variables en estudio, debido a que revisando la base datos indexadas, se observa que no existe estudios realizados.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación de los estilos de vida y grado de dependencia en el adulto mayor del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Establecer los estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.
- Describir los estilos de vida del adulto mayor según sus dimensiones en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.
- Identificar el grado de dependencia funcional de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Laguado Jaimes Elveny, Camargo Hernández Katherine del Consuelo, Campo Torregroza Etilvia y Martín Carbonell Marta de la Caridad en Santa Marta Colombia en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar”, con el objetivo de evaluar el funcionamiento y grado de dependencia del adulto mayor, considerando la información básica e importante con la finalidad de diseñar un programa de atención personalizada. En cuanto al método, es un estudio descriptivo retrospectivo, donde participaron 60 adultos mayores. En cuanto a la recolección de información, utilizaron la escala de valoración de la autonomía funcional (EVA), para medir la independencia de los adultos mayores y, a su vez, la Escala de clasificación y graduación de la dependencia, para medir cualquier tipo de problemas relacionados con la discapacidad. Como resultados encontrados que el 1.66% son de dependencia importante, 8.33% son dependencia moderada, 43.33% son dependencia leve, 46.66% son independientes. Llegando a las siguientes conclusiones:

“Las personas de 75 a 84 años con dependencia leve son género masculino y como independiente el género femenino y en los adultos mayores de 95 años o más se obtiene un 1.66% dependiente e independiente (13).”

Loredo Figueroa M., Gallegos Torres R., Xequé Morales A., Palomé Vega G. y Juárez Lira A. en Querétaro - México en el año 2016, realizaron un estudio “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor”, con la finalidad de determinar si existe asociación entre la calidad de vida del adulto mayor, su nivel de dependencia y su autocuidado. En cuanto al método es un estudio de tipo transversal, descriptivo y correlacional, donde participaron 116 adultos mayores que acudieron a un centro de salud y los instrumentos utilizados son el índice de Barthel para medir las tareas diarias realizadas, la escala de capacidades de autocuidado para evaluar el autocuidado y, por último, el Cuestionario SF-36 de calidad de vida para evaluar calidad de vida asociada en el estado de salud. Los resultados encontrados indican que el 80.2% de los adultos mayores presentaron independencia para hacer las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. Las conclusiones fueron:

“El nivel de dependencia este acuerdo con las tareas que realiza en la vida diaria y en el autocuidado presentan una concordancia con la calidad de vida y de la salud, en la cual, si hay un mínimo nivel de dependencia y un mayor autocuidado, hay un aumento en la calidad de vida (14)”

Toapante Mendoza Karina Guayaquil en Ecuador en el año 2015, realizó un estudio titulado “Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de Barthel en usuarios de las residencias asistidas del instituto de neurociencias año 2015”, con la finalidad de verificar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores con trastorno mental del Instituto de Neurociencias. Es un estudio descriptivo transversal, done participaron 107 adultos mayores con trastorno mental. En cuanto a los instrumentos, se utilizaron las escalas para la valorar la dependencia funcional los cuales son: el Índice de Katz e Índice de Barthel. Los resultados

mostraron que el 65% de los usuarios poseen algún tipo de dependencia, clasificándolos en Leve 27%, Moderada 11%, Grave 8% y total 19 %. Las conclusiones fueron:

“Los adultos mayores presentan algún tipo de dependencia, ya sea la discapacidad física y visual, superando en esta la dependencia grave, de tal forma el trastorno mental crónico influye en la dependencia funcional del adulto mayor, al igual que la presencia de discapacidad asociada. La actividad que requiere mayor dependencia es vestirse (15)”

Muñoz Silva Carolina, Rojas Orellana Pedro y Marzuca Nassr Gabriel en Talca Chile en el año 2015, realizaron un estudio titulado “Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar”, con la finalidad de determinar la el funcionalidad de los adultos mayores con dependencia moderada y severa correspondientes a un centro de Salud, de estudio de tipo transversal descriptivo-correlacional, que incluyó a 68 adultos mayores en cuanto a los instrumentos se utilizaron el Índice de Katz que evalúa funciones básicas y el FIM para conocer el funcionamiento y presencia ejercida por el cuidador, índice de Barthel para determinar la independencia; el Minimental abreviado (MMSE) para determinar el estado cognitivo y la carga del cuidador mediante la Escala de Zarit. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“La mayor parte de adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan modificaciones motoras y cognitivas, están asociados al nivel educacional, presentándose mayor limitación en las personas que tiene un bajo nivel educacional (16)”.

Rodríguez Medina R. y Landeros Pérez M. en Guanajuato en México en el año 2014 realizaron un estudio titulado “Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor”, con la finalidad de determinar la asociación entre el

grado de carga excesiva subjetiva del agente de cuidado dependiente y el grado de dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad crónico-degenerativa en el Hospital General de Silao, Guanajuato en México. Es un estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversa, donde intervinieron 90 adultos y 90 agentes de cuidado dependiente. En cuanto a los instrumentos, se utilizaron el índice de Barthel para evaluar el nivel de dependencia del adulto mayor y la entrevista de Zarit para medir la carga del agente de cuidado dependiente. Los hallazgos fueron que el 10 % son adultos mayores con dependencia total, el 8.9% son de dependencia grave, el 14.4% son de dependencia moderada, el 41.1% son de dependencia leve y el 25.6% son independientes asociando que los adultos mayores muestran dependencia en las actividades de la vida diaria y fueron independientes, concluyendo.

“Al presentar un mínimo grado de dependencia del adulto mayor, será mínima la carga excesiva subjetiva del agente de cuidado dependiente (17)”

2.1.2. Antecedentes nacionales

Galdós López, Ana en Arequipa Perú en el año 2016 realizó un estudio titulado “Relación entre grado del estado cognitivo y grado de dependencia en el adulto mayor hospitalizado del servicio de medicina del HRHD en febrero 2016”, con el objetivo de establecer la concordancia del deterioro cognitivo y dependencia del adulto mayor hospitalizado, en cuanto al método es un estudio cuantitativo y descriptivo, donde participaron 136 adultos mayores, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario abreviado de Pfeiffer para valorar la condición cognitiva y el Índice de Katz para el estado funcional. Los resultados muestran que la mayor parte de la población de estudio es independiente representada por una frecuencia del

56.61% (77 pacientes) y el 43.38% restante presenta un grado de dependencia ya sea parcial o total; el 19.85% (27 pacientes) corresponde a pacientes con dependencia parcial y el 23.52% (32 pacientes) son pacientes con dependencia total. Las conclusiones fueron:

“La dependencia parcial comienza mediante el deterioro cognitivo y la dependencia total con deterioro cognitivo leve; de tal manera, la dependencia se eleva acorde al incremento del deterioro cognitivo y las estimaciones de ello, el cual son perjudiciales para el adulto mayor (18)”

Velazco Huaranga Lessly y Carrera Luis Tanya en Chacabuco - Perú en el año 2016 realizaron un estudio titulado “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar Misioneros de amor”, con la finalidad de evaluar la asociación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores. Es un estudio de diseño correlacional y de corte transversal, donde participaron 200 adultos mayores, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el índice de Barthel para la evaluación de la dependencia física y la Mini Prueba del Estado Mental (MMSE) Modificado para determinar el estado cognitivo de manera sistemática y exhaustiva. Los resultados encontrados en relación al grado de dependencia son 0.5% de dependencia grave, 46.5% de dependencia moderada y 53 % de dependencia leve. Llegando a las conclusiones.

“No existe una asociación entre la salud mental y física en los adultos mayores. También se puede ver que sólo el género no puede determinar si se tiene buena dependencia (19)”

Zela Ari Luzmila y Mamani Chambi Wilfreda en Juliaca - Perú en el año 2015 elaboraron un estudio titulado “Hipertensión arterial y Estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015”, con la finalidad de evaluar la asociación entre

Hipertensión Arterial y Estilo de vida en adultos mayores. En cuanto al método es de tipo no experimental, corte transversal y correlacional, donde participaron 103 adultos mayores entre las edades de 60 a 90 años, en cuanto a los instrumentos, se utilizó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS_I) de Nola para valorar el grado de estilo de vida que presentan los adultos mayores. Como resultados encontrados en la variable estilo de vida el 50.5 % tienen un estilo de vida saludable, el 25.2 % estilo de vida muy saludable, y el 24.3 % estilo de vida poco saludable. Llegando a las conclusiones:

“Un óptimo estilo de vida disminuye la Tensión Arterial alta (20)”.

Monroe Díaz Francisco, Tello Del Mar Solania y Torres Bueno, María en Lima - Perú en el año 2015 realizaron una investigación titulada “Prevalencia y asociación entre dependencia funcional y síntomas depresivos en el adulto mayor institucionalizado en un centro público de atención residencial Geronto-geriátrico de Lima-Perú”, con el objetivo de evaluar la relación entre los síntomas depresivos y funcionalidad en esta población. En cuanto al método es un estudio transversal analítico, en el cual participaron 153 adultos mayores en cuanto a los instrumentos se utilizaron la Escala de depresión geriátrica de Yesavage para evaluar síntomas depresivos y el índice de Barthel evalúa la dependencia funcional en las actividades de la vida diaria y la escala de Pfeiffer para valorar el deterioro cognitivo. Llegando a las conclusiones:

“El 47.1% presenta un nivel de dependencia funcional y el 62.1% tiene un síntoma depresivo. Por lo tanto, hay una relación en el comienzo del deterioro de la dependencia funcional y los síntomas depresivos (21).”

Cribillero Depaz Merly y Vílchez Reyes María en Chimbote - Perú en el año 2015 realizaron un estudio titulado “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, pueblo joven El Progreso,

Chimbote, 2015”, con la finalidad de evaluar la asociación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor en el pueblo joven El Progreso-Chimbote 2015. En cuanto al método, es un estudio de tipo cuantitativo de corte transversal, descriptivo correlacional, donde participaron 99 adultos mayores en cuanto a los instrumentos se utilizaron la escala de estilo de vida y el cuestionario de factores biosocioculturales. Como resultados encontrados, se destaca que el 26.2 % presenta un estilo de vida saludable, y un 73.8 % tiene un estilo de vida no saludable. Las conclusiones:

“La mayoría de los adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable, debido a sus ingresos económicos registrados. En los factores biosocioculturales se muestra que un número mayor a la mitad es de sexo masculino y en la cual un menor número de la mitad tiene grado de instrucción secundaria, la mayor parte es católica y menos de la mitad es casada (22)”.

Bustamante Fernández Noemí en Chachapoyas Perú en el año 2015 realizó un estudio titulado “Factores Biosocioculturales y estilos de vida del adulto mayor del asentamiento humano Santo Toribio de Mogrovejo - Chachapoyas - 2015”, con la finalidad de evaluar la asociación entre los factores Biosocioculturales y los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo. El método es un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y prospectivo, donde participaron 45 personas y en cuanto a los instrumentos, se utilizó el manual de entrevista elaborados por Walker, Pender, Reina. E. para valorar las dos variables. Como resultados encontrados el 62.2% de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable y el 37.8% un estilo de vida no saludable. Se llegó a las conclusiones:

“Los factores biosocioculturales la mayor parte es del sexo femenino; y la mayoría presenta un estilo de vida saludable, se evidencia que los factores como el nivel de instrucción, el estado civil, la ocupación y la economía se relaciona con los estilos de vida (23)”

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Adulto mayor

A. Definición:

Es aquel, que con el pasar del tiempo experimenta una variedad de cambios psicológicos, las cuales son: el miedo, la antipatía, la inseguridad, la ansiedad o la depresión. Sin embargo, el cambio más relevante es el miedo al abandono y a la dependencia el cual hace que se sienta afligido (24).

Se considera adulto mayor a una persona mayor de 60 años, siendo una edad promedio para comenzar a ver la vida de la mejor manera junto a la familia, ya pensando en la jubilación (25).

Según la OMS, “Se presume que son adultos mayores son los que tienen 60 años y habitan en los países en vías de desarrollo y los que tienen 65 años están en los países desarrollados” (26).

B. Proceso de envejecimiento

Se da mundialmente y se conoce como una etapa de vida en la cual el ser humano presenta modificaciones biológicas, psicológicas y sociales (27).

2.2.2. Teoría de enfermería

A. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender

La autora del MPS refirió que el comportamiento se cimienta en la motivación por el deseo de lograr el confort y el potencial de la persona; donde se ilustra la amplia y diversa naturaleza del ser humano en su interacción con el ambiente cuando intenta lograr el bienestar de salud que anhela. De igual manera, destaca la conexión entre las características propias del ser y vivencias, conocimientos, creencias y situaciones relacionados con las conductas de salud que se procura desarrollar (28).

En otras palabras, la promoción de la salud implica no sólo la transferencia de conocimientos o conceptos, sino adiciona objetivos para el fortalecimiento de habilidades y capacidades de los seres humanos y de innovar los aspectos de índole social, ambiental y económico, con la finalidad de menguar el impacto adverso en el estado de salud individual y colectiva y para desarrollar este modelo hace uso de la educación para la salud.

El modelo de Promoción de la Salud (MPS) compone tres aspectos (28):

- Características y experiencias individuales, donde todo ser humano presenta vivencias anteriores que suelen tener efectos de forma directa e indirecta de acuerdo a su compromiso con la salud.
- Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, esta parte considerada de gran relevancia motivacional, constituyendo el aspecto central y crítico para la intervención, donde la modificación se sujeta a la participación del profesional de Enfermería.
- Resultado conductual, el cual incluye términos del compromiso con un plan de acción que comienza con un suceso conductual e impulsa a la persona a actuar, conlleva los procesos cognitivos latentes determinados en tiempo - lugar y con individuos específicos.

B. Teoría del Autocuidado: Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, en el siglo XX. Dorothea estuvo destinada a ser una enfermera y docente. Por medio de la cual, llegó adquirir grandes experiencias.

En 1959, Dorothea se incorpora a la Universidad Católica de América, donde continua con su teoría del concepto de enfermería y el Autocuidado. Después de su jubilación en 1984 ha seguido trabajando en su “Teoría de Enfermería sobre el déficit de Autocuidado”. La participación en la profesión de enfermería lo hace en base a su teoría la cual consta en otras tres, son:

- Teoría del Autocuidado: Se explica y determina el autocuidado y se define como “una función estudiada por la persona y dirigida hacia una finalidad”. Es un comportamiento que va a favorecer en la vida de uno mismo, la cual va a ser importante para la salud y bienestar.

La persona independiente tiene la madurez para responder a sus propias necesidades y de los de las personas que tiene a su cuidado, la cual va estar calificado para solucionar las dificultades que se le presente en la vida diaria. Por lo tanto, esa persona debe tener un estilo de vida saludable para evitar complicaciones a futuro.

- Teoría del déficit del autocuidado: Especifica y demuestra las causas por la cuales la enfermera está en la vida de las personas para poder ayudarlas. El déficit de autocuidado se da cuando la persona se encuentra incapaz de tener un autocuidado en su vida diaria.

El tener un déficit de autocuidado va a generar que la persona tenga la exigencia de la asistencia de enfermería.

- Teoría de los sistemas de enfermería: Detalla y aclara el vínculo que es indispensable instaurar para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería se define como “una disciplina en la cual están las actividades que las enfermeras realizan para brindar un autocuidado terapéutico al paciente” (29)

2.2.3. Estilo de vida

Desde los inicios de la humanidad, la salud y la enfermedad han sido razón de preocupación para el ser humano. Entrando al siglo XX, se definió la salud como la ausencia de patologías. Así que, desde la medicina la salud consistía en la preservación o la restauración ante agresiones específicas (biológicas y/o físicas). Aún en estos tiempos actuales, las personas relacionan el término de salud con cuestiones biofísicas y pocas veces en elementos psicológicos y conductas ligados a la misma (30).

A partir de la adultez, todo individuo puede elegir distintos estilos de vida. Esto repercutirá en el progreso y bienestar del organismo, dado que más lozano y mayores cuidados presenten, se tendrá una óptima calidad de vida, además de mejores requisitos para afrontar el periodo de la vida que le continúe: la senectud.

La tercera edad va sujeta, ineludiblemente, de daños físicos e intelectual, además de carencias económicas, afectivas y de compañía, lo que trasciende en las condiciones de vida.

Al expresar “estilos de vida” se ha desarrollado en la actualidad en un objetivo que es imprescindible a la sociedad de forma colectiva y al individuo como persona, pues inclina por un crecimiento integral y armónico del ente humano, potenciando su calidad de vida.

En este aspecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), proporcionó una noción puntual del estilo de vida vinculado al área de la salud, establecido durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "un modo de vida basado en la combinación de las condiciones de vida en un aspecto vasto y los moldes personales de conducta definidos por factores de la sociedad, cultura y características individuales". (31).

Lo expuesto hace referencia que el estilo de vida va marcado por la conjugación de requisitos de vida (carácter socioeconómico y de

entorno) que alude a modelos personales (valores, creencias, hábitos) influenciados por aspectos de la sociedad y la cultura y sus propias características, es decir, lo conllevan a decidir por mejorar y/o establecer aquello que lo puede conducir a desear y vivir una vida de plenitud.

En otro sentido, en el estudio “Un concepto emergente en las ciencias socio médicas” citan a Marx, Veblen y Weber que “la envergadura de elecciones propias es además de aspectos estructural (factores económicos, derechos, normas, relaciones sociales), como categóricos del estilo de vida” (32).

El estilo de vida representa un conjunto de aspectos que involucra desde lo psicoemocional hasta el biofísico, constituyendo la holisticidad del ser humano, así como las referencias externas de la comunidad, cultura, educación, economía, trabajo, etc., donde trae como resultado una forma de vivir, que bien puede ser para sostenerla saludablemente o causar daños irreparables en el trayecto de la vida, y esto se concreta en la edad mayor de la persona.

Al afirmar que el estilo de vida da soporte a la salud de manera saludable y sostenible, como la práctica de actividad física, cuidado personal, higiene, vestido, apariencia agradable y óptima, descanso adecuado y hábitos alimenticios, permite al adulto mayor, tener bienestar y salud, seguridad emocional y relaciones interpersonales productivas y edificantes para el adulto mayor.

Por otro lado, la forma negativa de vivir ocasiona cambios anatomo - patológicos a los ya existentes de la propia edad, causados por comportamientos, como el sedentarismo, las prácticas de alimentación inadecuadas, consumo de tabaco y alcohol, medicamentos sin indicación médica, así como la ausencia de valoraciones clínicas periódicas. Desde esta óptica, se inserta la expresión estilo de vida saludable.

A. Tipos de estilo de vida:

- **Estilos de vida saludables:**

En el estudio hecho por Monreal, Del Valle y Seda sobre los grandes olvidados, las personas mayores en el entorno rural citan a Bibeau y col donde menciona que “los estilos de vida se identifican generalmente con la salud en un aspecto colectivo y social, moldeados por el ambiente social, económico y cultural y, por ende, da como resultado, la calidad de vida” (33).

En otras palabras, se define a los estilos de vida saludable como los hábitos de cada ser humano y la comunidad que conducen a la satisfacción de actividades básicas y esenciales para conseguir el confort. Son delimitados por la existencia de factores de riesgo y/o elementos de protección para el bienestar, por ende, es observado como un proceso vigoroso y activo que además de estar compuesto de operaciones o prácticas individuales, también de labores de índole social.

En consecuencia, se puede diseñar una relación de comportamientos saludables o favorables, que al admitirse con responsabilidad contribuye a prevenir lesiones en la integridad del ser humano (biopsicosocial-espiritual) y a conservar el estado de bienestar para gestar una calidad de vida, satisfacción de necesidades básicas y desarrollo humano.

a) Estos elementos de protección son (34):

- Poseer sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, que permite proyectar fines y metas en la vida diaria.
- Nutrir y sostener la estima propia, el sentido de pertenencia y la identidad que desarrolla un estado de amor propio e integridad al actuar.

- Conservar las decisiones individuales, la propia gestión y el interés de aprender, que genera avances y desarrollo en el logro de los proyectos.
- Proporcionar amor y sostener la incorporación social y familiar, fundamenta la armonía y soporte emocional en los diferentes aspectos de la vida, referidos por la familia y la sociedad.
- Adquirir y gozar satisfacción con la vida, evitando la rutina, sino propiciando nuevas experiencias cada día y deleitarse con ello.
- La capacidad de autocuidado, donde se presenta las cualidades y/o habilidades para sostenerse y adaptarse en la vida, con la intención de ser útiles consigo mismo y con la comunidad en sí y solventando las adversidades y dificultades.
- La seguridad social en salud y observación componentes de riesgo (obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés) y patologías frecuentes (hipertensión y diabetes).
- Empleo óptimo del tiempo libre y goce del ocio, mantenerse activo en labores de complacencia ayuda a sentirse vivo y el deleitarse de un reposo después de finalizar las tareas del día produce una satisfacción más plena.
- El ser comunicativo y participativo a nivel familiar y social, promueve las interrelaciones, las actividades y desarrolla la parte humana social en todos los ámbitos, siendo seres de aportación e innovación.

- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros, permite ampliar el pensamiento y/o fortalecer conceptos de forma positiva, que propicien una visión de crecimiento intra e interpersonal.
- Presentar seguridad económica facilita a la sustentación de necesidades esenciales del ser humano.

La pericia para ejecutar y desarrollar estos estilos de vida saludables hace referencia al deber individual y social, inducidos de que sólo así se satisfacen necesidades primarias, se restaura y mejora la forma de vivir y se obtiene el desarrollo de la persona en fines de la dignidad humana.

En esta causa, Oberman (citado por Goldbaum), hace hincapié que la mediación sobre los hábitos y conductas se debe de implantar y enseñar en los primeros años de vida. El mismo autor señala que actuales investigaciones evidencian que las intervenciones direccionadas a la prevención de padecimientos cardiovasculares presentan éxito si se inician los más temprano posibles, en edades tiernas, cuando los parámetros de estilos de vida (alimentación, ejercicios, responsabilidades sociales, entorno), se están consolidando a día de hoy (35).

La magnitud que poseen los estilos de vida en la eclosión de enfermedades crónicas puede ser prevenida con la posición de asumir conductas sanas y fortalecidas, es decir, actuar en los elementos de riesgo modificables, como el ejercicio, la equilibrada alimentación, el rechazo al tabaco, la reducción de la ingesta de alcohol. Otro punto fundamental lo compone, el propiciar los cambios de los estilos de vida en los primeros años de vida de la persona y, para ello es importante la integración y participación del ambiente escolar, particularmente las escuelas primarias como punto de partida, porque están en la capacidad

de asimilar conocimientos y vivencias sobre la intervención en salud y, por ende, el resultado puede ser optimista y favorable.

En el día a día, se pueden aprender distintas perspectivas y/o actitudes básicas de las que depende nuestro desarrollo y rumbo: primero es la dificultad principal que impide alcanzar y lograr una vida de plenitud y felicidad o si se estima, la situación imperiosa para ejecutar una vida no saludable y consiste en elegir la actitud negativa de expresar el “NO” a la salud, de perjudicarla, dañarla o destruirla, es lo que realizamos en ocasiones de manera inconsciente, cuando somos irresponsables en los principios y orientaciones expuestos, para mantenernos y sostenernos en óptima forma y funcionamiento. La segunda, es el requisito esencial para desempeñar y conservar de forma espléndida la salud en las distintas etapas de vida y es la de optar la actitud positiva de declarar que SI a la vida, de amar, unirse, relacionarse a la salud, también en la etapa senil.

- **Estilos de vida no saludables**

Es el conjunto de actividades basadas en los comportamientos, hábitos o conducta que adopta el ser humano que perjudica directamente el estilo de vida y, por ende, la calidad de vida, y a su vez atenta contra la salud. Son estos modos de vida que conlleva al ser humano al deterioro de todas las esferas de la vida, entre estos tenemos:

- a) Ingesta alimentaria insuficiente e inadecuada, lo que conlleva a ser más vulnerable a enfermedades y presenta un mayor deterioro integral, y más rápido a la morbilidad.
- b) El déficit estado de higiene personal influye, en el aspecto sanitario de la población, a diversas enfermedades,

especialmente infecciosas, inflamatorias y parasitarias, que pueden acarrear notables consecuencias para la salud e incluso la muerte en los casos más extremos.

- c) Los cambios en los patrones del sueño y el no descansar las horas necesarias coloca a los seres humanos a ser proclives a presentar alteraciones nerviosas y, como resultado, el desarrollar tareas no será el adecuado.
- d) La inactividad física o la escasez de ejercicios, produce con el paso del tiempo que los músculos pierdan tonificación y fuerza, propiciando a una vida de inacción y cansancio continuo.
- e) La poca y/o falta de estima propia, produce en la persona un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de dudas con respecto a uno mismo, además de culpa, por temor a vivir con plenitud.
- f) Poseer relaciones interpersonales perjudiciales, conocer y aceptar personas que no edifican a crecer en la vida, atasca el desarrollo personal.
- g) Los estados de ánimo negativos, separa a personas amadas, destruye la salud y no permite ver las situaciones con objetividad.

B. Estilos de vida en el Adulto Mayor

Según concuerdan Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, los estilos de vida son como el “manual de múltiples dimensiones que el ser humano realiza en la experiencia de su vida y que se esboza de forma directa en la salud, dirigiéndose a los modelos propios de conducta, que pueden contribuir de forma positiva o negativa en la salud” (36).

En el trabajo de investigación de estilos de vida y salud mencionan a los autores Erben, Franzkowiak y Wenzel, donde opinan que “(...) la antropología planteó el aprendizaje de los estilos de vida desde una óptica cultural y la medicina desde un panorama biologicista, aludiendo que los individuos exteriorizan estilos de vida saludables o no saludables por su propia voluntad, atribuyendo, por lo tanto, la responsabilidad sobre los seres humanos y no sobre las entidades” (37)

Pendel (38) refuerza que “el estilo de vida se comprende una miscelánea de comportamientos o actitudes que deciden y realizan los hombres, que algunas situaciones pueden ser sanas y otras dañinas para la salud”.

Los estudios científicos detallan que la calidad de vida y la funcionalidad del adulto mayor están colateralmente conectadas con las coyunturas y carencias que se adoptan y desarrollan en el transcurso de la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, la presencia de componentes de riesgo y las oportunidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad, establecen puntos relevantes al momento de valorar la calidad de vida y funcionalidad de la persona en la etapa senil. En un contexto limitado el significado del estilo de vida, se adjudica al comportamiento de uno mismo, específicamente a modelos de conducta consolidados en un plazo relativamente largo.

En un panorama más extenso, los estilos de vida se escenifican de forma social y cultural y se hacen descifrables en escenarios individuales y colectivos de los procesos de la salud y la enfermedad. En este aspecto, los estilos de vida individuales se nutren de los requisitos bajo las cuales se vive, en una comunidad.

En la etapa del adulto mayor los estilos de vida están compuestos en distintas dimensiones, que se mencionan a continuación:

- **Alimentación**

Envejecer es más que una perennidad en el tiempo, el cual conlleva una gama de cambios en la parte biológica y fisiológica en el ser humano especialmente en la edad adulta mayor que presenta aspectos destacados. Además, que condiciona las necesidades y aportes presentes en su dieta (39).

Las conductas alimenticias en las personas seniles es resultado de años, con injerencias de sus antepasados y principios de cultura, geografía, etc., establecidos en periodos extensos obteniendo como resultado la dificultad de cambiar actitudes. A ellos les deleita la comida hecha en casa, el ambiente familiar y acogedor. Para los adultos mayores la dieta saludable es equivalente a precepto dietético o, al menos, como cuidado general de su salud (39).

La Organización Mundial de la Salud recomienda una dieta de manera que contenga un 12% de proteínas donde las dos terceras partes contenga origen animal y un tercio vegetal, un 30 a 35% de grasas no sobrepasando el 10% en saturados y hasta un 15 a 18% de monoinsaturados. Los hidratos de carbono complejos deben aportar más del 50% del total de energía y por debajo del 8 al 10% de azúcares refinados. También recomienda por lo menos consumir tres comidas durante el día, controlar la cantidad de sal y evitar el alcohol, un buen patrón alimenticio, se refleja en una dieta equilibrada o balanceada, es decir, aquella que contenga todos los nutrientes predominando carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y proteínas, por ser esenciales para nuestro organismo un patrón alimentario regular se caracteriza por que en la dieta prevalece más los carbohidratos, vitaminas y minerales y un patrón

alimenticio malo es cuando en la dieta impera los carbohidratos y lípidos .

Una dieta equilibrada debe contener todos los grupos de alimentos y las cantidades suficientes de nutrientes para que el organismo pueda realizar todas sus funciones (reguladoras, plásticas y energéticas).

•Ejercicio

Se observa que en los cambios continuos de la etapa adulta mayor es de relevancia el descenso de la actividad física por lo cual predispone a la inacción.

La actividad física de las personas seniles a manera de modelo de vida saludable posee suma importancia para la sociedad actual, la praxis continua del ejercicio y el deporte fomenta la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de algunos males, a la vez que proporciona un óptimo y excelente estado de salud. Por lo general, se expresa nociones del beneficio que brinda la praxis de la actividad física, pero se ignora la manera que puede vincularse con la funcionalidad física y social, el vigor para realizar los quehaceres diarios y su conexión con la alimentación (40).

El cuerpo humano fue diseñado para el movimiento. Sin embargo, la inactividad genera mayor desgaste que el ejercicio. Se ha comprobado que los humanos que realizan 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día durante todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importante.

a) Estos beneficios frecuentes son:

- Incrementa el confort general.
- Prospera la salud en el aspecto físico y psicológico.

- Refuerza a preservar la vida de forma independiente.
- Disminuye el riesgo de padecer algunas enfermedades no transmisibles.
- Proporciona control a trastornos específicos (estrés, obesidad) y enfermedades (diabetes, osteoporosis).
- Promueve a disminuir al mínimo los resultados de ciertas discapacidades y a controlar algunos trastornos dolorosos.
- Permite combatir lo estandarizado que se encuentra la vejez.

• Manejo del Estrés

Al examinar el enlace entre guías y modelos de actitudes y su impacto sobre la salud de las personas mayores, se considera la importancia que genera el estrés en el proceso del envejecimiento.

El manejo del estrés hace referencia al trabajo que realiza la persona senil por manejar y disminuir la presión que aparece ante una experiencia que se considera difícil o incontrolable, a través de operaciones gestionadas de forma sencilla o compleja para tolerar la tensión, los sobresaltos o el agotamiento.

Aspectos como la adaptación y la acomodación en distintos contextos sitúan al ser humano en su trayecto propio de la vida misma, en algunas situaciones la adaptación demanda un mínimo de esfuerzo o la persona tiene los recursos precisos para ejecutarlo sin que la idea de amenaza o daño se haya hecho presente en otras personas, las situaciones requieren resoluciones más diligentes y eficientes en lo biológico y psicológico al requerir un trabajo adaptativo mayor. La senectud va ligada al elevado índice de pérdidas (seres queridos, roles sociales), aspectos que se deterioran (la salud física, la fuerza, los recursos económicos, así como la ilusión y la esperanza...) y se presentan sucesos inéditos que generan cambios en la vida

diaria (la jubilación, la adaptación a una enfermedad crónica o vivir en una residencia). Estos contextos por sí mismos no son relevantes; si lo es cuando el adulto mayor lo siente y lo controla. Será entonces, lo que significa el suceso lo que genere la reacción al estrés y su manera de actuar cuando asuma la persona el evento, donde se mostrará las disimilitudes entre el estar y sentirse bien o ceder ante la pesadumbre.

• **Responsabilidad en Salud**

El ser responsable es la clave del éxito en el estilo de vida, concierne que la persona, y solo ella, opere su propia vida, tomando decisiones sobre el tipo de estilo y así fomentar o no su salud.

En la edad adulta mayor implica optar con criterio alternativas saludables y adecuadas en vez de aquellas que producen un peligro para su salud, asimismo, de adoptar posturas positivas y ejecutar tareas que fortalezcan la salud.

• **Apoyo interpersonal**

Las relaciones en este grupo etario representan una estrategia relevante en las distintas esferas del ser humano que cursan esta edad y permiten crear una red de soporte y de socialización para el ser humano, a la vez que proporciona utilizar el tiempo de ocio de forma idónea y con gran aprovechamiento para su calidad de vida. Las relaciones sociales se convierten en un factor de protección y curación, ya que provee atención de las necesidades esenciales y porque opera como una permanente ayuda.

Una sostenible relación interpersonal facilita el acoplamiento del individuo al ambiente y renta seguridad en sí mismo, ya que uno de los conflictos en el intervalo de esta etapa del ciclo vital es la admisión de un rol diferente en lo laboral, familiar, afectivo

y los pares de socialización de adultos mayores crea un espacio ideal para instalar actividades, recursos, demostrar aptitudes y así extender el terreno de las interacciones interpersonales; donde favorece un soporte físico y emocional, y empodera a la persona senil como un ser humano con competencias para la edificación social.

- **Autorrealización**

Hace referencia a la aceptación del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto mayor, alcanzando la superación y la autorrealización.

2.2.4. Grado de dependencia

A. Definición:

La capacidad de movilizarse en el medio ambiente, demuestra la autonomía, que presenta el adulto mayor en su vida. Para que se realice esta capacidad hay factores que deben estar relacionados, como la habilidad y destreza motora, la capacidad cognoscitiva y sensorial perceptiva, el grado de salud, la autoconfianza y los recursos ambientales y personales.

La capacidad de movilización nos permite identificar la condición de salud del adulto mayor y de su calidad de vida, la cual va a determinar su grado de dependencia y también esto, se asocia con la edad avanzada.

Se ha demostrado que la fuerza muscular del músculo extensor de la rodilla es importante para la movilidad y el balance, la cual va a disminuir con la edad (41).

La dependencia hace mención a como la salud, la enfermedad y sus efectos, perjudican la capacidad del ser humano para subsistir de manera independiente, es decir, a lo que el individuo puede o no puede hacer (42).

La dependencia es la consecuencia de la relación a través de distintos factores (biológicos, económicos, personalidad, familiares, ambientales, etc.) (43).

B. Clasificación del grado de dependencia:

- **Dependiente total:** En el momento que el individuo requiere apoyo para hacer sus funciones esenciales de la vida cotidiana durante la jornada, debido al daño universal de su independencia corporal, mental, intelectual o sensorial, la cual genera que necesite un apoyo generalizado para su autonomía personal.
- **Dependiente grave:** En el momento que el sujeto requiere apoyo para hacer sus funciones esenciales de la vida cotidiana dos o tres veces al día, no obstante, no solicita apoyo constante de un cuidador.
- **Dependiente moderado:** El individuo requiere apoyo en sus funciones diarias, al menos una vez al día o requiere un apoyo intermitente.
- **Dependiente leve:** Es la persona que requiere una mínima ayuda para realizar sus actividades diarias.

- **Independiente:** Es la persona que se avala por sí misma y capaz de realizar sus actividades diarias, y la cual tiene una autonomía física, mental, intelectual o sensorial (44).

C. Índice del grado de dependencia:

El índice de Barthel contempla 10 actividades asociadas a las actividades básicas de la vida diaria.

• Comida

La boca es el punto de entrada de la comida y en donde se comienza la vía del tracto gastrointestinal. La alimentación se refiere a la ingesta de comidas en la cual sus componentes de la comida son: las proteínas, hidratos de carbono, grasas, elementos inorgánicos, agua y electrolitos y vitaminas (45).

Las necesidades básicas permanecen en nuestra vida cotidiana, pero los adultos mayores pueden presentar problemas fisiológicos las cuales va relacionada al envejecimiento, la cual va a tener un efecto en el proceso digestivo (46).

• Lavado (baño)

Según Virginia Henderson, en sus 14 necesidades la cual la higiene personal, el lavado, y el aseo general del cuerpo son un motivo de gusto y tranquilidad a la persona la cual tiene un valor psicológico y fisiológico.

Las veces que el ser humano se baña es dependiendo cuánto lo necesita el cuerpo y esto se realizará con la autonomía (47).

El baño es una manera de higiene corporal, la cual va a eliminar los gérmenes y también brindara vitalidad a los tejidos. Elimina la grasa de la piel y evita las úlceras (48).

• **Vestido**

Según Virginia Henderson la utilización de prendas de vestir adecuadas tiene que ver con la protección del cuerpo, también tienen la función social, la cual se da según la actividad que se realiza. Por lo general, la ropa debe ser cómoda, la cual debe permitir la libertad de movimientos.

La imagen corporal es uno de los cuatro componentes principales del auto concepto, las cuales son: el vestido, maquillaje, peinado y adornos. Por lo que la ropa y los adornos tienen la satisfacción de hacer sentir bien a la persona. Es importante utilizar ropa adecuada para cada momento de la vida y sentirse aceptado en la sociedad (49).

• **Arreglo**

La imagen corporal es uno de los cuatro componentes principales del auto concepto, las cuales son el vestido, maquillaje, peinado y adornos. Por lo que la ropa y los adornos tienen la satisfacción de hacer sentir bien a la persona (50).

• **Deposición**

En el adulto mayor no siempre se debe hacer una deposición diaria y esto se debe al proceso de envejecimiento, la cual va a determinar que haya una pérdida del tono muscular, poca actividad física y poco va a ser el consumo de alimentos (51).

• **Micción**

Hay modificaciones en las vías urinarias bajas, las cuales son el control neurológico y la producción de orina con el envejecimiento (52).

En el mecanismo de la micción tiene dos fases: el llenado y el vaciado.

Hay algunas modificaciones en las vías urinarias bajas, del control neurológico y de la producción de orina se debe al envejecimiento. Por la cual hay una disminución en la presión de cierre de los esfínteres de la uretra la cual lleva una incontinencia de esfuerzo (53).

- **Ir al retrete**

La persona tiene la capacidad de la locomoción la cual va a permitir que realice sus actividades diarias en su medio. Al pasar de los años presenta una disminución de la capacidad del equilibrio, por la cual se refleja un deterioro funcional, psíquico y social. Con el envejecimiento se observa que hay modificaciones en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos la cual va a dirigir el equilibrio de la marcha (54)

- **Transferencia (traslado cama/ sillón)**

A medida que se deteriora el sistema osteo-muscular y esto debido a la edad se presentan problemas de movilidad, la cual va a generar un problema en la capacidad de ser independiente en su hogar y en relación con otras personas (55).

- **Deambulaci3n**

La rigidez, osteoporosis en el adulto mayor hacen que la deambulaci3n sea complicada y tambi3n puede ser dolorosa, la cual va a llevar que camine con precauci3n, ya que el equilibrio es limitado y hay un riesgo que presente una fractura (56).

La capacidad del adulto mayor de ser independiente significa tener la autonomía de realizar sus cosas de la vida diaria; con el envejecimiento la independencia y autonomía se ve dañado por tener una deficiencia para realizar sus actividades básicas, la cual va a estar relacionada con el autocuidado que se observa al levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazarse en su hogar (57).

• Subir y bajar escaleras

Nos permite tener en movimiento las piernas y así mejorar la fuerza muscular.

Cada ejercicio que se realice permitirá que tenga un efecto positivo en nuestra vida. Las personas entre 65 y 74 años presentan una disminución de un 3% de su altura a comparación de los adultos que tienen entre 18 -24, esto es debido al envejecimiento en la cual hay una disminución en la separación en los discos intervertebrales y la cifosis (58).

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

Estilo de vida

Es una agrupación de normas de los hábitos que determinan el modo general de existir de una persona o comunidad.

Grado de dependencia

La dependencia se ve reflejada con el estado de salud, la enfermedad que presenta y sus complicaciones, la cual va afectar la capacidad de ser independiente, o sea, a lo que el individuo puede o no puede hacer.

2.4 HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre los estilos de vida y el grado de grado de dependencia en el adulto mayor del Centro de Atención Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.

Ho: No existe relación entre los estilos de vida y el grado de grado de dependencia en el adulto mayor del Centro de Atención Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.

2.5 VARIABLES

Variable 1: Estilo de vida

Variable 2: Grado de dependencia

2.5.1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de Ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Grado de dependencia	Variable cualitativa de Escala de medición: Ordinal	La dependencia se ve reflejada con el estado de salud, la enfermedad que presenta y sus complicaciones, la cual va a afectar la capacidad de ser independiente, es decir lo	La capacidad del adulto mayor de ser independiente o dependiente la cual va a ser evaluado con el índice de Barthel en el Centro Gerontológico Rodolfo Viuda de Canevaro Rímac - 2018	Comida	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de comer solo. • Emplea la ayuda de alguien. 	3	Dependiente	Puntos < 20 será considerado Total dependencia Puntos 20-35 será considerado Grave dependencia Puntos 40-55 será considerada Moderada dependencia
				Lavado (baño)	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de realizarse el baño solo. • Necesidad de ayuda. 	2		
				Vestido	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra ser independiente al vestirse. • Realiza de forma dependiente. 	3		
				Arreglo	<ul style="list-style-type: none"> • Establece actividades personales. • Emplea la necesidad de otra persona. 	2		
				Deposición	<ul style="list-style-type: none"> • Establece una independencia en las deposiciones. • Demuestra la necesidad de ayuda para las deposiciones. 	3		
				Micción	<ul style="list-style-type: none"> • Control y uso independiente de objetos médicos. • Frecuencia de episodios ocasionales. 	3		
				Ir al retrete	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia en que lo acude. 	3		

		que el individuo puede o no puede hacer.			<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de incapacidad. 			<p>≥ 60 será considerado Leve dependencia</p> <p>Puntos de 100 será considerado Independiente</p>
			Transferencia (traslado cama/sillón)	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia en que camina de un lugar a otro. • Accesibilidad para ser atendido. 	4			
			Deambulaci3n	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de espacio recorrido. • Rechazo de ayuda para desplazarse. 	3			
			Subir y bajar las escaleras	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia en que realiza la actividad. • Nivel de autoconfianza 	3			

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de Ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Estilo de vida	Variable cualitativa Escala de medición: Ordinal	El conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo	El estilo de vida del adulto mayor lo genera uno mismo y por esto va ser evaluada por un instrumento Escala de Estilo de vida en el Centro Gerontológico Rodolfo Viuda de Canevaro Rímac - 2018	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de consumo de alimentos • Tipos de alimentos que consume durante el día. • Consumo de agua diario. • Consumo de frutas durante el día. • Selección de comidas. • Lectura de las etiquetas de las comidas. 	6 (1,2,3,4,5,6)	Saludable No saludable	Nunca: N= 1 A veces: A = 2 Frecuentemente: F = 3 Siempre: S = 4
				Actividad física y ejercicios	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia en la práctica ejercicios. • Rutina y tiempo de la actividad física. 	2 (7,8)		
				Manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica situaciones de estrés • Expresa sentimientos • Plantea alternativas • Actividades de relajación 	4 (9,10,11,12)		
				Apoyo interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con los demás • Relaciones interpersonales buenas 	4		

					<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos e inquietudes. • Apoyo social en situaciones difíciles. 	(13,14,15,16)		
				Autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción personal • Realización de actividades • Desarrollo personal 	3 (17,18,19)		
				Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Asiste a un centro de salud • Cuando presenta algún síntoma va al médico. • Medicación prescrita. • Recomendaciones del personal de salud. • Actividades que fomenten la salud. • Consume sustancias nocivas 	6 (20,21,22,23,24,25)		

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, donde se nos permitió examinar y medir los datos de forma numérica para ser analizados estadísticamente y facilitar la comparación entre estudios similares.

La investigación realizada es de carácter no experimental, porque las variables no se alteraron, basándose en la observación de las situaciones en su medio habitual para luego ser examinados.

El diseño del estudio es descriptivo, porque en la recolección de datos se describe las variables y correlacional, porque se busca la relación de las siguientes variables: estilos de vida y grado de dependencia, para analizar el vínculo entre estas variables.

De corte transversal, ya que recolecta la información en un tiempo determinado, es decir, la unidad de análisis es observada en un solo momento (59).

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población se define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones (59). En la investigación, la población estuvo conformada por los adultos mayores del Centro Gerontológico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, en el distrito de Rímac, la que constituyó un total

de 354 adultos mayores con o sin deterioro cognitivo hasta la fecha actual distribuidos en diferentes pabellones.

La muestra es el subconjunto de dicha población, que se obtiene para examinar las características o cualidades de esta última, es decir, importa saber lo que representa (59).

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N= Tamaño de la población (354)

Z= Nivel de confianza (1.96)

p= Probabilidad de éxito de la relación entre estilo de vida y grado de dependencia (0.9)

q= Probabilidad de fracaso (0.1)

d= Precisión (error máximo admisible en términos de proporción) (0.05)

$$n = \frac{354 \times (1.96)^2 \times 0.9 \times 0.1}{(0.05)^2 \times (354 - 1) + (1.96)^2 \times 0.9 \times 0.1}$$

$$n = \frac{354 \times 3.84 \times 0.9 \times 0.1}{(0.0025)^2 \times (353) + 3.84 \times 0.9 \times 0.1}$$

$$n = \frac{122.34}{0.88 + 0.34}$$

$$n = \frac{122.34}{1.22}$$

$$n = 100.27$$

$$n = 100$$

El tipo de muestreo que se realizó fue no probabilístico por conveniencia, ya que se nos asignaron los pabellones I, II, VI, VII y la residencia. Al culminar con la recolección de datos, se evidenció 73 adultos mayores encuestados del total de

la muestra, debido a que los demás no aceptaron participar y cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años a más que residan en el centro Geronto - Geriátrico.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que acepten participar del estudio.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Adulto mayor que se niega a participar.
- Adultos mayores con deterioro cognitivo.
- Adultos mayores con patologías complejas que requieran hospitalización.
- Adultos mayores con déficit de audición
- Adultos mayores que presenten problemas de comunicación, neurológicos y psicológicos.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada para este estudio fue la encuesta y se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos.

- **Instrumento 1:**

Escala de estilo de vida elaborado en sus inicios por Walker, Sechrist y Pender, en el año 1990, rectificado por las enfermeras R. Díaz, R. Delgado, y E. Reyna en el año 2010, que comprende un total de 25 ítems que están medidos en escala ordinal tipo Likert que varía de 1=Nunca (N), 2= A veces (A), 3= Frecuentemente (F) y 4=Siempre (S), donde se evalúa las siguientes dimensiones: alimentación (6 preguntas), actividad y ejercicio (2 preguntas), manejo del estrés (4 preguntas), apoyo interpersonal (4 preguntas), autorrealización (3 preguntas), responsabilidad en salud (5 preguntas).

El puntaje máximo del instrumento es 100 puntos y mínimo es 25. Los puntos obtenidos para la escala total resultan de la suma de las diversas respuestas a los 25 ítems. De la misma manera, se procede en cada subescala.

- **Instrumento 2:**

El índice de Barthel mide la capacidad funcional para realizar las actividades diarias (comida, baño, vestido, arreglo, ir al retrete, subir y bajar escaleras, transferencia, deambulaci3n, deposici3n, micci3n), mediante, la cual se van a asignar diferentes puntuaciones y ponderaciones seg3n la capacidad de la persona para realizar dichas actividades.

La puntuaci3n total de m3xima independencia es de 100 puntos y la de m3xima dependencia de 0. Los criterios de puntuaci3n son: Independiente =100 (95 en silla de ruedas), Dependiente leve = 91-99, Dependiente moderado = 61-90, Dependiente grave = 21-60 y Dependiente total = 0-20.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y AN3LISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de datos y el an3lisis estadístico se desarrollaron en tres fases:

Fase I. Se realiz3 el tr3mite administrativo, solicitando autorizaci3n para acceder a la informaci3n solicitada.

Fase II. Despu3s de obtener la autorizaci3n, se procedi3 a realizar las coordinaciones con la persona encargada del 3rea de investigaci3n el psic3logo Pedro Hern3ndez para fijar fechas y horarios adecuados para la recolecci3n de la informaci3n y no incomodar su labor. El tiempo estimado para responder la mencionada escala de vida fue de 10 a 15 minutos. En cambio, el índice de Barthel se bas3 en la observaci3n de sus actividades diarias por la mañana.

Fase III. Se recolect3 toda la informaci3n.

Una vez finalizado el proceso de recolecci3n de datos, se procedi3 verificar el correcto llenado de los mismos. Seguidamente, se pasaron los datos al

programa Microsoft Excel® para luego ser exportados al programa System Package for Social Sciences (SPSS) versión 22.0.

Mediante el programa estadístico, se desarrollaron tablas y gráficos para su presentación. En primer lugar, se elaboró la tabla de datos sociodemográficos. En segundo lugar, se estudiaron las tablas por separado para obtener los puntajes y su respectiva clasificación por niveles y, por último, para el objetivo general se utilizó la prueba de correlación Chi-cuadrado. Según Hernández (59), la prueba chi-cuadrado es un tipo de análisis no paramétrico que sirve para someter a una hipótesis de manera estadística que permite determinar la correlación entre variables cualitativas en estudios de tipo cuantitativos y si ésta es significativa o no, debe rechazarse o aceptarse la hipótesis nula y con ello aceptarse o rechazar la hipótesis del trabajo cuyo nivel de significancia es de 0.05.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

En el trabajo de investigación se precisó todos los principios bioéticos, respetando la privacidad del adulto mayor. Por tal motivo, no se dará a conocer datos personales. Asimismo, se respetó en la veracidad de los resultados y la confianza en los datos adquiridos.

Es importante la ética en el profesional de salud para dar una atención óptima, de calidad y eficiencia.

- **Beneficencia:** Es realizar el bien y brindar beneficios, donde el profesional de enfermería presta atenciones de calidad de acuerdo a la necesidad del paciente, apoyando al prójimo sin interés alguno, en resumen, actuar en función del gran beneficio posible para los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro ubicado en Rímac – Lima.
- **No Maleficencia:** Evitar hacer daño a las personas seniles, respetando y valorando sus creencias y hábitos de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico

Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro ubicado en Rímac – Lima, que participaron de la investigación.

- **Autonomía:** Es un principio que permite que los seres humanos tomen sus propias decisiones y entre ellas autorizar por medio del consentimiento informado en participar y responder a la información solicitada de cada uno de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro ubicado en Rímac – Lima.
- **Justicia:** El instrumento se aplicó a los que conformaron la muestra, es decir, los adultos mayores del Centro de Atención Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro ubicado en Rímac – Lima, sin distinción de raza, credo y nivel socioeconómico e intelectual, manteniendo la equidad entre los participantes.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

En la presente investigación participaron 73 adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. Respecto a las edades de los adultos mayores, se evidencia un 6.8% (5) adultos mayores con edades comprendidas entre 60 a 69 años, 37% (27) tiene entre los 70 a 79 años, 46.6% (34) tiene entre los 80 a 89 años, y el 9.6% tiene entre los 90 a 99 años. Entre los participantes el 43.8% (32) son del sexo masculino y el 56.2% (41) son del sexo femenino. En cuanto al grado de instrucción, tenemos 2.7% (2) Ilustrado, 21.9% (16) Primaria completa, 11% (8) Primaria incompleta, 21.9% (16) Secundaria completa, 17.8% (13) Secundaria incompleta, 13.7% (10) Superior universitario y el 11% (8) Superior Técnico. En el estado civil tenemos 9.6% (7) Casado(a), 69.9% (51) Soltero(a), 1.4% (1) Conviviente, 13.7% (10) Viudo y el 5.5% (4) Divorciado. Entre las personas que están aseguradas tenemos el 63% (46) y las personas que no están aseguradas son el 37% (27). Respecto a los tipos de seguro de salud que cuentan son el 39.7% (29) EsSalud, 23.3% (17) MINSA y el 37% (27) Ninguno. En los años que vive en el centro tenemos, el 52.1% (38) de 1 a 5 años, 19.2% (14) de 6 a 10 años y el 28.8% (21) los que viven más de 10 años. Los adultos mayores que reciben visitas familiares son 52.1% (38) y las personas que no reciben visitas familiares

son el 47.9% (35). Los adultos mayores que presentan alguna enfermedad son el 69.9% (51) y el 30.1% (22) no tiene ninguna enfermedad (Anexo C).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio en concordancia con los objetivos planteados en la investigación:

TABLA 1: Relación de los estilos de vida y el grado de dependencia en adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac, 2018

ESTILO DE VIDA		DEPENDIENTE			INDEPENDIENTE	TOTAL	CHI CUADRADO	p VALOR
		Dependiente Grave	Dependiente Moderado	Dependiente Leve	Independiente			
	N	37			36	73	0.007	0.935
	%	50.7			49.3	100		
NO SALUDABLE	n	3	20	2	24	49	0.007	0.935
	%	4.1%	27.4%	2.7%	32.9%			
SALUDABLE	n	0	10	2	12	24	0.007	0.935
	%	0.0%	13.7%	2.7%	16.4%			
TOTAL	n	3	30	4	36	73	0.007	0.935
	%	4.1%	41.1%	5.5%	49.3%			

Fuente: Elaboración propia

Para establecer la relación entre los estilos de vida y el grado de dependencia en los adultos mayores, basados en las categorías de clasificación, se aplicó la prueba Chi cuadrado con un valor de 0.007 y un valor de $p= 0.935$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula. Por lo tanto, no existe relación entre los estilos de vida y el grado de dependencia.

4.1.1 Resultados Globales

GRÁFICO N° 1: Estilos de vida en adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac - 2018

Estilo de Vida Saludable



Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico N° 1, respecto a los estilos de vida, se observa que del total de adultos mayores el 67.1% (n=49) presentan un estilo de vida no saludable y el 32.9% (n=24) tiene estilo de vida saludable.

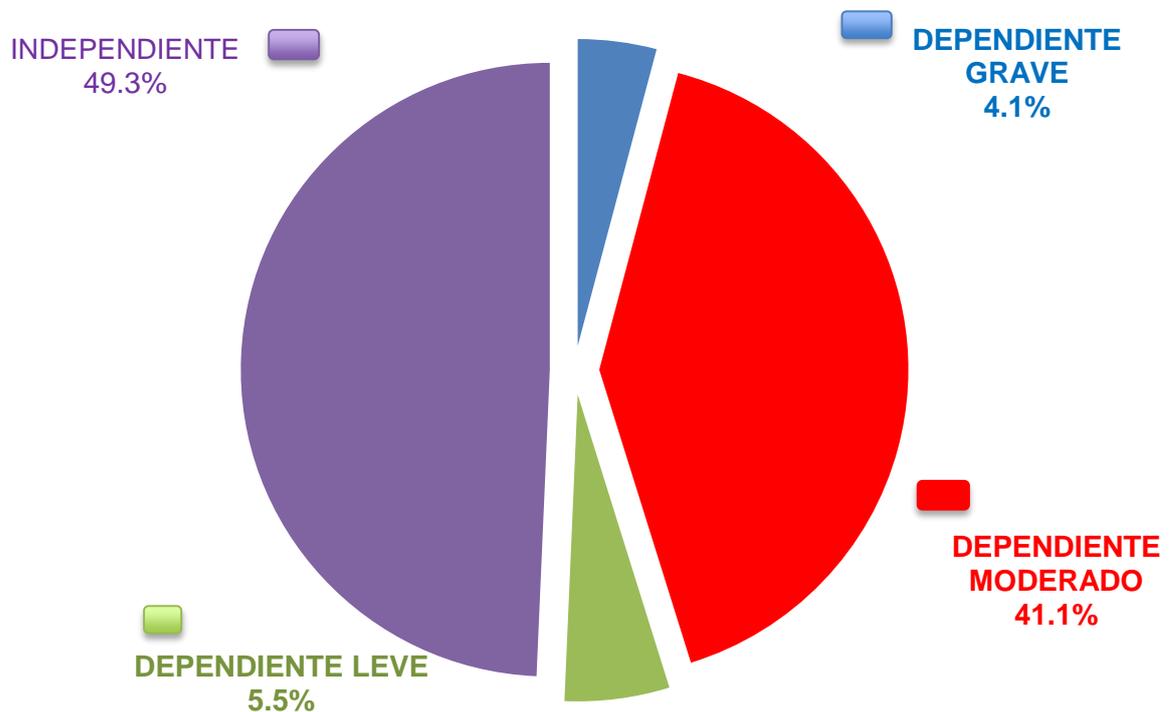
TABLA 2: Dimensiones del estilo de vida en adultos mayores en Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac, 2018

DIMENSIONES DEL ESTILO DE VIDA	NO SALUDABLE		SALUDABLE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Alimentación	17	22.3	56	76.7	73	100
Actividad y ejercicio	19	26	54	74	73	100
Manejo del estrés	52	71.2	21	28.8	73	100
Apoyo interpersonal	42	57.5	31	42.5	73	100
Autorrealización	26	35.6	47	64.4	73	100
Responsabilidad en salud	5	6.8	68	93.2	73	100

Fuente: Elaboración propia

En relación a las dimensiones del estilo de vida, se puede observar que existen dos dimensiones con mayor porcentaje, las cuales son Manejo del estrés en un 71.2% (52) son no saludables, en otras palabras, los adultos mayores que residen en esta institución evidencian situaciones personales (recuerdos del pasado) y familiares (no son visitados) que les ocasiona tensión, preocupación y tristeza y el apoyo interpersonal en un 57.5% (42) son no saludables, donde se demuestra que los adultos mayores se sienten aislados del entorno social y privado de las interacciones y amistades que los rodean así como la desconfianza en expresar sus emociones y/o sentimientos.

GRAFICO N° 2: Grado de dependencia funcional de adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac, 2018.



Fuente: Elaboración propia

En relación con el grado de dependencia, se puede decir que los adultos mayores dependientes son el 50.7% (37) representados en las siguientes categorías: dependiente moderado en un 41.1% (30), seguido de dependiente leve en 5.5% (4) y dependiente grave en 4.1 % (3); y los independientes son el 49.3% (36).

Se observa que los adultos mayores dependientes la categoría que más resalta es la de dependiente moderado, donde las actividades básicas diarias necesitan la ayuda de un profesional de salud o no que se encuentre capacitado para atender a este tipo de personas.

4.2. DISCUSIÓN

El envejecimiento inusitado de la población mundial ha traído consigo la necesidad de crear centros públicos de atención para el adulto mayor. En países en vías de desarrollo en América Latina, estos centros adquieren especial relevancia porque brindan soporte social y servicios de salud a los adultos mayores más necesitados. Las personas de la tercera edad que ingresan a estas residencias por iniciativa propia o por decisiones familiares son denominados “institucionalizados”, quienes constituyen una población vulnerable, porque pierde autonomía dado que deben adaptarse a un nuevo medio ambiente distinto a su estilo de vida, que puede favorecer o no su estado de salud.

Según los avances en salud, la importancia de realizar estrategias para la consolidación de estilos de vida saludable favorece en el desarrollo del estado de salud en óptimas condiciones y sobre todo en la prevención de distintas enfermedades que se generan en el modo de vivir en las etapas de vida. Indudablemente el estilo de vida puede acarrear para bien o mal en el envejecimiento, acrecentado o disminuyendo los factores de riesgo o de protección de dicha edad. Estas actitudes y/o comportamientos en la persona senil están relacionados con la forma de no desarrollar decisiones preventivas durante su vida, donde la salud es afectada desde lo físico (dependencia física) hasta lo emocional (abandono).

En la actualidad, los estudios realizados a la población adulta mayor son insuficientes a nivel internacional y nacional, la limitada difusión de los resultados existentes restringe el flujo adecuado de información para la toma de decisiones y tampoco se aprovecha en su totalidad el conocimiento ya existente, lo cual responde a un rechazo o al poco interés de la población de conocer una etapa importante en el ciclo vital, y lo más llamativo es que, todo ser humano va a llegar, este o no en óptimas condiciones de salud, y recordemos que los años pasan, pesan y cuestan.

La investigación realizada se basó en relacionar dos aspectos importantes, los estilos de vida y el grado de dependencia en personas adultas mayores, donde

se abarca temas importantes de primer nivel de atención (el papel de Enfermería se encuentra relegado en este sentido, porque se prioriza la parte intrahospitalaria), ya que un estilo de vida saludable favorece al autocuidado y autonomía óptimo, donde la persona mayor se siente segura y amada, y sobre todo aceptada en la sociedad. Asimismo, la familia y/o personal de salud es participe en la promoción y desarrollo de un proceso de envejecimiento saludable y activo.

Respecto al estudio estuvo orientado al logro del objetivo general donde se determinó que no existe correlación entre el estilo de vida y el grado de dependencia. De acuerdo con el resultado de Chi Cuadrado se obtuvo un valor $p= 0.935$, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula. Por lo tanto, no existe relación entre los estilos de vida y el grado de dependencia.

En este escenario valorativo hay aspectos que necesitan ser examinados por la enfermería, para priorizar e implementar estrategias de educación, promoción y prevención en orientación a la salud de forma integral que permitan desplegar cuidados individuales y colectivos. Dicho de otra forma, el estilo de vida se sujeta a decisiones propias del individuo validadas constantemente, es decir, las conductas humanas que asume en un determinado ambiente. El resultado de la manera de vivir está asociado a factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, cuya sumatoria da la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción, según Nola Pender (28). Es decir, la actitud hacia la salud se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable en esta etapa de vida. Por consiguiente, la ejecución de decisiones lleva al desarrollo de actividades que las personas pueden hacer con el fin de seguir viviendo, preservar la salud y prolongarla; a esto se refería Dorotea Orem al autocuidado (29). Ante estas teorías expuestas que, al conjugarse, complementa la participación integral del personal de enfermería, “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (28).

Con respecto al siguiente resultado de la investigación en relación a la variable estilo de vida, se observa que del total de adultos mayores el 67% presentan un estilo de vida no saludable y el 33% tiene estilo de vida saludable, resultado que causa alarma, porque nos referimos a una institución pública donde se tiene como objetivo cuidar el estado de salud de los albergados y proporcionar calidad de vida. En este sentido, concuerdan los resultados hallados por Cribillero y Vílchez (22), quienes encontraron que el 26.2% presenta un estilo de vida saludable y un 73.8% tiene un estilo de vida no saludable; también causa preocupación, porque esta investigación se ejecutó en un pueblo joven de Chimbote (Costa), donde la intervención del profesional de salud en el primer nivel de atención está siendo insuficiente. Estos resultados expuestos, evidencian una falencia en cuanto a la promoción y desarrollo de estilos de vida saludables en este último escalón del ciclo vital, siendo notoria la desatención o falta de programas de salud en cuanto a las personas mayores. Los estilos de vida no saludable conllevan a presentar enfermedades crónicas y degenerativas que con el paso se exacerban complicando el estado de salud, ocasionado la muerte. Por ende, se hace necesaria la participación e intervención constante del profesional de enfermería en la educación y proporción de conocimientos que los ayude a tomar decisiones que procuren un bienestar y sostenible estado de salud a través de la satisfacción de necesidades básicas. Basado en esto, se sostiene que la educación y promoción de la salud juegan un papel importante en la manera de vivir y sus respectivas modificaciones (28).

El hallazgo de nuestra tesis discrepa con los hallazgos de Zela y Mamani (20) quienes encuentran que el 50.5% tienen un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida muy saludable y el 24.3% estilo de vida poco saludable en las personas adultas mayores que se atienden en una Microred de Salud de Juliaca. Esto evidencia que la participación del profesional de salud actúa en los distintos factores de riesgo y protección de salud. Asimismo, Bustamante (23), muestra que el 62.2% de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable y el 37.8% un estilo de vida no saludable, estudio realizado en el asentamiento humano Santo Toribio en Chachapoyas. Ambas investigaciones que discrepan un aspecto a considerar es el lugar (Sierra- Selva) donde la población es más sensible a la información y educación en salud de manera empática y sencilla,

así como el medio ambiente que favorece a que la esperanza de vida en estos lugares se incremente.

En cuanto a las dimensiones del estilo de vida, tales como: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud, se evidencia que existe dos dimensiones con mayor porcentaje, las cuales son manejo del estrés en un 71.2% son no saludables y el apoyo interpersonal en un 57.5% son no saludables, donde el área psicoemocional del adulto mayor juega un papel trascendental en la toma de decisiones para el bienestar de su salud de manera integral, donde condiciona en sobremanera la salud, lo cual desencadena desde estados inmunológicos desequilibrados hasta colapso, locura y muerte.

Según Zela y Mamani (20), difieren en su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable, donde a mejor manejo de estrés, menor grado de hipertensión. Al referirnos de salud, el profesional de salud debe cuidar en un estado completo y unánime al ser humano, ya que en la mayoría de las veces la atención o las intervenciones solo se basan en el aspecto biofísico y en esta etapa de vida por lo general la salud empieza en el estado emocional.

En lo referente al grado de dependencia, se obtuvo que los adultos mayores dependientes representan el 50.7% distribuidos en las siguientes categorías: dependiente moderado en un 41.1%, seguido de dependiente leve en 5.5% y dependiente grave en 4.1% y los adultos mayores Independientes equivalen al 49.3%. Con estos resultados, donde el grado de dependencia moderado (el individuo requiere apoyo en sus actividades diarias al menos una vez al día) es notorio, se necesita que el profesional de salud (capacitado y empático) esté pendiente de las necesidades y/o actividades básicas del adulto mayor, agregado a esto, el factor de la institucionalización favorece que la persona presente un apego tanto al personal que labora como a los demás adultos que residen en el centro, ya que muchos de ellos son solteros (Ver Tabla N° 3).

Los resultados de la investigación concuerdan con Laguado, Camargo, Campo y Martín (13) donde indican 1.66% son de dependencia importante, 8.33 % son

dependencia moderada, 43.33% son dependencia leve, 46.66% son independientes, estudio hecho en Colombia a adultos mayores institucionalizados.

Asimismo, Toapante (15) en su estudio ejecutado a adultos mayores que residen en una institución de neurociencias indica que el 65% de los adultos mayores tiene algún tipo de dependencia; clasificándolos en leve 27%, moderada 11%, grave 8% y total 19 %; e independientes el 35%, la diferencia en esta investigación es que presentan algún tipo de trastorno mental que condiciona el desarrollo de sus actividades básicas.

Por otro lado, también coinciden Rodríguez y Landeros (17) indican que el 10% son adultos mayores con dependencia total, el 8.9% son de dependencia grave, el 14.4% son de dependencia moderada, el 41.1% son de dependencia leve y el 25.6% son independientes.

Huaranga y Carrera (19) indican en relación con el grado de dependencia son 0.5% de dependencia grave, 46.5% de dependencia moderada y 53% de dependencia leve de personas adultas mayores.

En contraste los hallazgos encontrados por Loredó, Torres, Morales, Palomé y Juárez (14) refieren que el 80.2% de los adultos mayores son independientes para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% son dependientes leves. Galdós (18) indica en su investigación que las personas adultas mayores representan el 56.61% y el 43.38% restante presenta un grado de dependencia ya sea parcial o total. Por otro lado, el 19.85 % corresponde a pacientes con dependencia parcial y el 23.52% total.

Monroe, Tello y Torres (21) indican que el 47.1% presenta un nivel de dependencia funcional (leve, moderado, severo) y el 52.9% son independientes.

En este punto cabe resaltar, que las actividades de educación para la salud (28), el profesional de salud tiene la ocasión de orientar al autocuidado y la alternativa de direccionarlo hacia los componentes donde reconozca la presencia de su déficit (29), ya que tiene que aprender aceptar que los cambios físicos y biológicos son parte del ciclo de vida. Es así que, el adulto mayor sabrá que la presencia de nuevas ideas de aspecto positivo transmitidos en forma clara y sencilla trae como resultado una salud óptima, además de sentir al personal de

enfermería como orientador y educador de sus conductas en las actividades básicas de la vida diaria, porque el desarrollo de estas actividades favorece a la autonomía integral y/o disminuye las limitaciones/ dependencias propias de la edad. Esto incluye también a la familia y sociedad que son referentes de identificación en dar soporte de forma íntegra que facilitará los cuidados hacia el adulto mayor, claro está liderados por el personal de salud, en especial la enfermería.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, tenemos que plantear como mejorar o disminuir los cambios propios del envejecimiento, partiendo de la educación y promoción, creando estrategias que consoliden y fortalezcan el estilo de vida saludable en las distintas etapas del ciclo vital procurando un estado de salud óptimo y sostenible en forma holística, y más aún en la etapa adulta mayor. De igual manera, la presente investigación puede desencadenar procesos de mejora.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- No existe relación entre el estilo de vida y el grado de dependencia en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac – 2018.
- En el presente estudio de investigación predomina el estilo de vida no saludable en los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac - 2018 Rímac – 2018.
- En el estilo de vida según dimensiones, aquellos más resaltantes son el manejo del estrés y el apoyo interpersonal que son no saludables, aspectos importantes en la estabilidad psicoemocional del adulto mayor para afrontar situaciones complicadas.
- Respecto a la variable grado de dependencia en los adultos mayores predomina levemente el dependiente y dentro de sus categorías resalta el dependiente moderado, donde la persona requiere apoyo en sus actividades básicas diarias, al menos una vez al día o requiere un apoyo intermitente.

5.2. RECOMENDACIONES

- Innovar e implementar estrategias educativas que permitan fortalecer los estilos de vida en los adultos mayores para consolidar una vida que goce de salud y fortaleza psicoemocional.
- Sensibilizar a través del desarrollo de acciones educativas sobre la importancia y la responsabilidad del adulto mayor institucionalizado en el diagnóstico precoz de sus problemas de salud y en la búsqueda de soluciones, como intervención primaria del profesional de salud.
- Desarrollar y fortalecer la independencia de las personas de tercera edad, a través de la estimulación de sus capacidades físicas y mentales realizados en los talleres y/o actividades a nivel individual y grupal.
- Ejecución de investigaciones en otras instituciones públicas y privadas de mayor demanda para obtener un consenso sobre la promoción y desarrollo de estilos de vida en los adultos mayores y mejorar el estado de salud.
- Realizar un monitoreo constante en los adultos mayores institucionalizados teniendo como propósito la participación y desarrollo de un estilo de vida saludable que permita tener un estado de salud óptimo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Rev. Gerokomos [revista en Internet] 2014. [Citado el 21 Febrero de 2018];25(6):57–62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. [Citado el 21 Febrero de 2018]. Available from: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/pub_p1.pdf
3. Guzmán M. Castro R. Almeida E. Manual de la Enfermería. Madrid: Cultural; 2005. Pág. 180-185.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. [Citado el 21 Febrero de 2018]. Available from: <http://www.who.int/ageing/es/>
5. Guzmán M, Sosa Z, Jiménez C, Espinoza E. Los adultos mayores en América Latina y El Caribe. Boletín Informativo 2002. [Citado el 21 Febrero de 2018]. [Internet]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor: Indicadores del Adulto Mayor Julio-Agosto-Septiembre 2017. Perú 2017. Informe Técnico No 4 - Diciembre 2017. [Internet] Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf

7. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. Educere [revista en Internet]. 2010 [Citado el 23 de Febrero de 2018]; 14(48):13–9. Available from: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
8. Fernández X, Méndez E. Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES - Costa. Rev. Población y Salud en Mesoamérica [revista en Internet]. 2007 [Citado el 12 de Enero del 2018]; 5(1). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2488424.pdf>
9. Revén, Franzkowiak y Wenzel. Gerontología. 4ta ed. España:San Cristóbal; 1999.
10. Cabrera A. Correlatos Sociodemográficos, Psicológicos y características de la Actividad Físico- Deportiva del Adulto Mayor de 60 años de Tapachula (Chiapas - México) [tesis doctoral]. España: Universidad de Murcia; 2009 [Internet]. Available from: <http://hdl.handle.net/10201/15495>
11. Mauk KL. Enfermería Geriátrica Competencias Asistenciales. Madrid: Mc Graw-Hill; 2008.
12. Gutiérrez L, García M, Jiménez J. Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años. [Libro en Internet]. CONACYT. México, D.F.: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2014. Available from: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
13. Laguado E, Camargo K, Campo E, Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [revista en internet] 2017 [15 de Abril del 2018]; 28(3): 135-141. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>

14. Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* [revista en internet] 2016[20 de Abril del 2018];13:159-165. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316300197>
15. Toapante Mendoza K. Nivel de Dependencia Funcional del Adulto Mayor con Trastorno Mental Utilizando la Escala de Barthel en Usuarios de las Residencias Asistidas del Instituto de Neurociencias Año 2015 [Tesis para el grado de médico]. Ecuador Universidad de Guayaquil; 2014-2015 [Internet]. 2015. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11000/1/Depenedencia Funcional Addulto Mayor.pdf>
16. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioterapia e Pesquisa* [revista en internet] 2015 [Acceso 25 de Abril del 2018]; 22(1):76-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180929502015000100076&lng=en&nrm=iso&tlng=es%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000100076&lang
17. Rodríguez R, Landeros M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* [revista en internet] 2014 [Acceso 22 de Marzo del 2018] 11(3):87-93. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706314726715>
18. Galdos López AC. Relación entre Grado del estado cognitivo y Grado de dependencia en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del HRHD en Febrero 2016. [Tesis Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2016 [Internet].

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN; Available from:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3461>

19. Velazco Huaranga L, Carrera Luis T. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016[Tesis de Licenciatura].Lima:Universidad Peruana Unión;2017 [Internet]. Available from:
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/415>
20. Zela L, Mamani W, Mamani R. Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015.Revista de Investigacion Universitaria[revista en internet]2015.[Acceso 26 de Marzo del 2018];4(1):35-41. Available from:
<https://core.ac.uk/download/pdf/54242576.pdf>
21. Monroe Diaz F, Tello del Mar S, Torres Bueno M. Prevalencia y asociación entre la dependencia funcional y síntomas depresivos en el adulto mayor de un centro público de atención residencial gerontogeriatrico de Lima-Perú[Tesis Medico Cirujano].Lima:Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas;2015. [Internet]. Available from:
<http://hdl.handle.net/10757/621622>
22. Cribillero M, Vilchez M. Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del adulto mayor, Pueblo Joven El Progreso, Chimbote,2015.In Crescendo.Ciencias de la Salud [revista en internet] 2015 [Acceso 23 de Marzo del 2018];2:1-6. Available from:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/view/1010>
23. Bustamante Fernández N. Factores Biosocioculturales y Estilo de Vida del adulto mayor del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo-Chachapoyas-2015.[Tesis de Licenciatura]. Chachapoyas:Universidad Nacional Toribio Rodriguez de Mendoza de Amazonas;2015. [Internet]. Available from:

http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ADCH_c08bf2752a22ac5a3b1369b10f77b7bc

24. Roldán Monzón A. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. [Internet]. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/541/1/Roldan_ma.pdf%0A
25. Soto Casas C. Valoración del Equilibrio y Marcha en Adultos Mayores que participan y no, en un Programa de Ejercicio Físico, en el Hospital San Juan De Lurigancho-Enero 2014. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2014. [Internet]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3764%0A>
26. Torres Almedo A. Comportamiento Epidemiológico del Adulto Mayor según su Tipología Familiar [Tesis de Especialidad]. Colima: Universidad de Colima; 2003. [Internet]. Available from: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_E MANUELLE.pdf
27. García Hernández M, Martínez Cuervo F, Alés Reina M, Silva García L, Rodríguez Suárez L, Junquera Velasco C, et al. Auxiliares de Enfermería de la Comunidad de Extremadura. España: Mad; 2006 [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8466566449>
28. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm Univ* [revista en Internet] Octubre – Diciembre 2011 [Citado el 08 de Junio del 2018]. 8(4):16–23. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf>
29. Alés Reina M, Ania Palacios J, Junquera Velasco C, García Bermejo J, Rodríguez Suárez L, Morillo Cadierno R, et al. Auxiliar de Enfermería del

- Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. 2a ed. España: Madrid, 2006. [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8466550461>
30. Oblitas L. Conductas y estilos de vida: Influyen en la SALUD. Rev. DHI [revista en Internet]. 2006 [Citado el 23 de Abril del 2018]; 2:400. Available from: <http://desarrollohumanointegral.org/resources/Conductas-y-estilos-de-vida.pdf>
31. Rosales R, García R, Quiñones E. Estilo de vida y autopercepción sobre Salud Mental en el Adulto Mayor. Rev. Medisan [revista en Internet]. 2014 [Citado el 23 de Abril del 2018]; 18(1):61–68. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1c899b24-7982-490d-95a7-d78df8465ec2%40sessionmgr102>
32. Coreil J, Levin J, Gartly E. Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. Rev. Clínica y Salud [revista en Internet]. 1992 [Citado el 25 de Marzo del 2018]; 3 (3): 221-231. Available from: http://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1992/vol3/arti1.htm#_Hlk419770790
33. Monreal P, Del Valle A, Serda B. Los grandes olvidados : Las personas mayores en el entorno rural. Rev. Investigaciones Aplicadas [Internet]. 2009; [Citado el 25 de Marzo del 2018] 18:269–77. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n3/v18n3a07.pdf>
34. Depaux Ruth. Acciones efectivas sobre cambio en estilos de vida. Rev. Científica Sociedad Chilena de Medicina Familiar y General de Chile [revista en Internet]. Diciembre 2012 [Citado el 25 de Marzo del 2018]; 11(1):29–39. Available from: <http://revista.sochimef.org/index.php/revchimf/article/viewFile/6/6>
35. Goldbaum Moisés. Estilos de vida y modernidad [Internet]. Diciembre 2014 [Citado 25 de Marzo del 2018]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/265232388_ESTILOS_DE_VIDA_Y_MODERNIDAD

36. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Rev. Hacia la Promoción la Salud [revista en Internet]. Enero – Junio 2010 [Citado 29 de Marzo del 2018]; 15(1):128–43. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
37. Sánchez E, Pino J. Estilos de vida y salud. Rev. Educere [revista en Internet]. 2009 [Citado 16 de Marzo del 2018]; 1(4):1–9. Available from: [http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo de vida y salud.pdf](http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo_de_vida_y_salud.pdf)
38. Pendel. Comportamientos del ser humano según su evolución. Ed. 3: Santiago. Chile, 1996.
39. Serrano M, Cervera P, López C, Ribera J, Sastre A. Guía de alimentación para personas mayores. [Internet]. Instituto Danone. 2010 [Citado el 2 de Abril del 2018]; 13-24 p. Available from: http://www.institutodanone.es/assets/guia_de_alimentacion_para_personas_mayores.pdf <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf#page=20>
40. Ceballos O, Álvarez J, Medina R. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. Un análisis en la Ciudad de Monterrey. [Internet]. El Manual Moderno. 2012 [Citado el 2 de Abril del 2018]; 1-139 p. Available from: [http://eprints.uanl.mx/4476/1/Capitulos de libro.pdf](http://eprints.uanl.mx/4476/1/Capitulos_de_libro.pdf)
41. Benavides C, García J, Fernández J, Rodrigues D, Ariza J. Condición Física , Nivel de Actividad Física Instrumentos para su cuantificación Physical Fitness , Physical Activity Level and Functional Capacity in Older Adults : Instruments for Their Quantification. Artículo de Revisión [Revista en Internet] 2017 Julio-Dici. [Citado el 15 de Abril del 2018]; 20(2): 255-265 Available from: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v20n2/v20n2a04.pdf

42. Álvarez Gregori J, Macías Nuñez J. Dependencia en Geriatria.España:AQUILAFUENTE;2009.51 [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8478002758>
43. Álvarez Gregori J, Macías Nuñez J. Dependencia en Geriatria.España:AQUILAFUENTE;2009.185 [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8478002758>
44. Autores V. Baremo de valoración de la dependencia.Madrid:Boletín Oficial del Estado;2011. [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8434019728>
45. Natalia Gimenez M. Nutrición y Alimentación: su relación con la Salud Bucal. [Tesis de Licenciatura].Santa Fe: Universidad Abierta Interamericana;2011. [Internet]. Available from: <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111920.pdf%0A>
46. Autores V. Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería. Servicios de salud.Madrid:CEP;2017.134 [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8468186384>
47. Valdez Raymundo G. Cuidado de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson sobre las 14 necesidades básicas del usuario (estudio realizado en el hospital regional de occidente ubicado en la ciudad de Quetzaltenango)[Tesis de Licenciatura]. Quetzaltenango:Universidad [Internet]. Available from: <https://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/02/Valdez-Gabriela.pdf>
48. Autores V. Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería. Servicios de salud.Madrid:CEP;2017.133 [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8468186384>
49. Valdez Raymundo G. Cuidado de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson sobre las 14 necesidades básicas del usuario

(estudio realizado en el hospital regional de occidente ubicado en la ciudad de Quetzaltenango)[Tesis de Licenciatura]. Quetzaltenango:Universidad [Internet]. Available from: <https://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/02/Valdez-Gabriela.pdf>

50. Valdez Raymundo G. Cuidado de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson sobre las 14 necesidades básicas del usuario (estudio realizado en el hospital regional de occidente ubicado en la ciudad de Quetzaltenango)[Tesis de Licenciatura]. Quetzaltenango:Universidad [Internet]. Available from: <https://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/02/Valdez-Gabriela.pdf>

51. Autores V. Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería. Servicios de salud. Madrid:CEP;2017.134 [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8468186384>

52. Morales Martínez F. Temas Prácticos en Geriatría Y Gerontología. San Jose:Universidad Estatal a Distancia;2000.44. [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9968310832>

53. Crespo C, Montesinos L, Fillol M. Fisiopatología de la micción. Nuevos conceptos. Suelo Pélvico[Revista en Internet]2014[Acceso 13 de Marzo del 2018]; 10 (1): 3-6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost...site>

54. Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Médica Clínica Las Condes[Revista en Internet]2014[Acceso el 30 de Marzo del 2018;25(2):265-275. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014700379>

55. Autores V. Auxiliar de Enfermería de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. Madrid:CEP.2016.409. [Internet]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8468182591>

56. Autores V. Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería. Servicios de

salud.Madrid:CEP;2017.135 [Internet]. Available from:
<https://books.google.com.pe/books?isbn=8468186384>

57. Piña Tabares S. Valoración Funcional del Adulto Mayor Hospitalizado[Tesis de Maestría].Monterrey:Universidad Autonoma de Nuevo León;2009. [Internet]. Available from:
<https://eprints.uanl.mx/2002/1/1080187847.pdf%0A>

58. Autores V. Auxiliar de Enfermería de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. Madrid:CEP.2016.410 [Internet]. Available from:
<https://books.google.com.pe/books?isbn=8468182591>

59. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 5ª ed. Mexico: MCGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. DE C.V; 2006. 1 – 882 p. Available from:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf

ANEXO A: Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE ESTILO DE VIDA

I. Presentación

Estimado Sr. (a), somos alumnas egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener. Estamos realizando un trabajo de investigación, con la finalidad de obtener información sobre los estilos de vida y el grado de dependencia de los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. Para lo cual se solicita sÍrvase contestar con veracidad las preguntas que a continuación se exponen, expresándole que los datos son de carácter anónimo y de fines exclusivos para la investigación. Nos despedimos agradeciéndole anticipadamente su participación. Gracias.

II. Instrucciones:

-Complete los espacios en blanco.

-Marque con un (X) la respuesta que considere la más adecuada.

Considerando que:

-Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces.

-Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces.

-Frecuentemente (F), conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces.

-Siempre (S), conducta que realiza diariamente o a cada instante.

III. Datos Generales:

1. Nombres y Apellidos:

2. Edad (años):.....

3. Sexo:

a) Femenino

b) Masculino

4. Grado de Instrucción:

a) Illetrado

b) Primaria completa

c) Primaria incompleta

d) Secundaria Completa

e) Secundaria incompleta

f) Superior universitario

g) Superior técnico

5. Estado Civil:

a) Casado(a)

b) Soltero(a)

c) Conviviente

d) Viudo

e) Divorciado

6. ¿Cuenta con algún seguro de salud? Sí () No ()

7. ¿Qué tipo de seguro de salud?

a) EsSalud

b) Seguro integral de salud

c) Otros

8. ¿Cuántos años reside en el Centro Residencial?

a) 1 -5 años

b) 6- 10 años

c) Más de 10 años

9. ¿Recibe visitas familiares? Sí () No ()

10. ¿Tiene alguna enfermedad? Sí () No ()

Marque una sola respuesta

N°	ITEMS	CRITERIOS			
		NUNCA (N)	A VECES (A)	CON FRECUENCIA (F)	SIEMPRE (S)
	ALIMENTACIÓN				
1.	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena				
2.	Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales.				
3.	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				
4.	Incluye entre comidas el consumo de frutas				
5.	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.				
6.	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar ingredientes.				
	ACTIVIDAD Y EJERCICIO				
7.	Realiza Ud. ejercicio físico por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana (correr, trotar, caminar, otros)				
8.	Diariamente realiza actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo (como utilizar las escaleras en vez de utilizar el ascensor ,caminar después de almorzar u otros)				
	MANEJO DEL ESTRÉS				
9.	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
10.	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.				
11.	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.				
12.	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.				

APOYO INTERPERSONAL					
13.	Se relaciona con los demás.				
14.	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.				
15.	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.				
16.	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.				
AUTORREALIZACIÓN					
17.	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
18.	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
19.	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.				
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20.	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
21.	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.				
22.	Toma medicamentos sólo prescritos por el médico.				
23.	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.				
24.	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.				
25.	Consumo sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.				

INSTRUMENTO DE BARTHEL

COMIDA			Marcar
	10	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	

	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla es capaz de comer solo.	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	
LAVADO (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse todo, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	
VESTIDO			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.	
ARREGLO			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.	
	0	Dependiente. Necesita ayuda.	
DEPOSICIÓN			
	10	Contiene. No presenta episodios de incontinencia.	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal.	
MICCIÓN			
	10	Contiene. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal....)	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.	
IR AL RETRETE			
	10	Independiente. Entra y sale solo y n necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.	

TRANFERENCIA (traslado cama/ sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquiera ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda no supervisión.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de subir escalones.

ANEXO B: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“ESTILOS DE VIDA Y GRADO DE DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR
CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL GERONTO GERIÁTRICO IGNACIA
RODULFO VIUDA DE CANEVARO,
RÍMAC – 2018”**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Universidad Norbert Wiener. He sido informado(a) que el objetivo de este estudio es determinar la relación del estilo de vida y grado de dependencia en adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018.

Se me ha indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione problemas algunos para mi persona y tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a:

Dr. Segundo Millones Gómez

Telf. 989725033

Correo electrónico: segundomillones@yahoo.es

Gisela Andrea Palomares Sava: Correo electrónico: gise.4992@gmail.com

Jackeline Brigitte Jirón Carmen: Correo electrónico: bigui0806@gmail.com

(Teléfonos: #940124687, #997962893 respectivamente)

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

DNI:

DNI:

Firma del Participante:

Firma del Investigador:

Fecha:

Fecha:

ANEXO C: Tablas complementarias

Tabla N° 3: Características sociodemográficas de los adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, distrito del Rímac - 2018

	n	%
EDAD (años)		

60-69	5	6.8
70-79	27	37.0
80-89	34	46.6
90-99	7	9.6
SEXO		
Masculino	32	43.8
Femenino	41	56.2
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Iletrado	2	2.7
Primaria completa	16	21.9
Primaria incompleta	8	11.0
Secundaria completa	16	21.9
Secundaria incompleta	13	17.8
Superior universitario	10	13.7
Superior técnico	8	11.0
ESTADO CIVIL		
Casado(a)	7	9.6
Soltero(a)	51	69.9
Conviviente	1	1.4
Viudo	10	13.7
Divorciado	4	5.5
ASEGURADO		
Si	46	63.0
No	27	37.0
TIPO DE SALUD QUE CUENTA		
Es Salud	29	39.7
MINSA	17	23.3
Ninguno	27	37.0
RESIDENCIA		
1-5 años	38	52.1
6-10 años	14	19.2
Más de 10 años	21	28.8
RECIBE VISITAS FAMILIARES		
Si	38	52.1
No	35	47.9
TIENE ALGUNA ENFERMEDAD		
Si	51	69.9
No	22	30.1
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia

ANEXO D: Carta de permiso de la UNW



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 28 de marzo de 2018

CARTA N° 08-03-42/2018/DFCS/UPNW

Señor,
Lic. Pedro Hernandez Gonzales
Encargado del Area de Capacitación e Investigación
Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rdo. Vda. De Canevaro
Presente.-

De mi mayor consideración:

Mediante la presente le expreso el saludo institucional y el mío propio y al mismo tiempo solicito a usted la autorización a las bachilleres Palomares Savá Gisela Andrea y Jirón Carmen Jackeline Brigitte; perteneciente a la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de esta casa de estudios, para poder llevar a cabo su proyecto de investigación titulado: "Estilos de Vida y Grado de Dependencia en el Adulto Mayor Del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro, Rimac-2018"

Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.

Atentamente,



Mendigure
Mg. Julio Mendigure Fernández
DIRECTOR DE LA ESCUELA ACADÉMICO
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ANEXO E: Carta de respuesta del Centro de Atención Residencial Geronto
Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro**



"Año del diálogo y la Reconciliación Nacional"

INFORME No. 034 - 2018 - SPSIC-CARGG-IRVC/GPC/SBLM

A : Mg. JULIO MENDIGURE FERNÁNDEZ
Director de la Escuela Profesional de Enfermería
Universidad Norbert Wiener

DE : Lic. PEDRO HERNÁNDEZ GONZÁLES
Encargado del Servicio de Psicología y
Capacitación e Investigación.

ASUNTO : Rpta. Carta No. 08-03-42/2018/DFCS/UPNW

FECHA : Rímac, 06 de Abril de 2018

Mediante el presente saludo a usted y a la vez hago llegar la información en lo que respecta al Proyecto de Investigación denominado "ESTILOS DE VIDA Y GRADOS DE DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL CARGG-IRVC", presentado por las bachilleres: PALOMARES SAVÁ, GISELA ANDREA Y JIRÓN CARMEN JACKELINE BRIGITTE; de la Escuela Académico Profesional de Enfermería DE LA FACULTAD DE Ciencias de la Salud - Universidad Norbert Wiener; en donde se da opinión **FAVORABLE** para utilización de nuestro campo clínico; y a la culminación del mismo dejará copia de la investigación que redundará en la mejora de la calidad de vida de nuestra población objetivo.

Atentamente,



Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana
Gerencia de Protección Social
Sub-Gerencia de Protección del Adulto Mayor
CARGG IRVC

Lic. PEDRO A. HERNÁNDEZ GONZÁLES
Coordinador del Servicio de Psicología

ANEXO F: Cronogramas de visitas del Centro de Atención Residencial

Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro

**“ESTILOS DE VIDA Y GRADO DE DEPENDENCIA EN
EL ADULTO MAYOR CENTRO GERONTOLÓGICO
IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO,
RÍMAC – 2018”**

Integrantes:

- JIRON CARMEN, JACKELINE BRIGITTE
- PALOMARES SAVA, GISELA ANDREA.

CRONOGRAMA DE VISITAS:

FECHA	HORARIO	PABELLON	RESPONSABLE
06/04/2018	11:00 am - 12:00 pm	6 - 7	
09/04/2018	09:30 am - 12:00 pm	6 - 7	
12/04/2018	09:30 am - 12:00 pm	6 - 7	
16/04/2018	09:30 am - 12:00 pm	1 - 2	
18/04/2018	09:30 am - 12:00 pm	1 - 2	
20/04/2018	09:30 am - 12:00 pm	1 - 2	
23/04/2018	9:30 am - 12:00 pm	Central	
24/04/2018	9:30 am - 12:00 pm	Central	

Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana
"ALBERGUE CANEVARO"

Lic. PEDRO HERNANDEZ GONZALES
Cent. Área Capacitación, Investigación y Monitoreo

vobz
ceefone
25/04/18