UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO "ME CUIDO APRENDIENDO", EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD JOSE ABELARDO QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO, 2016

PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor(es):
Bach. Santisteban Santacruz, Socorro Zayru

Bach. Serquen Quispe Lucy Fiorela

Asesora:
Mg. Benavides Fernández, Yanet Marisol

Línea de Investigación:
Gestión, seguridad y calidad del cuidado

Pimentel – Perú
2019

INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO "ME CUIDO APRENDIENDO", EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD JOSE ABELARDO QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO, 2016.

Presentada por la Bach.Serquen Quispe Lucy Fiorela para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Señor de Sipan

Aprobado por los miembros del Jurado de Tesis:

Mg. Avalos Hubeck, Janet
Presidenta

Mg. Morán Gómez, Elsa Esther
Secretaria

Mg. Benavides Fernández, Yanet Marisol
Vocal

DEDICATORIA

A mis queridos padres Olga y Miguel que siempre me han apoyado, a mis hermanas quienes están ahí con sus palabras y aliento, en especial a Juliana quien me apoya incondicionalmente.

Fiorella.

A Dios por ser mi fuerza para llegar a concluir esta carrera profesional. A mis padres, y a mi hermano Paul, por su amor y acompañamiento permanente ayudándome a cumplir los retos trazados. A mi hijo Dylan por ser mi motor y fuerza para concluir mis metas trazadas.

Zayru

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a Dios por brindarnos la oportunidad de vivir, por permitirnos disfrutar cada momento de nuestra vida y guiarnos por el camino que nos ha trazado.

Así mismo agradecer de manera especial y sincera a las Asesoras: Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz y Lic. Janet Marisol Benavides Fernández y a los profesionales de enfermería quienes participaron como expertos temáticos, por su apoyo y sugerencias.

A la Universidad Señor De Sipán, Escuela de Enfermería y en ella a la Directora de la Escuela con su distinguidos docentes, quienes con su profesionalismo y ética encaminan nuestra educación.

A los profesores que durante toda la carrera profesional aportaron a nosotras en la formación, con sus consejos, enseñanzas y sobre toda su amistad

Así también nos sentimos agradecidas con en el Centro de Salud "José Abelardo Quiñonez Gonzales", por su apoyo incondicional y su acogida de manera empática y profesional, facilitando la realización de las actividades, desarrollado en el programa del adulto mayor

Las autoras

RESUMEN

Esta investigación tuvo por objetivo determinar la influencia del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo", en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo, 2016; el tipo de investigación fue cuantitativo y diseño cuasi experimental con dos grupos control y experimental. La población estuvo conformada por 100 adultos mayores y se trabajó con una muestra experimental de 50. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de la calidad de vida de Olson y Barnes, que constó de 10 preguntas. Los resultados fueron en la dimensión hogar y bienestar económico el 8,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida y el 12,0% tiene una tendencia a una baja calidad de vida. En el post test el 92,0% tiene una óptima calidad de vida, en la dimensión amigos, vecindario y comunidad el 4,0% tiene una baja calidad de vida y en el post test el 70,0% se obtuvo una óptima calidad de vida, en la dimensión educación y ocio el 12,0% tiene una baja calidad de vida y el 8,0% tiene una tendencia a una baja calidad de vida. Mientras que en el post test muestra que el 48,0% tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 52,0% tiene una óptima calidad de vida, en la dimensión medios de comunicación el 12,0% tiene una baja calidad de vida. Mientras que en el post test el 52,0% tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 48,0% tiene una óptima calidad de vida, en la dimensión religión el 4,0% tiene una baja calidad de vida. Mientras que el post test el 20,0% tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 80,0% tiene una óptima calidad de vida y en la dimensión salud indica que el 4,0% tiene una baja calidad de vida y después de aplicado el programa educativo el 100,0% tiene una óptima calidad de vida. Se concluye que en el pre test al grupo experimental el 4,0% tiene tendencia a baja calidad de vida. Mientras que después de aplicado el programa educativo el 100,0% obtuvo una óptima calidad de vida, resultados que no variaron en el grupo control.

Palabras clave: Calidad de vida, cuidado personal, adulto mayor, enfermería

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the influence of the Educational Program "Me Cuido Aprendiendo", on the quality of life of the elderly in the José Quiñones Gonzáles Health Center - Chiclayo, 2016; The type of research was quantitative and quasi-experimental design with two control and experimental groups. The population consisted of 100 older adults and we worked with an experimental sample of 50. The technique was the survey and the instrument the Scale of the quality of life of Olson and Barnes, which consisted of 10 questions. The results were in the household dimension and economic well-being, 8.0% of adults have a low quality of life and 12.0% have a tendency to a low quality of life. In the post test 92.0% have an optimum quality of life, in the dimension friends, neighborhood and community 4.0% have a low quality of life and in the post test 70.0% was obtained an optimal quality of life, in the education and leisure dimension, 12.0% have a low quality of life and 8.0% have a tendency to a low quality of life. While in the post test it shows that 48.0% have a tendency to an optimal quality of life and 52.0% have an optimal quality of life, in the dimension media, 12.0% have a low quality of life. While in the post test 52.0% have a tendency to an optimal quality of life and 48.0% have an optimal quality of life, in the religion dimension 4.0% have a low quality of life. While the post test 20.0% have a tendency to an optimal quality of life and 80.0% have an optimal quality of life and in the health dimension it indicates that 4.0% have a low quality of life and After applying the educational program, 100.0% have an optimum quality of life. It is concluded that in the pretest to the experimental group 4.0% have a tendency to low quality of life. While after applying the educational program 100.0% obtained an optimal quality of life, results that did not vary in the control group.

Keywords: Quality of life, personal care, elderly, nursing

.

ÍNDICE

DEDICATORIA iii
AGRADECIMIENTO iv
RESUMEN v
ABSTRACT vi
ÍNDICE vii
I. INTRODUCCIÓN 8
1.1 Realidad Problemática 10
1.2 Antecedentes de estudio 13
1.3 Teorías relacionadas al tema 19
1.4 Formulación del problema 33
1.5 Justificación e importancia del estudio 33
1.6 Hipótesis 34
1.7 Objetivos 34
II. MATERIAL Y METODOS 36
2.1 Tipo y diseño de investigación 36
2.2 Población y Muestra 36
2.3 Variables, Operacionalización 38
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad 41
2.5 Procedimientos de análisis de datos 42
2.6 Criterios éticos 43
2.7 Criterios de Rigor científico. 44
III. RESULTADOS 46
3.1 Tablas y Figuras 46
3.2 Discusión de resultados 71
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 74
REFERENCIAS 76
ANEXOS 83

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en los adultos mayores hoy en día tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. Así mismo contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida. Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida.

Según avances en relación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como "un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores". Además se considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros.

El concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros. Por tanto, para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación a sus relaciones familiares, de amistad y redes de apoyo social y laboral. La evolución de este concepto muestra la combinación de componentes subjetivos y objetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida

“objetivas” de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta frente a estos múltiples factores.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la influencia del Programa Educativo “Me Cuido Aprendiendo”, en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016, por lo cual, su ejecución se llevó a cabo teniendo en cuenta un proceso lógico, organizado y estructurado. En el capítulo I, se planteó la realidad problemática, la formulación del problema, la delimitación de la investigación, justificación, las limitaciones y los objetivos de investigación. El capítulo II, se detalló el marco teórico, los antecedentes de estudio, las bases teóricas de las variables. El capítulo III, se dió a conocer el marco metodológico, explicando el tipo y diseño de investigación aplicado, la población, hipótesis, el cuadro de operacionalización de variables, el método, las técnicas e instrumentos utilizados, la recolección de datos, el análisis estadístico y finalmente los criterios éticos y científicos. El capítulo IV, se presentan los resultados de la investigación debidamente descritos además los gráficos, tablas y la discusión de resultados. Finalmente, en el capítulo V se detallaron las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas utilizadas y los anexos.

1.1 Realidad Problemática

Dentro del ciclo vital el envejecimiento es un proceso que se da permanentemente, más en nuestros días, una persona con más de 60 años puede vivir un promedio de 20 años más (1). Las personas de 80 años y más conforman un grupo de rápido crecimiento en la mayor parte de los países de la región de las Américas (2). Por lo tanto, mantener la calidad de vida en la vejez y aumentar el número de años libres de discapacidad es una prioridad para la salud pública (3)

Sobre la calidad de vida Puente y Menéndez (4) en Medellín en el 2011, expresan que "para lograr que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida, debe brindársele especial atención al estado de salud de este grupo", esta acotación realizada por Puente et al, sigue la línea mencionada por la OMS, y cuando nos referimos a calidad es "particularmente a grupos o comunidades en los cuales existe un óptimo bienestar entre las dimensiones que constituyen la salud: estilo de vida saludable, integración familiar, participación comunitaria activa y calidad ambiental, entre otros". Al respecto Estrada (5), menciona que en la calidad de vida de los adultos mayores presentan sintomatología depresiva, ansiedad y que sus condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización para sus actividades diarias. (6)

En Sudamérica específicamente en Chile, una de las principales iniciativas realizadas por la Pontificia Universidad Católica de Chile con el apoyo del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, es la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes, realizada en 2007 y 2010, con el objetivo de conocer la realidad de los adultos mayores chilenos, conocer sus formas de vida, sus preocupaciones, sus percepciones respecto de su situación económica, familiar, social y de salud, además de los factores que les permiten sentirse más satisfechos con la vida y gozar de un bienestar general, sobre todo en una etapa de la vida que debiese estar destinada para ello (7).

Al considerar que la condición o calidad de vida resulta un factor importante, que interviene en la percepción del proceso de envejecimiento, y en el influjo depresógeno, donde la apreciación que el sujeto tiene de su realidad es fundamental para su bienestar; por ello, algunos estudios que han percibido la necesidad de un componente cualitativo como complemento para determinar la salud y bienestar del adulto mayor han reportado

que una población sustancial de adultos mayores en el Ecuador viven en condiciones alarmantes de vulnerabilidad; donde aproximadamente el 22.8% de los adultos mayores reportan vivir en condiciones sociales buenas, mientras que solo el 6.5% de los adultos mayores indígenas dicen lo mismo. Al otro extremo, mientras 23.4% de los adultos mayores ecuatorianos viven en condiciones sociales de indigencia, el 53.2% de los adultos mayores indígenas son indigentes, lo que quiere decir que aproximadamente 62.000 adultos mayores indígenas viven en condiciones sociales de indigencia, en lo que respecta a la educación, es notorio el bajo nivel educativo, siendo la media de 5.2 años, además se ha evidenciado que las mujeres se encuentran en condiciones de desventaja relativa con respecto a los hombres en cuanto a la escolaridad; considerando estos indicadores se podría decir que en estas condiciones el riesgo de sufrir depresión es mayor (8).

Las intervenciones educativas en el adulto mayor han demostrado ser efectivas para el aumento de la calidad de vida, en ese sentido Rodríguez, Valderrama y Molina, manifiestan que es necesario entender e intervenir eficazmente sobre los mismos, y formar planes de acción que favorezcan al mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una mirada integral a las parvedades propias de la población adulto mayor, su cultura, condiciones sociodemográficas, etcétera; en esta línea Almirall , establece que un programa en el adulto mayor basado en la recreación y la actividad física para aumentar la percepción de la calidad de vida beneficia el conocimiento sobre la comunidad, que la familia y la comunidad deben buscárselas juntos, que el trabajo entre familia-enfermera y el técnica de cultura física demuestra beneficios sustanciales en la prevención y mejoramiento de la salud.

Nuestro país no es ajeno a estos cambios. El Ministerio de Salud dentro de sus Lineamientos de Política refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social de esta población promoviendo el envejecimiento activo y saludable (9).

Un aspecto fundamental para determinar las condiciones de vida de los adultos mayores en el Perú consiste en analizar la situación familiar en la que viven. En particular, es de interés conocer la composición del hogar de los adultos mayores puesto

que, tal como se mencionó anteriormente, muchos de los adultos mayores basan el sostenimiento de sus necesidades en el apoyo de sus familiares más jóvenes mediante acuerdos informales de protección en ausencia de la posibilidad de acceder a esquemas de seguridad social durante la edad laboral. De manera específica es importante conocer la situación de aquellos adultos mayores más vulnerables, entendidos en este contexto como aquellos que no cuentan con familiares que puedan brindarles apoyo (como en el caso de los adultos mayores que viven solos) o el de aquellos que viven en compañía únicamente de otros adultos mayores (10).

Los resultados de la ENDES 2015 en Perú muestran que la población adulta mayor representa el 11,7% de la población total (5). Este crecimiento comparado a años previos se atribuye a la disminución de la fecundidad, aumento de la esperanza de vida y a los avances médicos-tecnológicos. Aunque si bien estos avances han prolongado la vida, existen estados de salud peores que la muerte. Por lo tanto, se enfrenta un conflicto entre cantidad y calidad de vida, lo que acarrea dilemas éticos y de difícil resolución (1).

En la región Lambayeque las estadísticas afirman según el último censo que la población de más 65 años asciende a más de 100000 seniles que hacen el 7 % de la población del distrito de Chiclayo (11). Para el año 2010 la población total fue 1207,589 habitantes y la población de personas adultas mayores, 110,525 habitantes, lo que representa el 9.15%. El incremento de población de 60 años a más, respecto a la población del año 2004 es 66,361 lo que representa un incremento porcentual de 32 (12).

En el 2015, en la Red Asistencial Lambayeque, la pirámide poblacional de los asegurados mostró un patrón estacionario y regresivo, confirmando su envejecimiento (6). Este hecho ha originado la geriatrización de las atenciones hospitalarias, manifestándose en la alta demanda de los adultos mayores en los servicios de emergencia, consultorios externos, hospitalización y demás (7).

Un aspecto de la calidad de vida del adulto mayor se ve reflejado en su aseguramiento de salud. Se indicó que a nivel local el 78.3% de la población adulta cuenta con un seguro de salud, ya sea público o privado. Esto representa un aumento de 3% respecto al año 2013. Según el INEI, en el área rural, la población afiliada es de 77.6%, y en la urbana, alcanzó el 72.7%. Si se analiza por tipo de seguro, se observa que el 39.4% de la población accede al Seguro Integral de Salud (SIS), el 32.9% a Essalud y

el 6.1% a otros seguros (13).

El Centro de Salud José Quiñones Gonzáles es un establecimiento de categoría I,2 pertenece a la Microred de José Olaya . Se encuentra ubicada en la Urb. Quiñones , calle Tumbes con Sargento Lorens S/ N. Cuenta con 30 trabajadores de salud entre profesionales y personal administrativo, contando con los servicios de obstetricia , psicología, enfermería, vacunas, programa de CRED, programa del adulto mayor , programa TBC , PROMSA , nutrición, medicina y odontología. Es un establecimiento donde se recibe pacientes de todas las jurisdicciones, atiende a diario aproximadamente 100 pacientes , aporte de las emergencias 5-8 diarios. En el centro de salud se ha observado que no cuenta con protocolos de trabajo .

En las prácticas se pudo evidenciar que los profesionales trabajan en concordancia a favor de la calidad de atención que brinda a los pacientes. En el programa del adulto mayor, asisten 100 adultos mayores dos veces por semana se les brinda charlas educativas y demostrativas, son pacientes activos , puntuales y colaboradores.

Durante nuestra preparación de prácticas profesionales como estudiantes de enfermería hemos tenido la oportunidad de interrelacionar y conocer acerca la problemática que tiene el adulto mayor en el Centro de Salud Abelardo Quiñones Gonzales, captando problemas relacionado con la calidad de vida que lleva el adulto mayor en la sociedad, con su familia, amigos y en tiempo de recreación, entre otros. Los cuales no pueden ser totalmente abordados desde las actividades asistenciales recuperativas dentro de los establecimientos de salud, por lo que convencidas y motivadas de la importancia de las prácticas de promoción de la salud, la problemática percibida en el área del adulto mayor y la influencia en la calidad de vida en el adulto mayor es que se abordó la investigación.

1.2 Antecedentes de estudio

Aponte (14), en su investigación Calidad de vida en la tercera edad, realizada en el 2015 en Bolivia. El propósito de este artículo fue poder analizar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de varios grupos sociales, asimismo analizar los factores que le garanticen una vida plena a pesar de la edad. Cuáles son las cosas que

hacen que su vida sea digna y qué es lo que los impulsa a hacer la diferencia entre otros personas que tienen las mismas condiciones de vida y llevan una vida sedentaria. El apoyo que recibe y requiere son las adecuadas para continuar con sus actividades. Con este trabajo se pretendió contribuir a la valoración y enriquecimiento de un grupo de personas que tradicionalmente se halla alejadas del ajetreo diario de las personas jóvenes y que muchas veces son alejadas de sus propias familias y sus actividades por ya no ser capaces de realizar muchas actividades.

Se estudió el caso de una persona de la tercera edad de 89 años activa religiosamente y socialmente. La investigación concluyó que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. La calidad de vida deber ser valorada en función de las condiciones materiales y espirituales de vida que permitan facilitar el desarrollo psicobiológico y sociohistórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado y que redundan de manera positiva o negativa sobre la salud del adulto mayor. Las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros que obtuvieron a través de su vida y especialmente con los seres queridos que los rodean.

Bestard (15) en el 2014 en Cuba. En su estudio Calidad de vida y rehabilitación del adulto mayor en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. El objetivo fue evaluar la confiabilidad de la escala BELS con vista a valorar la repercusión de la rehabilitación y el apoyo social en pacientes esquizofrénicos. Se realizó un estudio con una muestra de 77 pacientes adultos mayores ingresados en salas de larga estadía del Hospital Psiquiátrico de La Habana Comandante Dr. Eduardo Bernabé Ordás Ducungé. Los instrumentos empelados fueron la encuesta (BELS). El índice de Kappa fue empleado para evaluar la fiabilidad del instrumento. Los resultados mostraron los valores Kappa en la escala de oportunidad tuvieron un promedio de 0.791 y en la ejecución de 0.743. Con una concordancia de fuerte a casi perfecta el 80 % de los ítems de la escala de oportunidad y el 90% de la escala de ejecución. El 47 % de los adultos mayores pudieron adaptarse, el 45 % alcanzaron logros individuales y el 8 % no logró pasar el proceso de adaptación. Las conclusiones señalan que la repercusión de la rehabilitación y el apoyo Social del adulto mayor con trastornos psíquicos mayores hospitalizados, arroja resultados positivos en

cuanto a su evaluación clínica social.

Estrada et al (5), Colombia, 2014. En su investigación titulada “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín” tuvieron como objetivo explorar la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. El estudio transversal de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín utilizó la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la mini valoración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. Los resultados refirieron que en el 59,4 % mujeres, la edad promedio fue de 79,2 ± 8,0 años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deteriora funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. En el marco de la calidad de vida .Se encontró una asociación negativa, el ser del sexo femenino, tener diabetes, mostrar valores altos en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir arbitrariamente a la institución mostró una asociación positiva.

Olivares (10) en el 2015, presentó en La Habana, Cuba el estudio Calidad de vida en el adulto mayor, refirió que el proceso de envejecer en el mundo y Cuba es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico técnica del siglo XXI; sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida. El estudio concluyó que la satisfacción de las necesidades del hombre, es lo que condiciona la llamada Calidad de Vida y ésta es a su vez, el fundamento concreto de bienestar social y estado de salud. La calidad de vida es un proceso multifactorial que tiene un carácter primario individual y subjetivo y teniendo como resultante el estado de salud de cada individuo en particular, más el estado de satisfacción de su vida, que él percibe y desea. El paciente es el único autorizado para opinar sobre la calidad de su vida, y el respeto por su autonomía nos obliga como médicos, a tratar al adulto mayor de acuerdo a la valoración que éste hace de la calidad de su vida. El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital.

Poblete et al (6) en Chile, 2015. En su investigación titulada “Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos”, tuvieron como objetivo abordar al adulto mayor en el contexto de la importancia del autoreporte de la percepción de la calidad de

vida e indicadores psicológicos como depresión y deterioro cognitivo, se evaluaron (n: 30) adultos mayores que realizan ejercicio físico tres veces por semana, con antigüedad de 1 año. Se intenta relacionar las variables de depresión y deterioro cognitivo con la percepción de la calidad de vida. Se utilizaron test de escala de depresión geriátrica Yesavage, Minimental y Calidad de vida SF-·36. Los resultados exponen que un 16,6% (n:5) presenta depresión establecida y un 26,7% (n:8) depresión leve, un 56.7% (n:17) está en categoría normal. El deterioro cognitivo un 86,7% (26) presenta déficit leve y un 13,3% (n:4) normal. El promedio en dimensión de calidad de vida es de 71,21 que se clasifica como óptima. El ejercicio físico sistemático es importante en la mantención de los parámetros de Deterioro Cognitivo, Depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento.

A nivel nacional investigadores como Lozada (16) presentó en Trujillo en el 2015 el estudio Calidad de vida del adulto mayor: efectos del programa estilos de vida para un envejecimiento activo-Essalud, Distrito La Esperanza Trujillo. Esta investigación descriptiva tuvo como propósito demostrar el efecto del programa de estilo de vida para un envejecimiento activo en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Hallándose que el 48.3% practican la técnica de relajación para afrontar el estrés, lo que ha favorecido que adultos mayores se distiendan frente a las responsabilidades asumidas en sus hogares o los trabajos que realizan. La muestra correspondió a 60 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Se aplicó métodos etnográficos, inductivo-deductivos, estadístico; las técnicas de historia de vida, encuesta y entrevista, utilizando los instrumentos de cuestionario y registro de entrevista.

Los resultados refieren que en un 65% de los adultos mayores, consideraron que gozan de buena salud física, partiendo del cuidado y responsabilidad de su bienestar incentivado desde el programa lo que les permitió una mejor adaptación a los cambios que se van presentando en este proceso. Además al participar en este espacio social pueden compartir experiencias y vivencias con sus pares y percibirse valorados. Sin embargo también se presenta un 23% de participantes que valoran como regular su salud (16).

El Programa de estilos de vida para un envejecimiento activo afecta en la calidad de vida del adulto mayor en el aspecto psicológico al lograr el paulatino manejo y control a

través del taller de educación emocional. La tristeza cuando irrumpe la nostalgia o emociones de frustración se supera al cambian de actividades, se sienten serenos y toman distancia para reflexionar en busca de la solución. Sin embargo la respuesta depende de lo que han aprendido durante ciertas situaciones dolorosas o mecanismos de afrontamiento de emociones desde sentirse entusiasmados (33.3%) hasta el tener miedo de que las cosas no les resulten bien (45.7%) (16).

Asimismo, Vera (17) en el 2011 en Lima presentó la investigación Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, cuyo objetivo fue comprender el significado de calidad de vida para el adulto mayor y la familia. Estudio descriptivo, interpretativo fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista y grupos focales, guía de observación y dos cuestionarios con ocho interrogantes. 16 adultos mayores conformaron la muestra con sus respectivas familias. Los resultados reflejan que los discursos a través de la objetivación y el anclaje y los análisis generales, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre el adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Se concluyó que el adulto mayor considera que su calidad de vida está en tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto además satisfacer sus necesidades como ser social: libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda

A nivel local se reportan limitadas investigaciones en la calidad de vida del adulto mayor en los Centro de salud, lo que hace más notable esta investigación así tenemos a Córdova quien en el año 2012 publicó Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo. Teniendo como propósito identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. Chirinos, Fernández-Ballesteros y la Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldaron el constructo de calidad de vida. La investigación cualitativa con estudio de caso, obtuvo datos de cuestionario sociodemográfico y una entrevista semiestructurada a profundidad, orientada

por 21 preguntas personas, entre policías en situación de retiro y esposas que asisten al programa del Adulto Mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú –sede Chiclayo.

Para responder al objeto investigado se utilizó el estudio de caso como abordaje metodológico. Los datos de las entrevistas recibieron un tratamiento de acuerdo al Método de Asociación de Contenidos, surgiendo: 1)La familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor, y 2) El estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor. En el primer caso la dinámica familiar y sus relaciones generan una comunicación efectiva o no, satisfactoria o no; generando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en los participantes. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida. En la segunda dimensión origina cambios en el estilo de vida del adulto mayor, dadas las alteraciones físicas, estado de salud y capacidad para en desempeño de trabajos más duros. La investigación concluye que pese a las limitaciones o restricciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga (18).

Ocaña (19) 2014 en su estudio Influencia del autocuidado, en la calidad de vida del adulto mayor desde la teoría de Dorothea Orem, del Pueblo Joven Gonzales Prada, Ferreñafe 2014. El propósito fue determinar la influencia del autocuidado en la calidad de vida del adulto mayor desde la teoría de Dorothea Orem del Pueblo Joven Gonzales Prada, Ferreñafe 2014, el estudio fue cuantitativo diseño aplicada, el instrumento para la recolección de datos fue la encuesta, la población y muestra la constituyeron 50 adultos mayores, el análisis de los datos se realizó utilizando SPSS . En todo momento se consideró los criterios de rigor científico y ético

Los resultados mostraron que el nivel de calidad de vida del adulto mayor del Pueblo Joven Gonzales Prada de Ferreñafe, según los resultados encontrados el 66% afirma que fue regular. En relación a la percepción que tiene sobre el autocuidado el adulto mayor del Pueblo Joven Gonzales Prada, los resultados afirman que el 44% de los encuestados perciben que es importante el autocuidado. Sobre los factores internos y externos que afectan la calidad de vida del adulto mayor del pueblo joven Gonzales Prada de Ferreñafe los hallazgos afirman que el 78 % de los encuestados expresan que los factores externos

son malos y el 42 % que los factores son regulares. El 58% de los encuestados siempre considera el autocuidado como parte importante de su vida

Paredes y Vidaurre (20) en el 2016 en Pimentel realizó un estudio titulado Inteligencia Emocional y calidad de vida en adultos mayores de una asociación de jubilados del distrito de Tumán 2016, investigación tiene como objetivo determinar la relación entre Inteligencia Emocional y Calidad de Vida en Adultos Mayores de una Asociación de Jubilados del Distrito de Tumán. La investigación cuantitativa no experimental de diseño transversal correlacional tuvo una muestra no probabilística de 120 adultos mayores entre los 60 y 90 años, a quienes se les administró el TMMS (Trait Meta Mood Scale) – 24 de Salovey y Mayers; y la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Los resultados indican que existe relación positiva débil entre la inteligencia emocional y la calidad de vida, a un nivel de significancia $p<0.01$; a su vez que existe relación entre atención emocional y las dimensiones de amigos, educación, medios, religión y salud; relación entre reparación emocional y las dimensiones de hogar y familia y medios de comunicación, religión y salud. El nivel predominante de inteligencia emocional fue el medio con 59.2% seguido del nivel alto 40.8%, no se encontró inteligencia emocional baja.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Dorothea Orem presentó la "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como la teoría general compuesta por tres hipótesis congruentes: la del autocuidado, que puntualiza el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la carencia de autocuidado, que narra y expone cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la de técnicas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Para aplicar el modelo de Orem es imperioso conocer cómo éste define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. (21)

De acuerdo con Dorothea Orem, El autocuidado es la capacidad que tiene una persona para ejecutar todas las diligencias necesarias para vivir y sobrevivir. Orem observa el concepto "auto" como la totalidad; incluye no sólo las necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales; el concepto "cuidado" es la compleción de actividades que una persona inicia para mantener la vida y poder desarrollarse de una forma normal. Orem

concreta el autocuidado como: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su favor para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (22)

Esta teoría declara el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una gestión que existe en situaciones específicas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (21)

Define además tres exigencias de autocuidado, entendiendo por tales las metas y objetivos que se quieren alcanzar con el autocuidado, muestran un dinamismo que un individuo debe efectuar para cuidar de sí mismo: Autocuidado universal: son frecuentes a todos los individuos y contienen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, advertir la aparición de condiciones adversas o aminorar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. En la que refiere y expone las causas que pueden estimular dicho déficit. Los individuos sometidos a condiciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Establece cuándo y porque se requiere de la mediación enfermera. (5)

El autocuidado podría conceptualizarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem vislumbra el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la suma de acciones que un individuo inicia para conservar la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de diligencias que los individuos inician y realizan en su propia gracia para el sustento de la vida, la salud y el bienestar. (6)

El cuidado se inicia de forma voluntaria e intencionadamente por los sujetos. El autocuidado es un fenómeno activo que necesita que las personas sean capaces de usar la

razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para determinar el mejor curso de acción de ser apropiado.

Este estudio se orientó en esta teoría ya que acentúa el desempeño de la enfermera y sus base cognoscitiva para registrar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores quienes experimenta la pérdida de amigos y del cónyuge, cambios en el rol dentro de la familia y en la sociedad perturbando su autopercepción y autovaloración. Este quebranto del aspecto afectivo envuelve que la persona adulta mayor se retraiga, se aparte de las funciones y roles que puede desempeñar en la sociedad, ocasionando una alteración de su bienestar físico y emocional.

1.3.1 Calidad de vida

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuesta en el año 1994, la calidad de vida es la percepción propia de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. (23). Esta percepción tiene lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación a sus expectativas sus normas, sus inquietudes, se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Según Chion, Rotshchild, Avarado y Vargas, la calidad de vida presenta dos dimensiones, la subjetiva y la objetiva: La calidad de vida es un concepto valorativo y como tal tiene una doble dimensión: la objetiva y la subjetiva. El aspecto objetivo tiene que ver con la utilización del potencial intelectual, emocional y creador del ser humano, así como con las condiciones sociales y con las circunstancias externas en las que se desarrolla su existencia (ingresos económicos, nivel de vida, estado de salud, relación familiar y social, etc.). El aspecto subjetivo viene dado por el grado de satisfacción de los individuos y por la percepción que estos tengan de sus condiciones globales de vida (apego a la vivienda, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que lo acompañaron en su vida, etc.), percepciones fue quedan traducidas en sentimientos positivos o negativos influenciados por su contexto cultural y escala de valores (24).

Modelos de calidad de vida:

Según Pérez, existen diferentes modelos de estudiar la calidad de vida sin diferenciar la edad sino desde una perspectiva genérica. (25)

Modelo ecológico de Lawton

Es un modelo de trabajo de carácter ecológico. Es un importante modelo que aporta bastante, pone de manifiesto el proceso de adaptación del individuo a su entorno como producto de su entorno y su deseo de competir. Plantea concepciones de calidad de vida desde lo subjetivo y lo multidimensional, concluyendo el modelo desde 4 aspectos que son competencia comportamental, calidad de vida percibida, entorno objetivo y satisfacción general (25)

Modelos comportamentales

Kaplan; Csikszentmihalyi; Reig, Estos modelos defienden que la calidad de vida entre otros aspectos depende de la conducta que el sujeto despliega para convivir una vida de calidad. Da importancia a que el sujeto tome conciencia de lo que hace y cómo lo hace, por lo que la calidad de la experiencia propia pasa a ser objeto de análisis.

Modelo conceptual de satisfacción con la calidad de vida:

Según Chion, Rotshchild, Alvarado y Vargas, propone un modelo para explicar la calidad de vida, este modelo lo plantea en los siguientes aspectos:

Contexto cultural. La llamada idiosincrasia influyen sobre las personas que conforman las sociedades, quienes se desarrollan en un contexto moral y ético

Aspectos objetivos. Es todo lo que comprende una sociedad y que es observable y cuantificable, sin tener en cuenta lo que sea expresado por las personas o miembros del entorno.

Percepción individual y relativización. Cada individuo es único por lo que observa la vida de diferente manera según su formación y características familiares propias, es decir cada persona lo vislumbra de diferente manera y le otorga un orden propio desde una perspectiva única.

Aspectos subjetivos. Comprende lo que representa subjetivamente para el individuo a partir de sus propios intereses. (26)

Indicadores de la calidad de vida:

Según Pérez, un indicador es un instrumento para medir el objetivo que se pretende. Se trata de una medida cuantitativa, normalmente numérica, que sirve de orientación y guía para valorar la calidad de los diversos servicios. Los indicadores deben ser válidos y fiables, precisos y consistentes, sensibles al cambio y sistemáticos en su medida. Organización Mundial de la Salud (OMS), propone: Salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno, espiritualidad, religión, creencias personales. (27)

Dimensiones de la calidad de vida OMS:

Según esta institución la calidad de vida presenta cinco grandes dimensiones, o también denominadas ámbitos, ya cada una de ellas posee una serie de indicadores que representan las áreas de interés del estudio de la calidad de vida, o propiamente dicho, el contexto del desenvolvimiento del adulto mayor, los mismos que se describen a continuación:

a. Ámbito físico:

Dolor y malestar. Comprende un conjunto de sensaciones desagradables y que constituyen bloqueos para la vida de una persona, es importante que el dolor sea controlado o disminuido porque es esto que afecta la calidad de vida de la persona ya sea que el dolor sea esporádico o insistente. [28]

Energía y fatiga. Es toda la actividad que desarrolla la persona en su quehacer diario como también lo ejercido en una actividad recreacional. (28)

Asimismo algunos aspectos que afectan la calidad de vida serían el tener alterado el sueño como despertarse en la noche, insomnio, entre otras alteraciones que no permiten que el sueño sea reparador y oportuno.

b. Ámbito psicológico:

Sensaciones positivas. En esta esfera se tiene en cuenta el grado de satisfacción que tiene la persona de sí misma sobre todo su equilibrio emocional y afectivo.

Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. En esta área se evalúa lo cognitivo de un individuo que incluye la capacidad de toma de decisiones que aterriza en la rapidez y la claridad de su pensamiento. (21)

Autoestima. En esta esfera se tienen en cuenta los sentimientos que guardan cada individuo que pueden ser buenos o malos lo que afecta la calidad de vida de la persona.

Auto concepto que la persona tiene de su imagen. En esta esfera se evalúa el concepto que una persona tiene de sí misma. Se centra en la complacencia de la persona con su aspecto y su efecto en el concepto que tiene de sí misma, incluida la cuestión de hasta qué punto se pueden corregir defectos corporales reales o «percibidos», en caso de que existan (por ejemplo, mediante maquillaje, ropa, prótesis, etc.). (21)

Sentimientos negativos. Es lo que percibe el individuo como por ejemplo culpa, pena, ansiedad, desesperación que afectan la calidad de vida.

c. Grado de independencia:

Movilidad. En esta faceta se debe preguntar la capacidad del individuo para movilizarse de un lugar para otro por ejemplo de su casa al trabajo o viceversa., viendo su propia fuerza o evaluando si se encuentra dependiendo de otra persona[30]

Actividades de la vida diaria. En esta esfera se examina cuanto de su vida diaria puede realizar sin necesitar ayuda de nadie teniendo en cuenta que diariamente tendrá que actuar para valerse por sí mismo

Dependencia de una medicación o de tratamientos. Está relacionado con seguir terapias o consumir medicinas que pueden ocasionar dependencia en la persona para lograr su bienestar orgánico y emocional

Capacidad de trabajo. En esta esfera se examina cuanta fuerza o energía tiene la persona para trabajar por sí misma en cualquier actividad que desempeñe como por ejemplo ofreciendo trabajo voluntario o cuidando niños, ancianos, entre otros trabajos.(29)

d. Relaciones sociales:

Relaciones personales. Aquí se evalúa cuanto de sentimiento y apoyo tienen las personas por su entorno próximo. También tiene e cuenta cuanto puede amar y brindar amor incluyendo también las muestras afectivas de este sentimiento como abrazos, caricias entre otros (30)

Apoyo social. Aquí se evalúa cuanto experimenta la persona la capacidad de sentirse aprobada y apoyada por parte de su familia y amistades ante los problemas de la persona que los pueda resolver contando con el apoyo moral de su entorno.

Actividad sexual. Es la forma de expresar su deseo por el sexo y el placer por gozarlo de una manera abierta y franca que lo lleve a vincularse con otras personas.

e. Medio:

Seguridad física. Se evalúa el sentirse libres de otras personas que los lleve a desarrollarse en seguridad ya sea en relación a otras personas o a su libertad de pensamiento político.

Medio doméstico. Se tiene en cuenta donde habita, descansa y duerme y su influencia en la vida de las demás personas.

Recursos financieros. Se evalúa cuanto la persona puede tener como recurso económico y otros bienes y en la medida en la que esto puede satisfacer sus necesidades, estilo de vivir y su confort a manera que afecte o no su calidad de vida.

Salud y atención social: En esta área de tiene en cuenta la opinión que tiene el individuo sobre su estado de salud y de la zona donde viva y de que no haga mucha falta para recibir asistencia en su zona de vivienda.

Transporte. Se evalúa los medios en los que se moviliza de un lugar para otro contando con la facilidad de trasladarse, entre otros.

f. Espiritualidad, religión y creencias personales:

Se evalúa las creencias del individuo y cómo influye en su calidad de vida tanto física como espiritual dando una sensación de bienestar a su entorno y a ella misma.

Factores de la calidad de vida:

Según Grimaldo, la calidad de vida posee siete factores comprobados factorialmente, estos en base al modelo de Olson & Barnes, que en un principio serían nueve factores. (31)

Factor 1: Hogar y Bienestar Económico, está relacionado a la interrelación del individuo con su entorno familiar y amical.

Factor 2: Amigos, Vecindario, Comunidad, se refiere a la satisfacción a la interrelación con su entorno de amigos, vecindad y ciudadanos.
Factor 3: Vida Familiar, Familia Extensa, está asociada con los parientes más cercanos como padres, hermanos, entre otros.
Factor 4: Educación, Ocio, Determina el grado de satisfacción por los estudios realizados y el tiempo que dispone para su distracción.
Factor 5: Medios de Comunicación, La satisfacción con respecto a los medios de comunicación como tv, periódicos, revistas, etc.
Factor 6: Religión, Satisfacción de la persona sobre sus creencias espirituales de su entorno familiar y social de su comunidad.
Factor 7: Salud, Indica la satisfacción de salud en la persona y la concerniente a su familia.

Terapias alternativas para la prevención y promoción de la calidad de vida:

Según Lancho, existen las siguientes terapias alternativas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. (32)

La aromaterapia. Es la utilización de aceites esenciales con fines terapéuticos. Un aceite esencial es la esencia volátil producida por la destilación de plantas aromáticas. Se trata por tanto de la sustancia vegetal más concentrada. La aromaterapia se fundamenta en la acción terapéutica de las moléculas bioquímicas de los aceites esenciales.

El arteterapia se configuraría, así como un proceso simbólico de creación en el que una persona, acompañada por un terapeuta, trabaja sobre sí misma de manera inconsciente utilizando como medio un producto artístico. El objetivo no es tanto la toma de conciencia en uno mismo cuanto el desarrollo de habilidades emocionales atrofiadas. A ello se añade además el hecho de que estas experiencias de creación se desarrollan en contextos de interacción social, lo que ofrece una posibilidad de mejora en esta dimensión. (33)

La cromoterapia. Consiste en la utilización de las distintas frecuencias luminosas (colores) para tratar enfermedades y proporcionar bienestar personal y colectivo. Su utilidad terapéutica es puesta en entredicho por la medicina convencional, aun cuando son evidentes algunos efectos del color en la conducta.

La talasoterapia. Es una técnica que emplea el medio y el clima marino con fines terapéuticos. Las sustancias empleadas son el agua del mar, las algas, el barro y otras sustancias extraídas del mar. Su origen se remonta a la antigüedad. Desde el siglo XVIII la

talasoterapia se incorpora a la literatura médica, dadas las evidentes aportaciones al bienestar y a la salud de numerosos componentes químicos del agua marina. (33)

La musicoterapia. La terapia musical pretende proporcionar al paciente-cliente un entorno musical en el que sea posible desarrollar un lenguaje simbólico que permita el acceso a sentimientos desconocidos y una integración armónica de los mismos en la personalidad, logrando de este modo la transformación terapéutica. Lo importante aquí no son los aspectos estéticos de la música utilizada sino el proceso de cambio terapéutico.

La risoterapia es un tratamiento que utiliza el arte de reír con la intención de producir un beneficio medicinal. Pretende lograr que se ría de una manera sana y natural, tratando de lograr que las carcajadas fluyan de manera espontánea y visceral, como en la infancia. Para ello se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones emocionales que impiden brotar a la carcajada, tales como los masajes, los ejercicios respiratorios, la expresión corporal, la danza y el juego.

Características evolutivas del adulto mayor:

Según Pérez (31), las características evolutivas del adulto mayor son las siguientes:

Etapa adulta tardía comprende desde los 60 hasta 75 años de edad. También llamada edad involutiva de la experiencia, y hasta juventud acumulada, entre otras. Este periodo se caracteriza fundamentalmente por la jubilación, que marca un punto de inflexión en la vida de la persona. Al iniciarse el descenso de la curva de la vida, el tiempo cobra un nuevo significado. La vivencia del tiempo es que transcurre con gran rapidez. Se inicia el contraste con el pasado. Supone una gran prueba de confirmación de la personalidad, disminuye la capacidad de rendimiento y aumenta la fatiga.

Las tareas fundamentales de este subperiodo son aceptar el envejecimiento corporal y la limitación del tiempo: Aceptar los cambios visibles en el aspecto físico de la persona. Vivencia de la posibilidad de padecer enfermedades, de tal manera que las ideas y sentimientos sobre la decadencia de la vida cobran relieve. Se precisa de una aceptación gradual de la realidad, al mismo tiempo que avanza la edad. Para un funcionamiento sano.

Dejar partir a los hijos y aceptar la inversión de roles. Afronta el reto de los nuevos compromisos y necesidades del resto de los miembros de la familia. La tarea se puede resumir en lo siguiente: «dejar partir» a los hijos, integrar nuevos miembros en la familia y aceptar la inversión de roles con los padres ancianos. El desplazamiento del equilibrio de

poder entre padres e hijos es gradual y prolongado y se produce a medida que ambos se comprometen en su tarea del desarrollo.

Mantener la intimidad y revitalizar las relaciones establecidas. Estas relaciones han sido adquiridas durante etapas anteriores. Han de ser cultivadas y revitalizadas activamente en esta época de cansancio de la vida y la pérdida del interés por lo establecido. La intimidad puede verse amenazada por las preocupaciones, el retraimiento emocional debido al compromiso con otras tareas (cuidado de nietos, de padres ancianos, etc.).

Subperiodo de la vejez comprende desde los 75 hasta los 80 hacia en adelante. También llamada edad involutiva de la sabiduría, avanzada y adulto mayor, entre otras. Es una época de decadencia biológica, psicológica y social; se aceptan más las limitaciones, e incluso la enfermedad; miedo al riesgo de la enfermedad y la muerte personal; el enfrentamiento a la muerte de sus iguales; aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física, flexibilidad y/o rigidez, sentimiento de no servir, inutilidad; temor ante la posible dependencia y la vulnerabilidad y conflicto entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte.

Dimensiones de la calidad de vida:

Según Pérez, refiere a los principios conceptuales de la calidad de vida que propone Schalok. (31)

A su vez Pérez, elabora las dimensiones de la calidad de vida partiendo de lo que menciona Schalock , dándole un orden de ocho dimensiones con sus respectivos indicadores. [37]

Dimensiones	**Indicadores**	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Autoconcepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyos
Bienestar material	Ser propietario Seguridad Empleo Estatus socioeconómico	Comida Finanzas Posesiones Protección

Desarrollo personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal Progreso
Bienestar físico	Salud Ocio Seguros médicos Cuidados sanitarios	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Inclusión social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

Fuente: Pérez Serrano G. Calidad de Vida en personas mayores. En: Pérez Serrano G, De-Juanas Oliva A, coord. Calidad de vida en personas adultas mayores. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013. P. 129-196.

1.6.2 Programa de intervención:

Álvarez y otros menciona que la intervención psicopedagógica y social constituye: "Un proceso de acción continuo y dinámico, de optimización y transformación social, dirigido a todas las personas, en todos los ámbitos, facetas y contextos a lo largo de todo el ciclo vital, que se desarrolla a través de una acción sistemática y contextualizada, cuidadosamente planificada y evaluada y con un carácter fundamentalmente social y educativo, cuya principal finalidad es mediar, interrelacionar y facilitar distintos procesos de dinamización social" (34)

En esta línea Barrero, concluye que un programa de orientación –educativa–es un proceso de educación que se propone conseguir objetivos de educar a un conjunto de individuos para mejorar su acción en un determinado aspecto.

Características de la Intervención por programas:

Según Barrero, las intervenciones por programas tienen las siguientes características. [42]

1) Orientada al logro de objetivos globales de desarrollo de los estudiantes
2) Integrando dicha intervención de forma ecológica en las experiencias cotidianas de aprendizaje
3) En la que toda la comunidad educativa (profesores, orientadores, alumnos, padres, etc.) participa con funciones claramente delimitadas
4) Situando al centro educativo en su entorno social
5) Con un currículum propio de orientación (con metas y actividades transferibles sólo en parte)
6) Para ser desarrollado a lo largo de toda la escolaridad dentro de los proyectos y planes de centro
7) Evaluando desde una perspectiva de calidad total los efectos/resultados de la intervención
8) Satisfaciendo las necesidades de formación, desde un enfoque de competencias o aptitudes pedagógicas, para los propios responsables del programa

Fases del diseño de los programas:

Según Barrero, el diseño de los programas tiene diferentes fases, y cada autor propone su propia forma, es por ello que clasifica por autores:

Fases del programa de Barr y Cuyjet

1. Evaluación de las necesidades de los beneficiarios, estudio del medio institucional, consulta de documentos sobre intervenciones similares y determinación de recursos humanos y materiales.

2. Formulación de metas y objetivos.

3. Creación de un equipo de diseño que determine un modelo de intervención, aplicando una prueba piloto, formando a los aplicadores y creando una agenda de intervención y una previsión de gastos.

4. Aplicación del programa con un esquema organizativo de responsabilidades y de auditoría.

5. Evaluación mediante el análisis de las auditorias de proceso realizadas, estableciendo las proporciones costes-beneficios-efectividad.

6. Toma de decisiones acerca del mantenimiento, supresión o modificación del programa.

Fases del programa de Lázaro y otros

1. Definición de las necesidades de los usuarios del entorno en relación con los fundamentos normativos y las metas del programa.

2. Diseño estratégico de objetivos y actividades en función de su viabilidad técnica, político-social y financiera.

3. Aplicación y control de seguimiento con modificaciones al hilo de la actuación.

4. Revisión de los efectos de la intervención mediante un informe final evaluativo.

Fases del programa de Kettner y otros:

1. Exploración de problemas y necesidades de los beneficiarios
2. Elaboración de estrategias tras la formulación de hipótesis y objetivos
3. Diseño del programa en función de la oferta planteada contando con los recursos humanos y materiales disponibles
4. Desarrollo de un sistema de información sobre la aplicación real o impacto de proceso-producto
5. Presupuesto de los gastos de la aplicación: organización y control
6. Evaluación global del programa: esfuerzo-resultados, costes beneficios, costes-eficacia.

Fases del programa de Álvarez Rojo y Hernández Fernández

1. Evaluación de necesidades: variables, población y priorización

2. Diseño del programa: tipología y estrategia de diseño, objetivos y metodología, condiciones de aplicación y recursos.

3. Aplicación: control y toma de decisiones al hilo de la actuación, reciclaje y apoyo de aplicadores y beneficiarios, seguimiento del impacto

4. Evaluación: tipo y modelo de evaluación, recogida y análisis de datos

Definición de términos básicos

Adulto mayor: Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad que, por situaciones de alteraciones, desequilibrio o pérdida de la salud, se atiende en el Centro de Salud "José Abelardo Quiñonez Gonzales" Chiclayo.

Calidad de cuidado enfermero: Atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería. Expresada de eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos (35).

Cuidados de Enfermería: Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente adulto mayor para satisfacer sus necesidades (35).

Enfermera de Adulto mayor: Profesional formado en una institución universitaria, que posee el título de Licenciada en enfermería a nombre de la nación, registrada en el Colegio de enfermeros del Perú y cuyo rol principal es el cuidado del paciente adulto mayor hospitalizado (35).

Satisfacción: El grado por el cual el individuo considera el servicio o producto de salud o la manera por la cual este es ejecutado por el proveedor como siendo útil, efectivo o que trae beneficio. Está definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada estrechamente con otras variables como autoestima, depresión, locus of control o lugar de control, etc. Tradicionalmente, los sujetos consideran que la familia y el trabajo como dominios para explicar su satisfacción global.

Seguridad (S): Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es la influencia del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo", en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud José Abelardo Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016?

1.5 Justificación e importancia del estudio

"La presente investigación fue conveniente pues es preciso advertir la calidad de vida funcional o disfuncional del adulto mayor en el Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo y demostrar si a través de la aplicación de un programa educativo pueden mejorar su condiciones de vida.

La investigación fue relevante porque su contribución académica permitió optimizar las labores diarias de la enfermera frente la calidad de vida del adulto mayor, además para buscar un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influirá en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Fue relevante socialmente pues los resultados beneficiaron principalmente a la población de adultos mayores, porque en ellos se pretende promover la participación de las personas de edad avanzada como miembros activos de la comunidad y que puedan de esta manera mejorar su calidad de vida y su relación con el envejecimiento. Además la investigación servirá como fuente para estudios futuros en beneficio de una mejor calidad de vida en los adultos mayores de nuestra localidad y la sociedad en general.

Se justificó de forma práctica pues pretendió resolver un problema real, aplicando un método de intervención psicoeducativa en adultos mayores con la finalidad de mejorar la percepción de la calidad de vida. En ese sentido la resolución de niveles bajos de calidad de vida dará mayor seguridad y sentido de bienestar en la población objeto de intervención del presente trabajo.

Además, la investigación presenta un valor teórico, esto a causa de que se comprobó estadísticamente la efectividad del Programa "Me Cuido Aprendiendo", apoyando así un

modelo de trabajo eficaz de intervención y constituyendo una fuente de consulta para otros trabajos e investigaciones futuras en beneficio de los adultos mayores de nuestra localidad y la sociedad en general. Se espera que los resultados obtenidos sean socializados con el personal que labora en el Centro de Salud José Quiñones Gonzáles de Chiclayo, para que permitan sensibilizar a las autoridades y se tomen las acciones más convenientes para fortalecer la continuidad de los cuidados en el hogar.

1.6 Hipótesis

Hi: La aplicación del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo mejora significativamente la calidad de vida del adulto mayor del Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016

Ho: La aplicación del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo no mejora significativamente la calidad de vida del adulto mayor del Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar la influencia del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo", en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016.

1.7.2 Objetivos específicos

Identificar la calidad de vida, en su dimensiones Hogar y Bienestar Económico; Amigos, Vecindario y Comunidad; Vida Familiar y Familia Extensa; Educación y Ocio; Medios de Comunicación; Religión; Salud en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016, antes y después de la aplicación del programa educativo "Me Cuido Aprendiendo".

Identificar la calidad de vida global en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016, antes y después de la aplicación del programa educativo “Me Cuido Aprendiendo”.

Evaluar la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016, antes y después de la aplicación del programa educativo “Me Cuido Aprendiendo”.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo no experimental porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos (35).

"Por su naturaleza fue cuantitativo porque tuvo que describir y explicar los fenómenos asociados a las variables en estudio y fueron susceptibles de cuantificación, se utilizó la metodología empírico analítico y se sirvió de pruebas estadísticas para el análisis de datos". (35)

Por su alcance temporal el corte de la metodología de recolección de datos fue transversal por cuanto se consultó a la muestra en solo un momento específico .

El diseño a utilizarse fue cuasi experimental, en el cual los sujetos incluidos en los grupos de estudio ya están asignados o constituidos y consiste en que una vez que se dispone de los dos grupos, se debe evaluar a ambos en la variable dependiente, luego a uno de ellos se le aplica el tratamiento experimental y el otro sigue con las tareas o actividades rutinarias.

El esquema es el siguiente:

R.G.E: O_1 - X - O_2

R.G.C: O_1 O_2

O_1 = Pre test

X: Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo"

O_2 = Post test

2.2 Población y Muestra

En términos estadísticos, población es un conjunto finito o infinito de personas, animales o cosas que presentan características comunes, sobre los cuales se quiere efectuar un estudio determinado. La población para esta investigación fueron los 100 adultos

mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor.

La muestra es un subconjunto de la población, seleccionado de tal forma, que sea representativo de la población en estudio. Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, a partir de un listado numerado que recogía a los integrantes de la población. Asimismo, y siguiendo la metodología de Hernández, Fernández y Baptista (2006), quienes expresan que "si la población es menor a 100 individuos, la población es igual a la muestra", por lo que para el caso de esta investigación la muestra estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores que asisten al programa de adulto mayor y que son atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016, los mismos que ascienden a 100 participantes, por tanto, se está considerando una muestra censal.

La intervención consistió en el diseño y aplicación de un programa educativo al que se denominó "Me Cuido Aprendiendo". El cual contiene de ocho sesiones que fueron dirigidos a un grupo experimental de adultos mayores de un número de 50.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores que no pertenecen al Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016.

Adultos mayores que no aceptaron participar en la investigación firmando consentimiento informado.

Adultos mayores con diagnóstico de demencia senil.

2.3 Variables, Operacionalización

2.3.1 Variable Independiente: Programa Educativo “Me Cuido Aprendiendo”,

Definición Conceptual.

En un proceso de intercambio de conocimientos, experiencias entre el facilitador y el participante en base a un tema determinado, influenciado por factores socio culturales, personales, familiares

Definición Operacional.

La variable será evaluada a través de actividades y talleres.

2.3.2 Variable Dependiente : Calidad de Vida

Definición Conceptual

La calidad de vida en el ser humano se considera como la elevación de la satisfacción como dominios de las experiencias vitales de los individuos. Cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y felicidades de vivencia, educación, empleo, religión, etc.

Definición Operacional

“La variable fue evaluada a través de la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes un cuestionario de 10 preguntas que mide los niveles de Calidad de vida teniendo en cuenta la operacionalización de la variable dependiente. Para la confiabilidad de la variable Calidad de Vida el alfa de Cronbach fue de 0,972

Operacionalización:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Programa Educativo "Me cuido Aprendiendo	CUIDADOS GENERALES	- Higiene corporal - Cuidados de la piel	Nominal
	SALUD	- Alimentación - Actividad física - Ejercicios - Sueño	
	RELAJACIÓN	- Socialización - Ocio - Respiración - Humor	

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Calidad de Vida	Hogar y Bienestar Económico	- Satisfacción con las condiciones de vivienda, y para cubrir sus necesidades.	1	Técnica Encuesta. Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes.
		- Aporte económico a la familia	2	
	Amigos, Familia y Comunidad	- Satisfacción con la relación de amistad, amor y respeto con amigos, familia y comunidad	3	
	Vida Familiar y Familia Extensa	- Relación afectiva q tiene con sus parientes.	4	
	Educación, Ocio y medios de comunicación	- Tiempo libre y como lo emplea con su familia para sus actividades de recreación y paseo	5	
		- El tiempo que utiliza para ver programas de tv, cine, leer periódicos y revistas.	6	
	Religión	- Frecuencia en la que asiste a misa con su familia o amigos.	7	
	Salud	- Alimentación	8	
		- Preocupación por su salud	9	
		- Familia participa en el cuidado de la salud	10	

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

En la investigación se utilizó la técnica de la encuesta, la cual persigue indagar la opinión que tiene un sector de la población sobre determinado problema. Esta técnica está orientada a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuentes de información. Realizada con el propósito de obtener información más espontánea y abierta. Se utilizó una encuesta que estuvo estructurada en dos áreas: instrucciones y preguntas de la calidad de vida dirigidas a los adultos mayores.

Esta investigación comprendió:

Análisis: Es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades. El análisis permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes

Síntesis: Establece mentalmente la unión entre las partes previamente analizadas y posibilita descubrir las relaciones esenciales y características generales entre ellas. La síntesis se produce sobre la base de los resultados obtenidos previamente en el análisis.

Abstracción: Mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos tratando de descubrir el nexo esencial oculto e inasequible al conocimiento empírico. Por medio de la abstracción el cuidado enfermero es analizado en el pensamiento y descompuesto en conceptos; la formación de los mismos es el modo de lograr un nuevo conocimiento concreto

Inductivo: Procedimiento mediante el cual a partir de hechos singulares se pasa a proposiciones generales, lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en la formulación de la hipótesis.

Deducción: Es un procedimiento que se apoya en las aseveraciones y generalizaciones a partir de las cuales se realizan demostraciones o inferencias particulares. Las inferencias deductivas constituyen una cadena de enunciados cada uno de los cuales es una premisa o conclusión que se sigue directamente según las leyes de la lógica.

Validez

El instrumento fue la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Adaptado en Perú por Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo. Es de administración Individual o Colectiva y tiene una duración de aproximadamente 20 minutos. En el análisis factorial se utilizó el método de extracción de ejes principales, el cual se fundamenta hallar los constructos subyacentes. En cuanto al método de rotación, permitió hacer las interpretaciones sobre la identificación de los factores descubiertos que forman una red de constructos relacionados entre sí, para lo cual se eligió el método rotacional Promax, esto dió como resultado los siete factores que se mencionan en la descripción del instrumento.

Confiabilidad

La Escala de Calidad de Vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida; lo cual se relaciona con el estudio de Olson y Barnes (1982), quienes al determinar la confiabilidad del instrumento mediante el test – pretest, aplicando el coeficiente de Pearson, obtuvieron también valores aceptables para cada uno de los once factores y la Escala total. Para la confiabilidad del cuestionario, se utilizó la prueba de coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado de 0,972, lo cual indicó que dichos instrumentos son confiables. Calculado en el Programa SPSS 24.

2.5 Procedimientos de análisis de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la escuela de enfermería de la Universidad Señor de Sipán, se solicitó el permiso al Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 donde se realizó la investigación para coordinar las fechas y horarios exactos para la recolección de la información.

Obtenido el permiso del Centro de Salud José Quiñones Gonzales se procedió a firmar el consentimiento informado a la muestra identificada que cumplió con los criterios de inclusión, luego se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación de los instrumentos (pretest) según fecha acordada previamente con la institución Centro de Salud José Quiñones Gonzales. El procedimiento consistió en encuestar a los adultos mayores cuando estos salieron de recibir atención en el consultorio del programa de Adulto

Mayor. Finalmente se verificó que todos los instrumentos estuvieron debidamente llenados para iniciar el procesamiento análisis e interpretación de los datos. Para el análisis de los datos obtenidos se realizará el procesamiento estadístico utilizando el software SPSS versión 24. La verificación de hipótesis se realizará mediante la prueba estadística de la T de student de grupos relacionados entre el Pre y el Post test. Asimismo luego de aplicadas las ocho sesiones del programa educativo a los 50 adultos mayores del grupo experimental se procedió a la aplicación del postest verificando que los instrumentos estuvieron debidamente llenados para continuar con el procesamiento análisis e interpretación de los datos.

Análisis Estadístico e Interpretación de los datos

Para el análisis e interpretación de datos fue necesaria la revisión extensa de bibliografía respecto al tema, así como otros estudios de investigación similares, a fin de interpretar y contrastar los resultados obtenidos en la investigación.

Una vez recopilados los datos manualmente, éstos se ingresaron a una base creada en una hoja de cálculo. Para la confiabilidad y el análisis de datos se utilizó el software SPSS versión 24 y los resultados fueron presentados en tablas y figuras.

Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Su objetivo para esta investigación es obtener conclusiones útiles para hacer deducciones sobre una totalidad, basándose en la información numérica utilizando para ello el análisis de varianza en el procesamiento de resultados aquí se elimina los posibles errores, se depura la muestra, se tabulan los datos y se calculan los valores. En la estadística descriptiva o Análisis Exploratorio de Datos se obtiene, organiza, presenta y describe un conjunto de datos con el propósito de facilitar su uso generalmente con el apoyo de tablas, medidas numéricas o gráficas.

2.6 Criterios éticos

"Para esta investigación se aplicaron los principios planteados en el informe Belmont (36).

Principio de la Beneficencia. Este principio consiste en tratar a las personas de una manera ética que implica no solo respetar a sus decisiones, sino también procurar su

bienestar. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles .

Este principio tendrá en consideración al momento de entrevistar a los adultos mayores evitando causarles daño u ofenderlas con las preguntas que se plantearon, además se respetó en todo momento cada opinión que expresaban, la finalidad será lograr que participen para identificar el nivel de satisfacción de la calidad del cuidado enfermero; así será como se garantizará la práctica de este principio .

Principio de Justicia. "Se habla de justicia en el sentido de equidad en la distribución o lo que se merece" [37]. "Una manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad, por eso se siguió este principio brindando un trato justo, sin distinción y equitativo durante el acercamiento a cada estudiante" [37]; "se describe en este principio que ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún derecho, en este estudio se respetó los derechos de los estudiantes en cuanto a la información brindada por tanto prevaleció la confidencialidad de los datos" (36).

Principio de Respeto a la dignidad humana. "El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas" .

Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida, se tendrá en cuenta esta convicción ética que determina que cada participante fuera tratado como agente autónomo, pues fueron ellos quienes decidieron colaborar con la investigación firmando el consentimiento informado, con previa explicación detallada sobre el propósito .

2.7 Criterios de Rigor científico.

Credibilidad: este criterio permitirá reflexionar sobre la necesidad de revisar si la investigación reúne condiciones de rigor y veracidad de los hallazgos. Es decir, la credibilidad hace referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los

resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen sobre las realidades estudiadas

Confiabilidad: al igual que la validez son constructos inherentes a la investigación desde la perspectiva positivista para otorgarle a los instrumentos y a la información recabada, exactitud y consistencia necesarias para efectuar las generalizaciones de los hallazgos, derivadas del análisis de las variables en estudio. La confiabilidad representa el nivel de concordancia interpretativa entre diferentes observaciones, evaluadores o jueces del mismo fenómeno.

Transferibilidad o Aplicabilidad: Es el criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación, la audiencia o el lector de la misma son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio

Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de los adultos mayores donde el fenómeno será estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

III. RESULTADOS

3.1 Tablas y Figuras

Tabla 01

*Calidad de vida, en su dimensión **Hogar y Bienestar Económico** en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental*

			Pre test	*Post test*
Hogar y Bienestar Económico	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*4*	*0*
		% dentro de GRUPO	*8,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	*Recuento*	*6*	*0*
		% dentro de GRUPO	*12,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*4*	*0*
		% dentro de GRUPO	*8,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*20*	*4*
		%dentro de GRUPO	*40,0%*	*8,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*16*	*46*
		% dentro de GRUPO	*32,0%*	*92,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 01 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Hogar y Bienestar Económico antes del programa educativo indica que el 8,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; el 12,0% de los adultos tiene una tendencia a una baja calidad de vida; mientras que 8,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 32,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 8,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 92,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

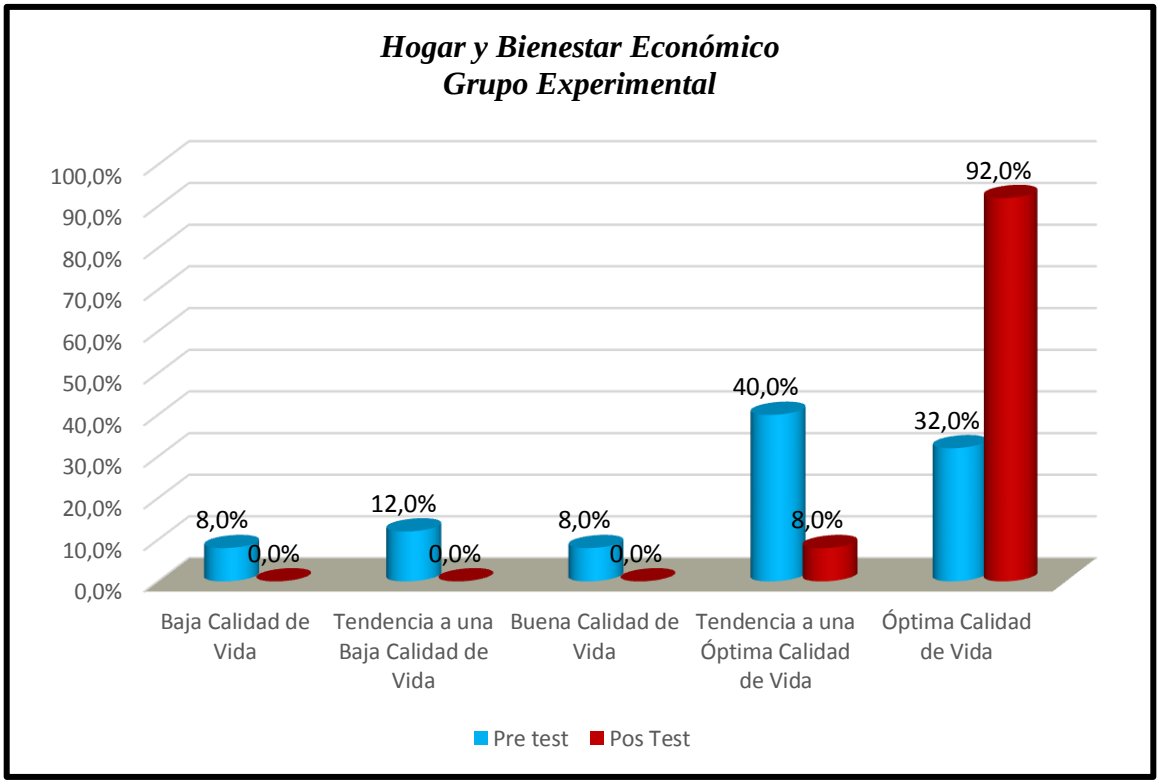


FIGURA 01: **Calidad de vida, en su dimensión Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016**

Tabla 02

Calidad de vida, en su dimensión ***Amigos, Vecindario y Comunidad*** *en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental*

			Pre test	*Post test*
Amigos, Vecindario y Comunidad	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*10*	*0*
		% dentro de GRUPO	*20,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*9*	*15*
		%dentro de GRUPO	*18,0%*	*30,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*29*	*35*
		% dentro de GRUPO	*58,0%*	*70,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 02 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 20,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 18,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 58,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 30,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 70,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

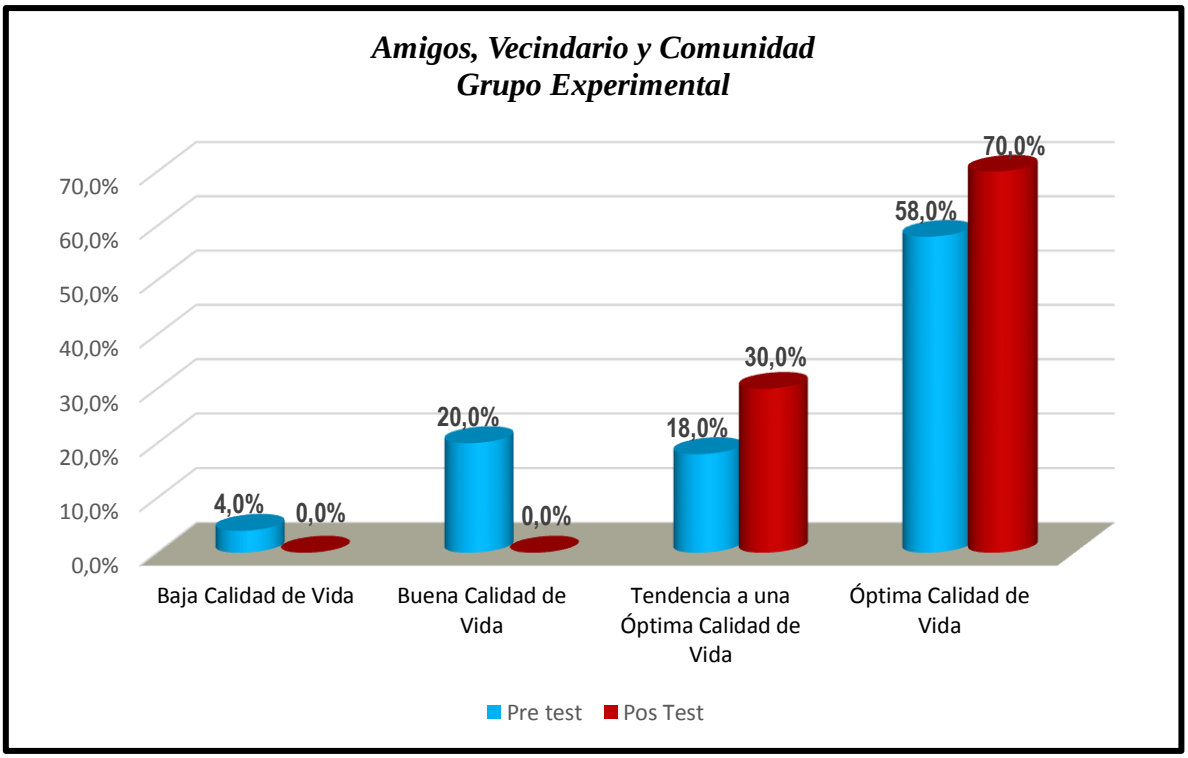


FIGURA 02: **Calidad de vida, en su dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 03

*Calidad de vida, en su dimensión **Vida Familiar y Familia Extensa** en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental*

			Pre test	*Post test*
Vida Familiar y Familia Extensa	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*12*	*0*
		% dentro de GRUPO	*24,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*10*	*18*
		%dentro de GRUPO	*20,0%*	*36,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*26*	*32*
		% dentro de GRUPO	*52,0%*	*64,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 03 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 24,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 20,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 52,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 36,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 64,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

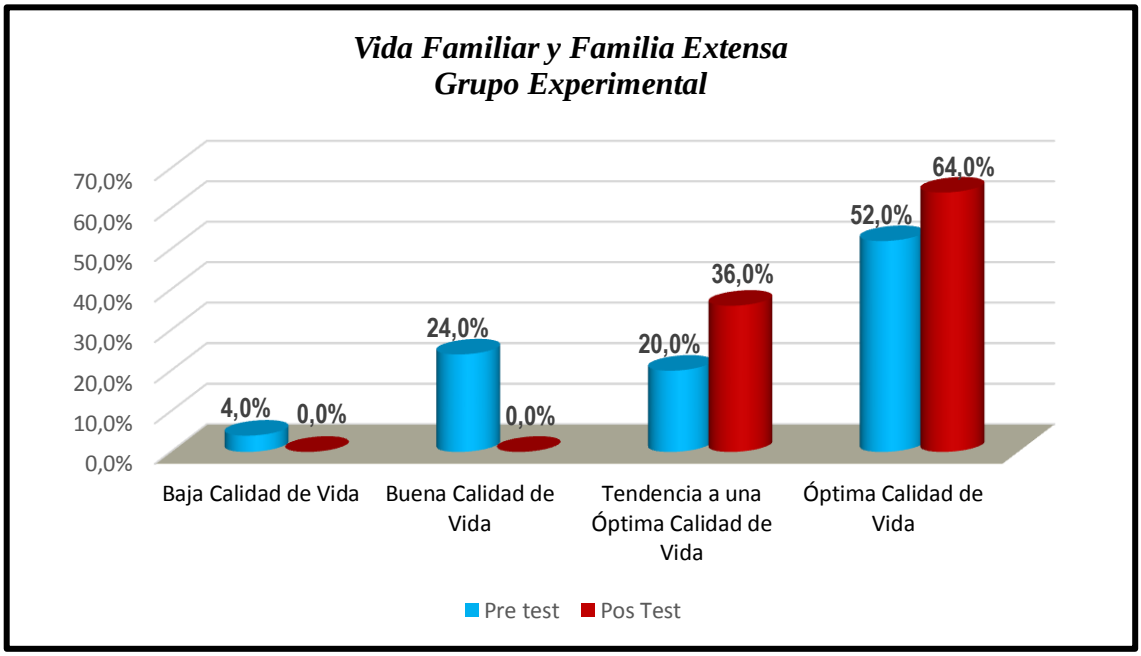


FIGURA 03: **Calidad de vida, en su dimensión Vida Familiar y Familia Extensa en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 04

Calidad de vida, en su dimensión Educación y Ocio en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental

			Pre test	*Post test*
Educación y Ocio	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*6*	*0*
		% dentro de GRUPO	*12,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una Baja Calidad de Vida	*Recuento*	*4*	*0*
		% dentro de GRUPO	*8,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*14*	*0*
		% dentro de GRUPO	*28,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*8*	*24*
		%dentro de GRUPO	*16,0%*	*48,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*18*	*26*
		% dentro de GRUPO	*36,0%*	*52,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 04 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Educación y Ocio antes del programa educativo indica que el 12,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; el 8,0% de los adultos tiene una tendencia a una baja calidad de vida; mientras que 28,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 16,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 36,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 48,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 52,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

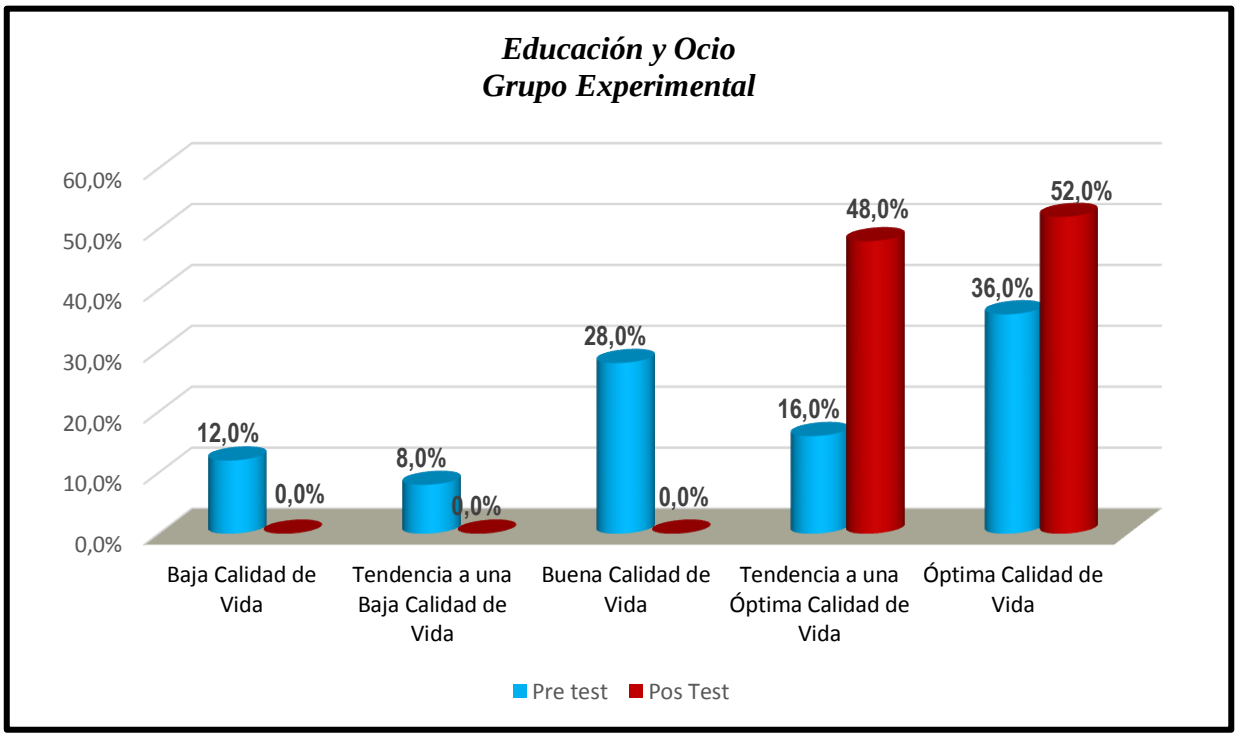


FIGURA 04: **Calidad de vida, en su dimensión Educación y Ocio en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 05

*Calidad de vida, en su dimensión **Medios de Comunicación** en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental*

			Pre test	*Post test*
Medios de Comunicación	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*6*	*0*
		% dentro de GRUPO	*12,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*11*	*0*
		% dentro de GRUPO	*22,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*17*	*26*
		%dentro de GRUPO	*34,0%*	*52,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*16*	*24*
		% dentro de GRUPO	*32,0%*	*48,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 05 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Medios de Comunicación antes del programa educativo indica que el 12,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 22,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 34,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 32,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 52,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 48,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

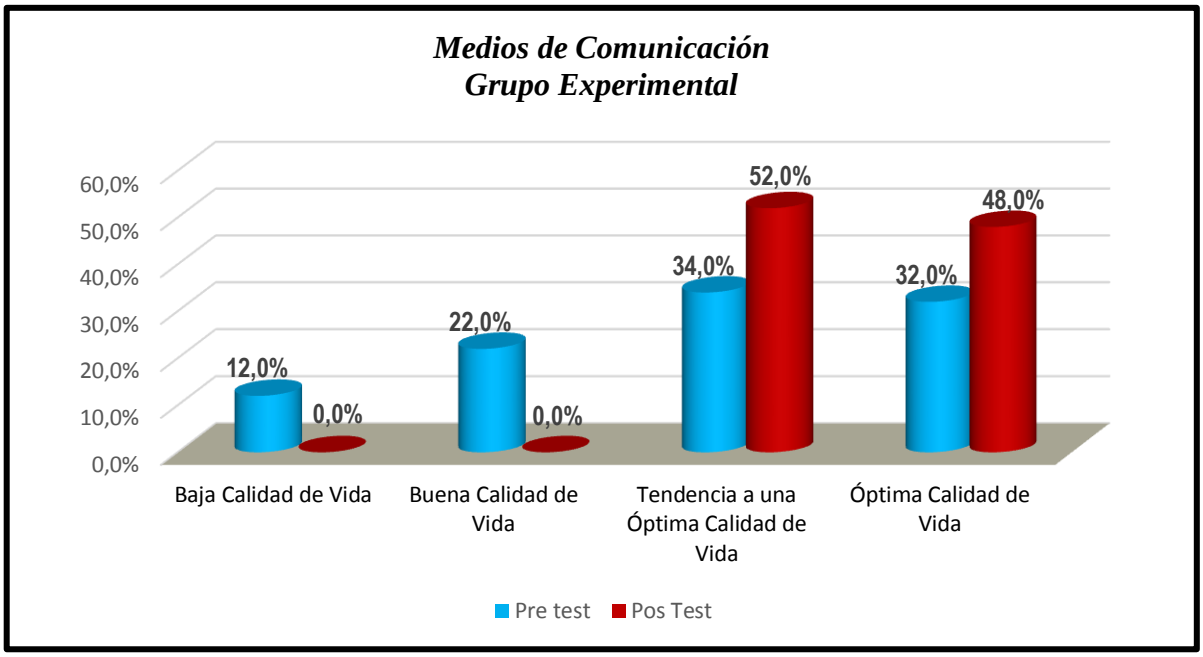


FIGURA 05: **Calidad de vida, en su dimensión Medios de Comunicación en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 06

Calidad de vida, en su dimensión ***Religión*** *en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental*

			Pre test	*Post test*
Religión	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*6*	*10*
		%dentro de GRUPO	*12,0%*	*20,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*40*	*40*
		% dentro de GRUPO	*80,0%*	*80,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 06 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Religión antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 4,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 12,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 80,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 20,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 80,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

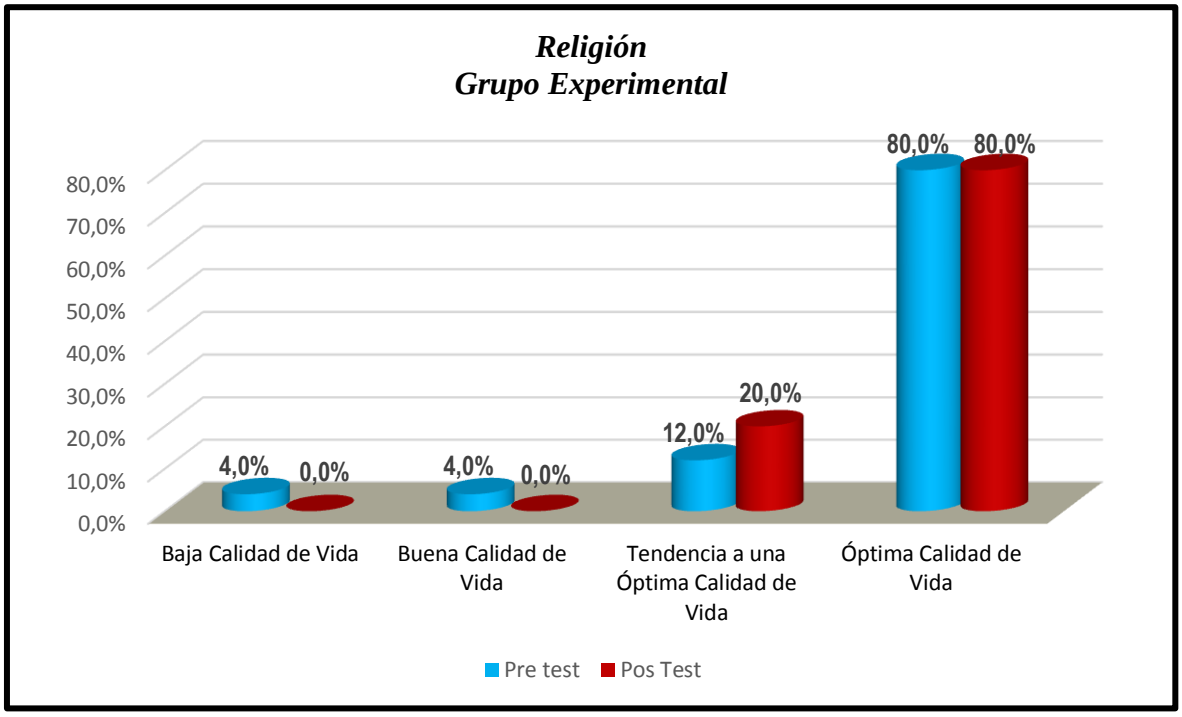


FIGURA 06: **Calidad de vida, en su dimensión Religión en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 07

*Calidad de vida, en su dimensión **Salud** en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental*

			Pre test	*Post test*
Salud	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*7*	*0*
		%dentro de GRUPO	*14,0%*	*0,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*41*	*50*
		% dentro de GRUPO	*82,0%*	*100,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 07 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Salud antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 14,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 82,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 100,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

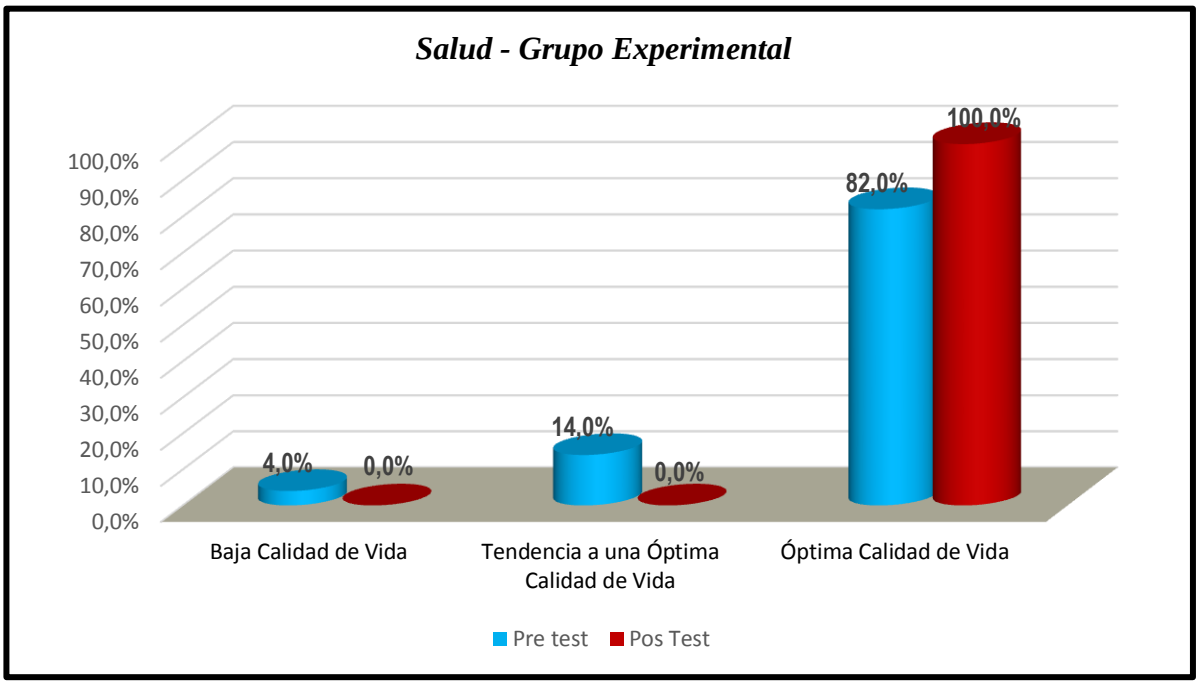


FIGURA 07: **Calidad de vida, en su dimensión Salud en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 08

Calidad de vida global de los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental

			Pre test	*Post test*
Calidad de Vida	*Tendencia a baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*6*	*0*
		% dentro de GRUPO	*12,0%*	*0,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*20*	*0*
		%dentro de GRUPO	*40,0%*	*0,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*22*	*50*
		% dentro de GRUPO	*44,0%*	*100,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 08 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida del adulto mayor antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene tendencia a baja calidad de vida; 12,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 44,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 100,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

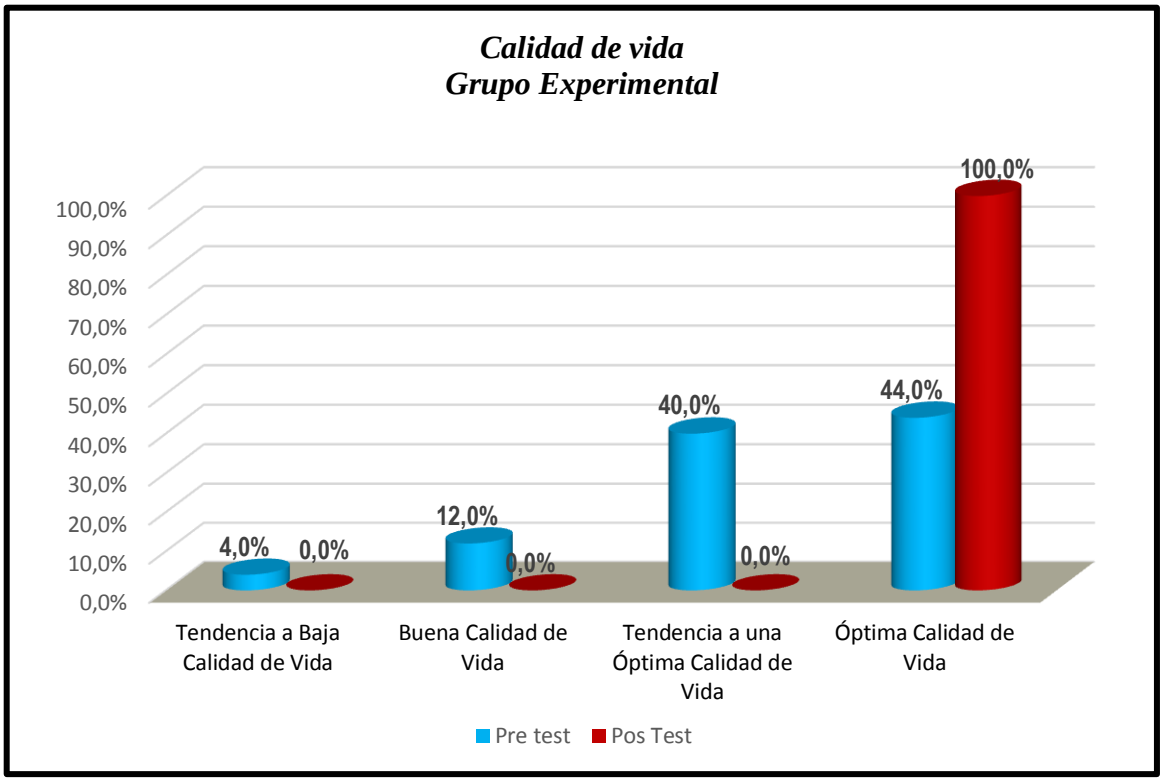


FIGURA 08: **Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Experimental**

Tabla 09

Calidad de vida, en su dimensión Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Hogar y Bienestar Económico	*Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*2*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*4,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*20*	*20*
		% dentro de GRUPO	*40,0%*	*40,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*16*	*16*
		%dentro de GRUPO	*32,0%*	*32,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*12*	*12*
		% dentro de GRUPO	*24,0%*	*24,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 09 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Hogar y Bienestar Económico es como sigue: 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 32,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 24,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestra que 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 32,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 24,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

.

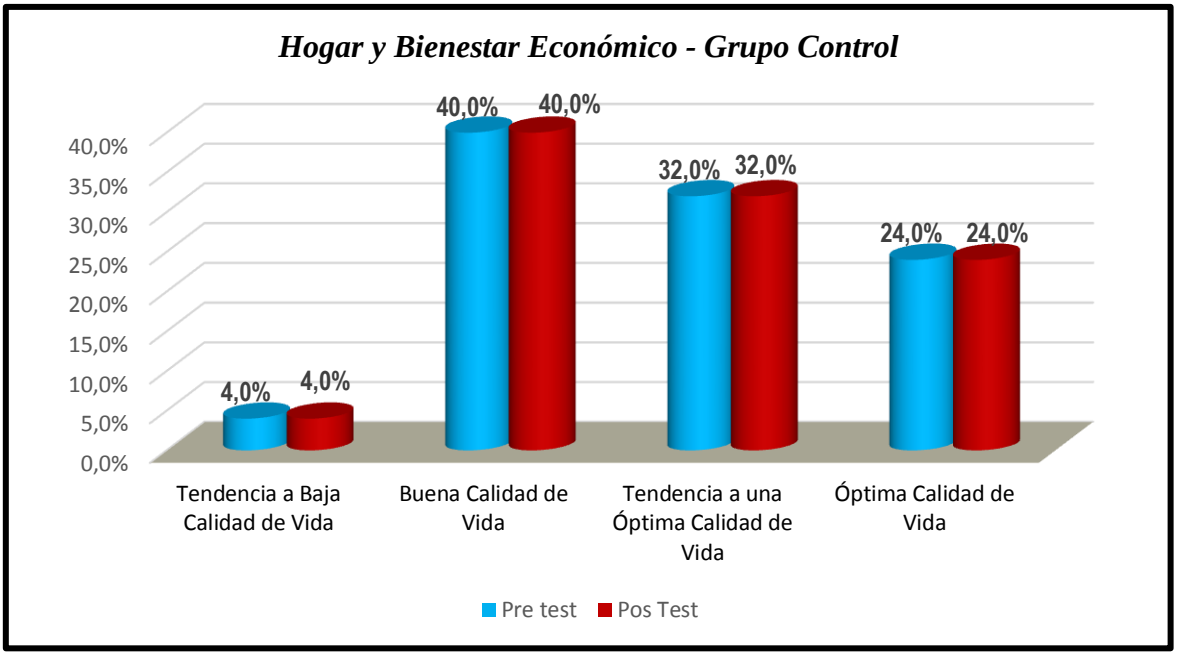


FIGURA 09: **Calidad de vida, en su dimensión Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 10

Calidad de vida, en su dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Amigos, Vecindario y Comunidad	*Tendencia a una Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*2*	*0*
		% dentro de GRUPO	*4,0%*	*0,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*18*	*18*
		% dentro de GRUPO	*36,0%*	*36,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*22*	*24*
		%dentro de GRUPO	*44,0%*	*48,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*8*	*8*
		% dentro de GRUPO	*16,0%*	*16,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 10 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad indica que el

4,0% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 36,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 44,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 16,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestran que el 36,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 48,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 16,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

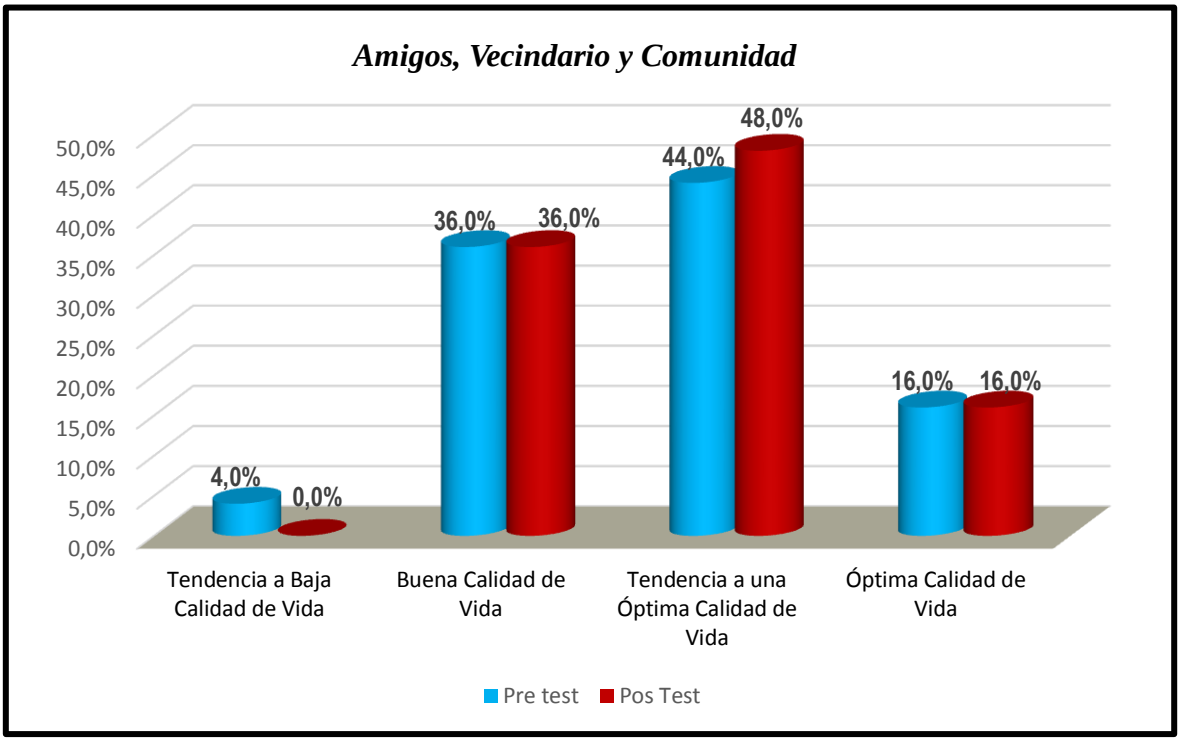


FIGURA 10: **Calidad de vida, en su dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 11

Calidad de vida, en su dimensión Vida Familiar y Familia Extensa en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Vida Familiar y Familia Extensa	*Tendencia a una baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*6*	*6*
		% dentro de GRUPO	*12,0%*	*12,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*17*	*18*
		% dentro de GRUPO	*34,0%*	*36,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*21*	*20*
		%dentro de GRUPO	*42,0%*	*40,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*6*	*6*
		% dentro de GRUPO	*12,0%*	*12,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 11 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad indica que el 12% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 34,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 42,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 12,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestran que el 12,0% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 36,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 12,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

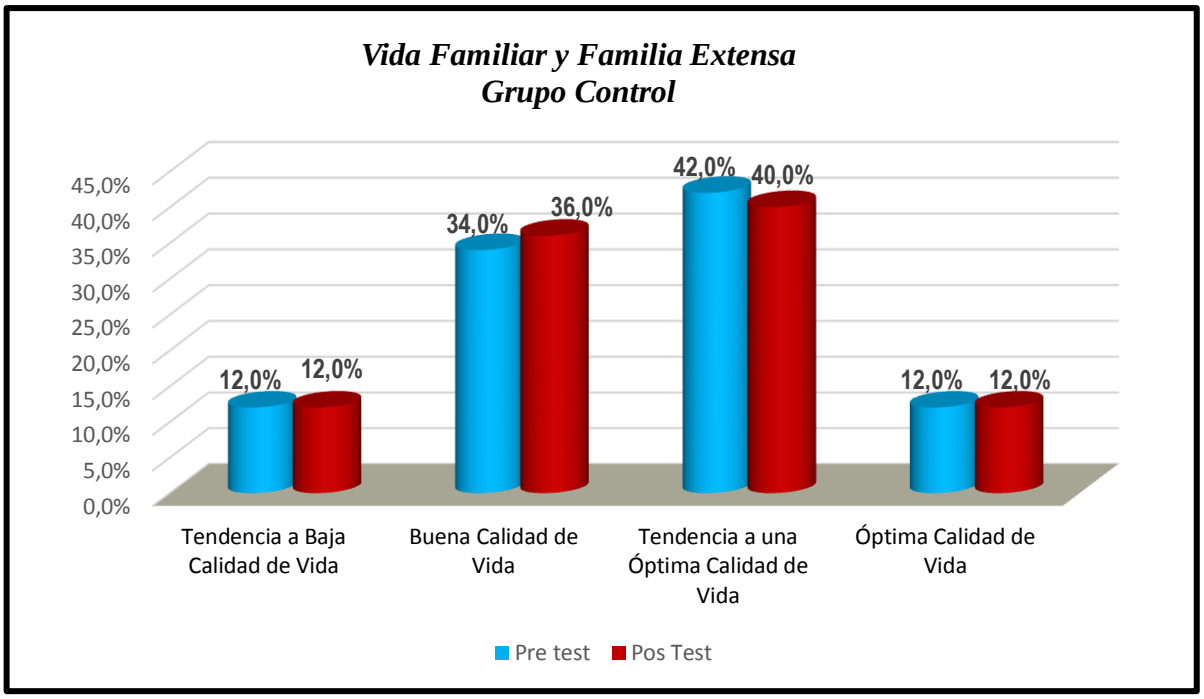


FIGURA 11: **Calidad de vida, en su dimensión Vida Familiar y Familia Extensa en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 12

Calidad de vida, en su dimensión Educación y Ocio en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Educación y Ocio	*Tendencia a una Baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*4*	*4*
		% dentro de GRUPO	*8,0%*	*8,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*22*	*18*
		% dentro de GRUPO	*44,0%*	*36,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*20*	*22*
		%dentro de GRUPO	*40,0%*	*44,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*4*	*6*
		% dentro de GRUPO	*8,0%*	*12,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 12 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Educación y Ocio indica que el 8% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 44,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 8,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestran que el 8,0% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 36,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 44,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 12,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

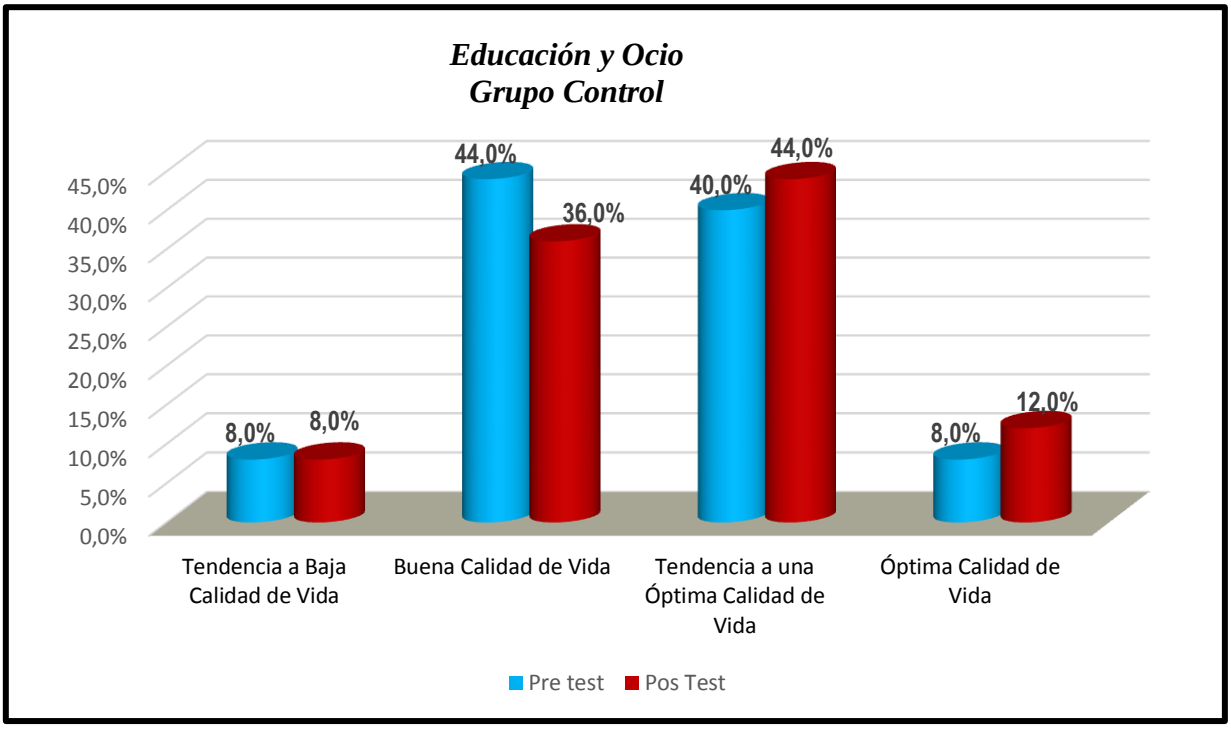


FIGURA 12: **Calidad de vida, en su dimensión Educación y Ocio en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 13

Calidad de vida, en su dimensión Medios de Comunicación en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Medios de Comunicación	*Tendencia a una baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*5*	*2*
		% dentro de GRUPO	*10,0%*	*4,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*16*	*12*
		% dentro de GRUPO	*32,0%*	*24,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*21*	*24*
		%dentro de GRUPO	*42,0%*	*48,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*8*	*12*
		% dentro de GRUPO	*16,0%*	*24,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 05 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Medios de Comunicación indica que el 10% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 32,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 42,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 16,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestran que el 4,0% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; 24,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 48,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 24,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

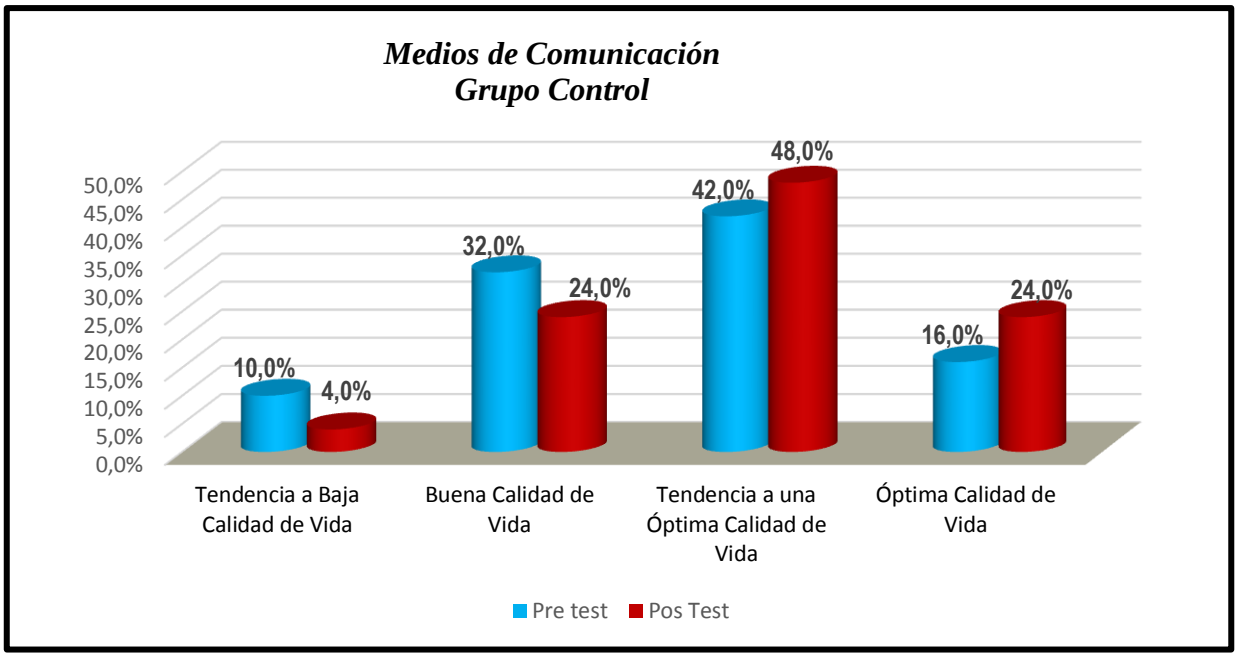


FIGURA 13: **Calidad de vida, en su dimensión Medio de comunicación en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 14

Calidad de vida, en su dimensión Religión en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Religión	*Buena Calidad de Vida*	*Recuento*	*5*	*4*
		% dentro de GRUPO	*10,0%*	*8,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*7*	*8*
		%dentro de GRUPO	*14,0%*	*16,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*38*	*38*
		% dentro de GRUPO	*76,0%*	*76,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 06 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Religión indica que el 10% de los adultos tiene

una buena calidad de vida; el 14,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 76,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestran que el 8,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 16,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 76,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

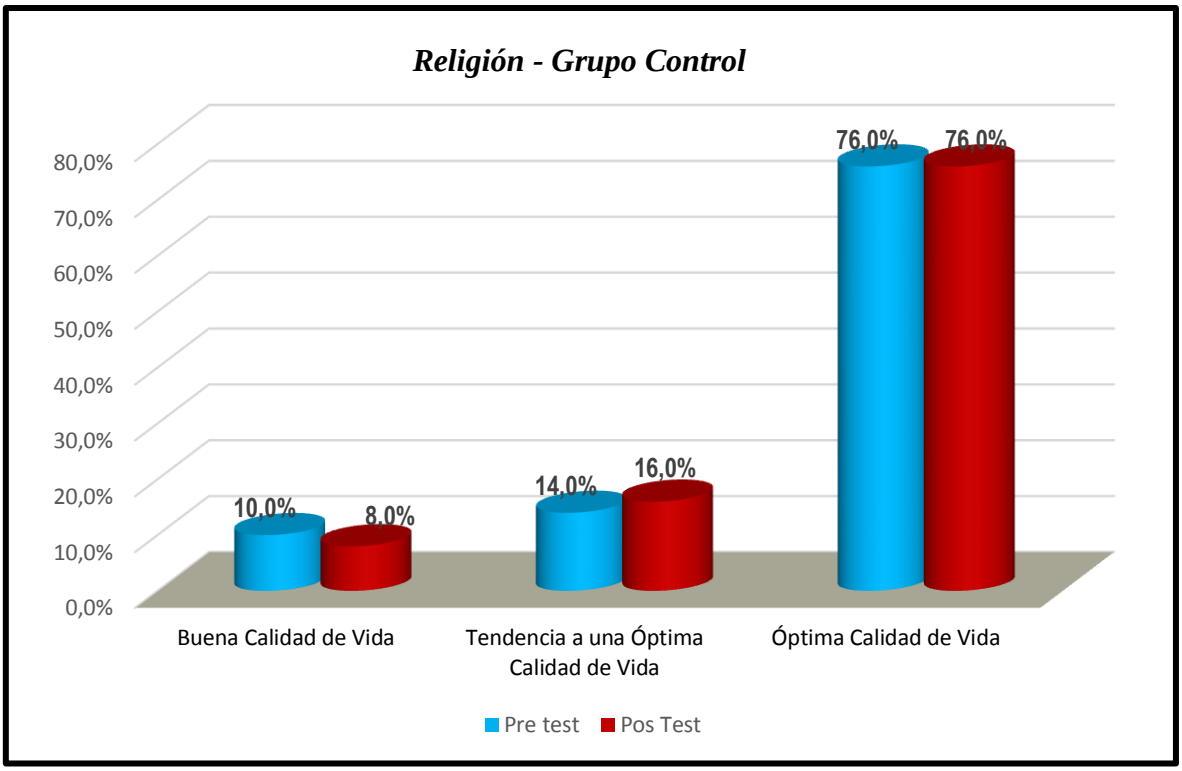


FIGURA 14: **Calidad de vida, en su dimensión Religión en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 15

Calidad de vida, en su dimensión Salud en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Salud	*Tendencia a una baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*7*	*5*
		% dentro de GRUPO	*14,0%*	*10,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*8*	*6*
		% dentro de GRUPO	*16,0%*	*12,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*6*	*7*
		%dentro de GRUPO	*12,0%*	*14,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*29*	*32*
		% dentro de GRUPO	*58,0%*	*64,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 07 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida en la dimensión Salud indica que el 14% de los adultos tiene tendencia a una buena calidad de vida; el 16,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; 12,0% de los adultos tiene tendencia a una óptima calidad de vida y el 58,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test muestran que el 10,0% de los adultos tiene tendencia a una baja calidad de vida; el 12,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; 14,0% de los adultos tiene tendencia a una óptima calidad de vida y el 64,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

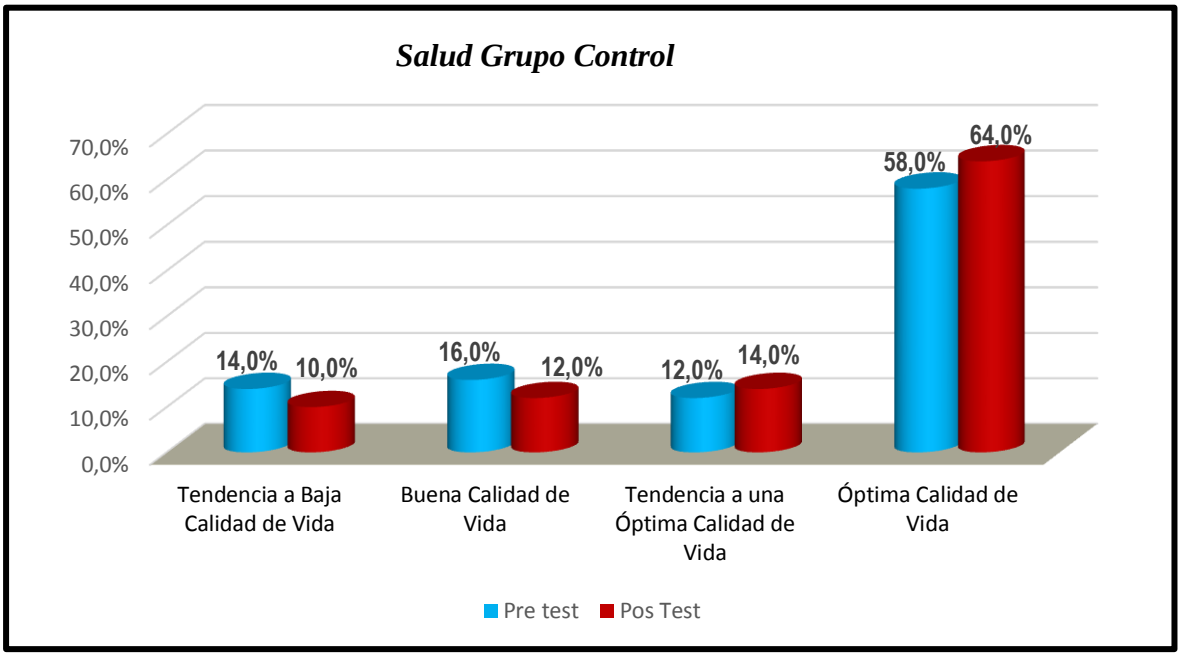


FIGURA 15: **Calidad de vida, en su dimensión Salud en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Tabla 16

Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control

			Pre test	*Post test*
Calidad de Vida	*Tendencia a baja Calidad de Vida*	*Recuento*	*7*	*5*
		% dentro de GRUPO	*14,0%*	*10,0%*
	Buena Calidad de Vida	*Recuento*	*8*	*6*
		% dentro de GRUPO	*16,0%*	*12,0%*
	Tendencia a una óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*6*	*7*
		%dentro de GRUPO	*12,0%*	*14,0%*
	Óptima Calidad de Vida	*Recuento*	*29*	*32*
		% dentro de GRUPO	*58,0%*	*64,0%*
Total		*Recuento*	*50*	*50*
		% dentro de GRUPO	*100,0%*	*100,0%*

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 que asisten al programa de adulto mayor

En la tabla y/o figura 16 se observa los resultados del pretest aplicado al grupo control donde la calidad de vida del adulto mayor indica que el 14,0% de los adultos tiene

tendencia a baja calidad de vida; 16,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 12,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 58,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Mientras que los resultados del post test indica que el 10,0% de los adultos tiene tendencia a baja calidad de vida; 12,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 14,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 64,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

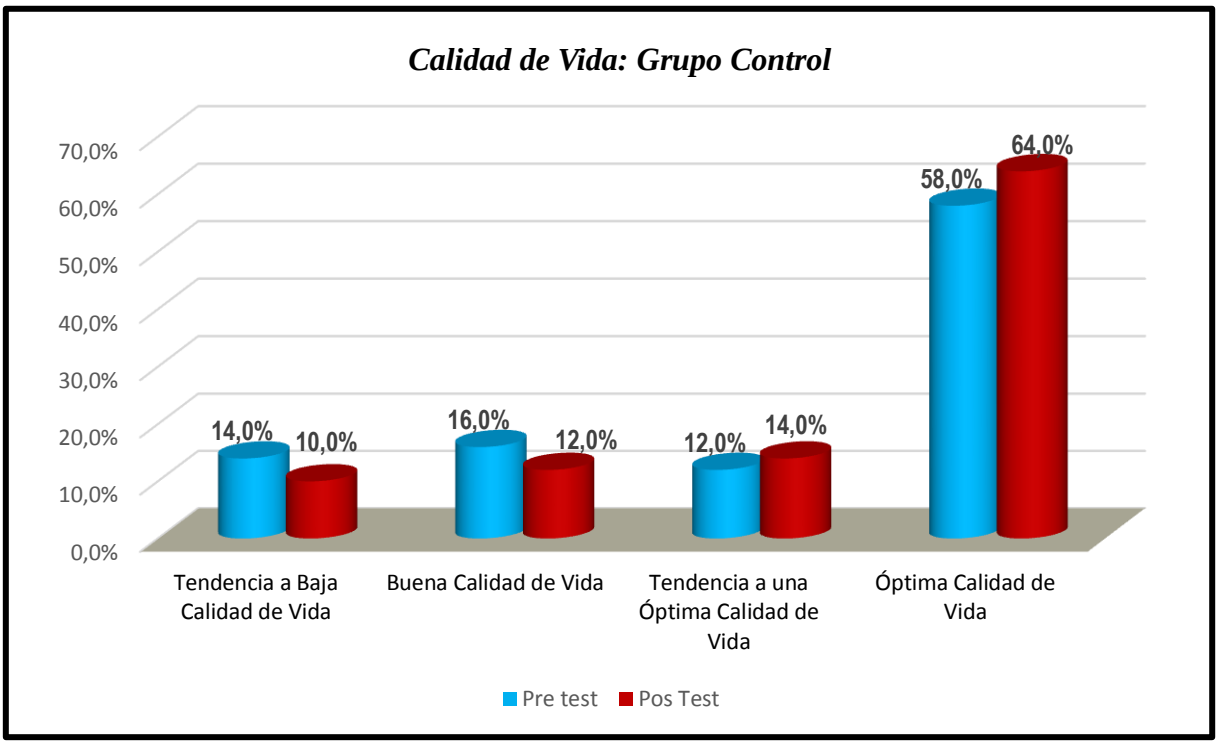


FIGURA 16: **Calidad de vida, en los adultos mayores del Centro de Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 – Grupo Control**

Prueba de Hipótesis

Prueba de la T de student de grupos relacionados entre el Pre y el Post test

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Grupo Experimental pretest	40,20	50	7,228	1,022
	Grupo Experimental postest	46,80	50	1,852	0,262

Se puede observar que antes de ser aplicado el programa educativo los adultos mayores presentaban una calidad de vida el promedio de 40,20 que indica una tendencia a una óptima calidad de vida con una desviación típica de 7,228. Mientras que después de aplicado el programa educativo el adulto mayor presentó una calidad de vida promedio de 46,80 con una desviación típica de 1,852 que corresponde a una óptima calidad de vida.

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Grupo Exp. pretest Grupo Exp. postest	-6,600	6,609	,935	-8,478	-4,722	-7,062	49	,000

Para esta prueba se está considerando un nivel de confiabilidad del 95% y un nivel de significancia de 0,05, se observa que la diferencia entre las medias es de -6,600 y que el límite aceptable está comprendido de los valores -8,478 y -4,722. De allí podemos concluir que las medias son diferentes dado que su diferencia se encuentra dentro del intervalo. *También al observar el estadístico t cuyo valor es -7,062 y el valor de significancia menor que 0,05 lo que demuestra que hay diferencias significativas, por lo que concluimos que si se aplica el Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo mejora significativamente la calidad de vida del adulto mayor del Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016.*

3.2 Discusión de resultados

La calidad de vida de un individuo se encuentra relacionada a una serie de factores económico- sociales y culturales donde se desarrolla y en función a su escala de valores. La calidad de considerada multidimensionalmente incluye aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros. Un envejecimiento activo es un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas envejecen paulatinamente. Es exitoso cuando se desarrollan mecanismos adaptativos psicológicos y sociales que ayudan a compensar todas las limitaciones fisiológicas, logrando una sensación de bienestar con sentido de realización personal, inclusive existiendo enfermedad y discapacidad.

Consideramos que es misión de las organizaciones de salud crear las condiciones que permitan a los adultos mayores recibir una educación sanitaria para mejorar su calidad de vida.

En este contexto se ha desarrollado una investigación para determinar la influencia del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo", en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016 y los resultados del pretest *aplicado al grupo experimental indica que el 44,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida,* por lo tanto el 56% de los encuestados no presentan buena calidad de vida esto es importante de analizar con Aponte (14), quien afirma que el concepto de calidad de vida es una acepción que comprende aspectos objetivos y subjetivos el cual debe ser valorado y analizado multidisciplinariamente para poder comprender que el adulto mayor debe experimentar sentimientos de felicidad con lo logrado y con el amor que debe sentir de su familia, a todo esto le llama calidad de vida, si analizamos con nuestros resultados encontramos un grave problema debido a que más de la mitad de los gerontos expresan que no se sienten satisfechas consigo mismos ni con su entorno.

Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 100,0% de los adultos mayores evidenciaron mejoras en su calidad de vida, estos promedios se pueden corroborar con Lozada (16) quien presenta un estudio sobre efectos del programa estilos de vida para un envejecimiento activo-Essalud. De los resultados obtenidos tales como que en un 65% de los adultos mayores, consideran que

gozan actualmente de buena salud física, partiendo del cuidado y responsabilidad de su bienestar incentivado desde el programa.
Sobre la calidad de vida, en su dimensiones hogar y bienestar económico; amigos, vecindario y comunidad; vida familiar y familia extensa; educación y ocio; medios de comunicación; religión y salud en el pre test se encontró que el 8,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; el 12,0% de los adultos tiene una tendencia a una baja calidad de vida; mientras que 8,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 32,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida, mientras que los resultados del post test mostraron que el 92,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Estos hallazgos se analizan con Vera (17) en el 2011 quien realizó en Lima un trabajo de investigación llamada Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, que concluye que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

En los resultados del pre test aplicado al grupo experimental en la dimensión educación y ocio antes del programa educativo indica que el 12,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; el 8,0% de los adultos tiene una tendencia a una baja calidad de vida; mientras que 28,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 16,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 36,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida. Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 48,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 52,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

En los resultados del pre test aplicado al grupo experimental en la dimensión medios de comunicación antes del programa educativo indica que el 12,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 22,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 34,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 32,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida. Mientras que los resultados del post test después de aplicado el

programa educativo muestra que el 52,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 48,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

En el pre test aplicado al grupo experimental en la dimensión religión antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 4,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 12,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 80,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida. Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 20,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 80,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Se observa los resultados del pre test aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida en la dimensión Salud antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene una baja calidad de vida; 14,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 82,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida. Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 100,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Se observa los resultados del pretest aplicado al grupo experimental donde la calidad de vida del adulto mayor antes del programa educativo indica que el 4,0% de los adultos tiene tendencia a baja calidad de vida; 12,0% de los adultos tiene una buena calidad de vida; el 40,0% de los adultos tiene una tendencia a una óptima calidad de vida y el 44,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida. Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 100,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida.

Estos hallazgos se corroboran con Olivares (10) en el 2015, presentó el estudio Calidad de vida en el adulto mayor, concluyendo que la satisfacción de las necesidades del hombre, es lo que condiciona la llamada Calidad de Vida y ésta es a su vez, el fundamento concreto de bienestar social y estado de salud, alrededor de todo su entorno se denomina calidad de vida a un proceso que comprende lo subjetivo y objetivo del individuo que lo hace poder desarrollarse y sentirse en un confort y bienestar completo.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

- En todas las dimensiones se encontró una baja calidad de vida y luego de aplicado el programa los niveles mejoraron notablemente concluyéndose que las dimensiones donde subió a 100 % fue salud lo que favorece el autocuidado y religión con un 80% que significa el nivel de espiritualidad de los adultos mayores ante su enfermedad.
- A nivel global en el pre test aplicado al grupo experimental indica que el 4,0% de los adultos tiene tendencia a baja calidad de vida. Mientras que los resultados del post test después de aplicado el programa educativo muestra que el 100,0% de los adultos tiene una óptima calidad de vida, estos hallazgos demuestran que el programa aplicado cumple con los criterios planeados para mejorar la calidad de vida en los gerontos.
- Dado que las medias son diferentes y que su diferencia se encuentra dentro del intervalo además al observar el estadístico t cuyo valor es -7,062 y el valor de significancia menor que 0,05 se demuestra que hay diferencias significativas, por lo que concluimos que si se aplica el Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo mejora significativamente la calidad de vida del adulto mayor del Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016.

Recomendaciones

- Institucionalizar el Programa Educativo “Me Cuido Aprendiendo” en el Centro de Salud José Abelardo Quiñonez para optimizar la calidad de vida de los adultos mayores
- Promover investigaciones sobre los factores que afectan la calidad de vida de los adultos que frecuentan el establecimiento de salud
- Promover en el personal de salud mayor iniciativa para que siga orientando a los adultos mayores a desarrollar actividades de autocuidado.

REFERENCIAS

1. Boggio M. Envejecimiento, calidad de vida y cuidado enfermero. Revista Portalesmedicos. 2015; 1(2).

2. Zavala G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de enfermería; 2016.

.3 Camino S. M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2011. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

4. Pontificia Universidad Católica de Chile. Guia calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. [En línea].; 2011 [Citado en 2016 06 15. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf.

5. INEI. Informe Tecnico: Situación de la Población Adulta Mayor Enero-Febrero-Marzo 2017. [En línea].; 2017 [Citado en 2017 09 15. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf.

6. INEI. Estadisticas PAM 2015. NÚMERO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES POR PROVINCIA, 2015. [En línea].; 2016 [Citado en 2017 09 16. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lambayeque2.html.

7. GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE. Plan de Desarrollo Regional Concertado Lambayeque 2011-2021. [En línea].; 2011 [Citado en 2014 Abril 28. Disponible en: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/pdc/lambayeque/pdclambayeque.pdf.

8. DIRESA LAMBAYEQUE. Analisis de la Situacion De Salud de las Personas Adultas Mayores. Diresa Lambayeque - I Semestre 2010. [En línea].; 2013 [Citado en 2016 Mayo 02. Disponible en: http://www.buenastareas.com/ensayos/Analisis-De-Situacion-Salud-Adulto-Mayor/1481637.html.

9. Sarda A. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería a adultos mayores fármaco-dependientes Farmacodependientes policlínico. Revista Cubana de

Enfermería: Editorial Ciencias Médicas. 2017;: p. Vol. 33, Núm. 1.

10. Olivety M. Cuidados de Enfermeria al adulto mayor hospitalizado y su satisfaccion con el cuidado recibido. Enfermeria , Gestion Sanitaria , Geriatria y Gerontologia. 2014.

11. Segura K, Miranda C, Guillén D. Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. Cuidarte “El Arte del Cuidado”. 2014;: p. Volumen: 3 Número: 5 Año: 2014 FEBRERO.

12. Quizhpilema B, Sinchi L, Tacuri M. Nivel de satisfacción del adulto mayor, respecto a los cuidados de enfermería que reciben en el servicio de clínica del Hospital "Homero Castanier Crespo". Azoguez, 2013, Cuenca Ecuador. Revista Medica UV. 2015.

13. García C&PL. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que reciben del personal de enfermería en los subprocesos de clínica de varones y mujeres hospital provincial Verdi Cevallos Balda de la. Manabí, Ecuador: Universidad Técnica de Manabí, Facultad de ciencias de la salud; 2016.

14. López F, Rodríguez K. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del Hospital II 2 Minsa-Tarapoto. Repositorio de Tesis de la Universidad Nacional de San Martín. 2014.

15. Zapata S. Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el Servicio de Geriatría del Hospital Almenara. Universidad Ricardo Palma; 2013.

16. Alvites E. Actitud de los internos de enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor según rotaciones del internado, Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM. Tesis Para Optar Titulo Profesional De Licenciado En Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2013.

17. Ramos P. Nivel de satisfacción del paciente adulto post operado respecto al cuidado de enfermería en servicio de cirugía del hospital regional de Lambayeque. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán ; 2014.

19. Rodriguez J. Geriatría México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill.

20. Contrras R. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.. 2015; Vol 5. No. 1 Año 5 Enero - Marzo.

21. Landman C. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia

en un Hospital de Quillota, Chile.. Enfermería: Cuidados humanizados. 2014.

22. Bestard R. Calidad de vida y rehabilitación del adulto mayor en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2016; 11 (2).

23. Noriega L. Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un hospital de III Nivel de Lima Metropolitana. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

24. López J. Fisiología del ejercicio. Madrid: Editorial panamericana.

25. Engler T. Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. Washington: Editorial Banco Interamericano de Desarrollo; 2015.

26. INEI. Perfil Sociodemográfico del Perú Lima: Editorial. INEI.; 2015.

27. Urra E. Algunos aspectos esenciales del Pensamientodde Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2013; 17(3), 11-22.

28. Watson J. El Cuidado Jean Watson. [En línea].; 2013. Disponible en: http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2014/06/jean-watson.html.

29. Zavala G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo . Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de enfermería; 2014.

30. Wittakker J. Psicología Motivacional.; 2014.

31. Donabedian A. Evaluando la Calidad de la Atención Médica.; 2016.

32. Rivera L. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Avances en enfermería. 2015; XXV (1):56-68.

33. Aponte D. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. 2015; 13(2), 152-182.

34. BIREME. Descriptores en Ciencias de la Salud. [En línea].; 2017 [Citado en 2017 Julio 4. Disponible en: http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm.

35. Palacios L. cuidado humanizado de enfermeria y nivel de satisfación de los familiares de usuarios atendidos en el servicio de emergencia del HHUT TACNA. Tesis para optar el Título Profesional de Enfermera. Tacna: Universidad Nacional

Jorge Basadre Grohmann; 2015.

36. Hernandez Sampieri Rea. Metodología de la Investigación Científica. Cuarta Edición ed. México: Mcgraw-Hill; 2016.

37. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont rincipios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [En línea].; 2013 [Citado en 2015 11 12. Disponible en: http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html.

38. Guba EyLY. Una evaluación eficaz: La mejora de la evaluación de los resultados de la evaluación a través de los enfoques de respuesta y naturalista. San Francisco. : Jossey-Bass; 2013.

39 Jara-Sanabria F., Lizano-Pérez A.. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Jun 14] ; 13(4): 208-215. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003.

1. Boggio M. Envejecimiento, calidad de vida y cuidado enfermero. Revista Portalesmedicos.. 2009; 1(1772).

2. Contrras R. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.. 2008; Vol 5. No. 1 Año 5 Enero - Marzo.

3. Zavala G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de enfermería; 2016.

4. Puentes G, Menéndez Á. Medicentro Electrónica. Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico.. 2010; 12(4): 4-6.

5. Estrada A,CD,SA,CL,OJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica: Revista Del Instituto Nacional De Salud. 2014; 31(4): 492-502.

6. Poblete-Valderrama F MCCDSEVSPAGM. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. Revista Ciencias De La Actividad Física UCM. 2014.

7. Pontificia Universidad Católica de Chile. Guia calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. [Online].; 2011 [cited 2016 06 15. Available from:

http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf.

8. Organización Mundial de la Salud. Día Internacional de las Personas de Edad. [Online].; 2010 [cited 2016 11 23. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/.

9. Camino S. M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2011. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

10 Olivares D. Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA. 2015;(núm. 61, julio-diciembre): p.
. pp. 1-7.

11 GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE. Plan de Desarrollo Regional Concertado
. Lambayeque 2011-2021. [Online].; 2011 [cited 2014 Abril 28. Available from: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/pdc/lambayeque/pdclambayeque.pdf.

12 DIRESA LAMBAYEQUE. Analisis de la Situacion De Salud de las Personas Adultas Mayores.
. Diresa Lambayeque - I Semestre 2010. [Online].; 2011 [cited 2016 Mayo 02. Available from: http://www.buenastareas.com/ensayos/Analisis-De-Situacion-Salud-Adulto-Mayor/1481637.html.

13 Instituto Nacional de Estadistica e informatica INEI. Encuesta Demoigráfica y de Salud
. Familiar, ENDES 2014. Lima: INEI; 2014.

14 Aponte D. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu Órgano de Difusión Científica del
. Departamento de Psicología UCBSP. 2015; 13(2), 152-182.

15 Bestard R. Calidad de vida y rehabilitación del adulto mayor en el Hospital Psiquiátrico de La
. Habana.. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2014; 11 (2).

16 Lozada J. Calidad de vida del adulto mayor: efectos del programa estilos de vida para un
. envejecimiento activo-Essalud, Distrito La Esperanz, provincia de Trujillo, en el año 2014. Informe de tesis para optar el título profesional de licenciado en trabajo social. Trujillo : Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de ciencias sociales. Escuela Académico Profesional de Trabajo Social; 2015.

17 Vera M. Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia.
. Rev. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM.. 2011;: p. 284-290.

18 Córdova N. Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del
. Peru. Chiclayo, 2010 Córdova, n. tesis para optar el grado académico de maestría en enfermería Chiclayo, Perú 2012. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo , Escuela ; 2012.

19 Ocaña L. Influencia del autocuidado, en la calidad de vida del adulto mayor desde la teoría de Dorothea Orem, del Pueblo Joven Gonzales Prada, Ferreñafe 2014. Para optar el título

. profesional de licenciado en enfermería. Universidad Señr de Sipán; 2014.

20 Paredes JyVM. Inteligencia Emocional y calidad de vida en adultos mayores de una asociación
. de jubilados del distrito de Tumán 2016. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2016.

21 Córdova N. Calidad de Vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del
. Perú. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.

22 Coronado J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor
. residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Medica Peruana. ; 26(4).

23 Flores M, Colunga C, González M, Vega M, Cervantes G. Salud mental y calidad de vida en
. adultos mayores.. Uaricha. 2013; 10(21), p. 1-13.

24 Cruz M, Meybol lE. Estilo de vida y estado nutricional del adulto maduro. Revista Científica In
. Crescendo. 2016 Sep 06; 3(2): p. p. 267-276.

25 Acevedo M. Factores Económicos, Sociales y Culturales en la Calidad de Vida de la Población
. Adulta Mayor del Distrito de Huancayo. Huancayo:; 2010.

26 Tapia H. Tendencia a la Actitud Prosocial y Calidad de Vida en Adultos Mayores Voluntarios
. de la Región Lambayeque. Lambayeque:; 2014.

27 Torres J, Torres D. Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor de la Ciudad de Chiclayo.
. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2013.

28 Aranda M, Hernández K. Bienestar Psicológico Subjetivo – Material y su relación con la
. Calidad de Vida en el Adulto Mayor; 2012.

29 Gómez M, Sabeh E. Calidad de Vida: Evolución del Concepto y su Influencia en la
. investigación y la Práctica. Salamanca: Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología; 2001.

30 Chion T, Rothschild MAJ, Vargas J. Calidad de vida en el adulto mayor: principales factores de
. medición. Lima: CENTRUM Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú.; 2007.

31 Pérez G. Calidad de Vida en personas mayores.. Madrid: Universidad Nacional de Educación a
. Distancia; 2013.

32 Grimaldo M. Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima.. Informes
. Psicológicos [Internet]. 2009; 12(11): p. p.89-102.

33 Lancho J. Intervención y desarrollo en personas adultas. Calidad de vida en personas adultas
. mayores. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013.

34 Pascual L, Chiara M. Guía para la evaluación de programas de educación [Internet]. [Online]. Argentina: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa; 2009

. [cited 2016 Mayo 26. Available from: http://goo.gl/TVW7OS.

35 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación Científica México:
. Mcgraw-Hill; 2006.

36 Adrianzén MF. Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia -
. Hospital Almanzir Aguinada Asenjo - 2011. Chiclayo - Perú:; 2012.

37 Sgreccia E. La Bioética Personalista. Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética.
. 2001.;(Año 2, N° 2,).

38 Olson D, Barnes H. Calidad de Vida: (Manuscrito no publicado).; 1982.
.

ANEXOS

ANEXOS N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Señor de Sipán

Investigadoras: Bach. Santisteban Santacruz, Socorro Zayru y Bach. Serquén Quispe Lucy Fiorela

Título: INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO "ME CUIDO APRENDIENDO", EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD JOSE ABELARDO QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO, 2016.

Propósito del Estudio: Estamos invitando (a usted) a participar en un estudio llamado: influencia del Programa Educativo "Me Cuido Aprendiendo", en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Salud José Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016.

Procedimientos: Para la recolección de la información se aplicará un instrumento a cargo de las investigadoras, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

Riesgos: No se tendrá riesgos ya la encuesta es anónima.

Confidencialidad: Le podemos garantizar que la información que (usted brinde) es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto los investigador(as), Bach. Santisteban Santacruz, Socorro Zayru y Bach. Serquén Quispe Lucy Fiorela, quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Derechos del paciente: Si usted decide (participar) en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora, al teléfono, 946109066. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente a participar en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

_____ _____
Participante o apoderado Fecha
Nombre:
DNI:

_____ _____
Testigo Fecha
Nombre:
DNI:

_____ _____
Investigador (a) Fecha
Nombre:
DNI:

_____ _____
Investigador (a) Fecha
Nombre:
DNI:

ANEXO N° 2: Instrumento

CUESTIONARIO

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

Instrucciones:

A continuación, le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

1	2	3	4	5
Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

Nº	ITEM	RESPUESTA				
		1	2	3	4	5
1	Se siente satisfecho de su vivienda en la que habita con su familia.					
2	Crees usted que el dinero que aportan en su hogar es necesario para cubrir sus necesidades en su vida cotidiana.					
3	Siente satisfacción con la relación de amistad, amor y respeto que lleva usted en su hogar y comunidad.					
4	Como considera la relación que lleva con sus parientes					
5	Cree usted que el tiempo libre que dedica a ver televisión o leer libros y periódicos son de ayuda para ejercitar su mente.					
6	Siente usted que realiza sus actividades en casa y recreativas es de manera independiente o que necesita ayuda para realizarlo.					
7	Siente satisfacción al acudir a misa con su familia					
8	Siente usted que su alimentación diaria es la correcta					
9	Siente usted que su salud es primordial en su vida					
10	Cree usted que su familia se involucra, participa en el cuidado y atenciones de su salud.					

ANEXO 03

FICHA TÉCNICA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

Nombre	: Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes.
Autores	: David Olson & Howard Barnes.
Adaptado en Perú	: Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo.
Administración	: Individual o Colectiva.
Duración	: Aproximadamente 20 minutos.
Nivel de aplicación	: A partir de 18 años.
Finalidad	: Niveles de Calidad de vida.

Descripción*:* La Calidad de Vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: factor 1 (Bienestar Económico), Factor 2 (Amigos, Vecindario y comunidad), Factor 3 (Vida Familiar y Familia Extensa), Factor 4 (Educación y ocio), Factor 5 (Medios de Comunicación), Factor 6 (Religión), y Factor 7 (Salud).

Validez. Validez de constructo mediante análisis factorial, tal como lo sugiere Núñez (1996), en el análisis factorial se utilizó el método de extracción de ejes principales, el cual se fundamenta hallar los constructos subyacentes. En cuanto al método de rotación, permitió hacer las interpretaciones sobre la identificación de los factores descubiertos que forman una red de constructos relacionados entre sí, para lo cual se eligió el método rotacional Promax, esto dio como resultado los siete factores que se mencionan en la descripción del instrumento.

Confiabilidad. La Escala de Calidad de Vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida; lo cual se relaciona con el estudio de Olson y Barnes (1982), quienes al determinar la confiabilidad del instrumento mediante el test – pretest, aplicando el coeficiente de Pearson, obtuvieron también valores aceptables para cada uno de los once factores y la Escala total. Para la confiabilidad del

cuestionario, se utilizó la prueba de coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado de 0,972, lo cual indicó que dichos instrumentos son confiables. Calculado en el Programa SPSS 24

ANEXO 04 : Propuesta

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE "ME CUIDO APRENDIENDO"

I. DATOS GENERALES

1. **BENEFICARIO**: Adultos mayores del Centro de Salud José Abelardo Quiñones Gonzales de Chiclayo

2. **LUGAR DE EJECUACIÓN**: Centro de Salud José Abelardo Quiñones Gonzales de Chiclayo.

3. **OBJETIVO:** Concientizar sobre el autocuidado en el adulto mayor con responsabilidad a través del programa educativo "Me Cuido Aprendiendo" para mejorar la calidad de vida.

4. **PERIODO DE EJECUCIÓN**: Julio del 2016.

5. **RESPONSABLE**: Santisteban Santa cruz Socorro Zayru; Serquen Quispe Lucy Fiorela.

6. FUNDAMENTACIÓN

El adulto mayor es la etapa de vida en la que a partir de las experiencias diferentes cambios en la vida laboral, su capacidad sexual y reproductiva; su responsabilidad, los cambios físicos, fisiológicos, y mentales; donde muchos de ellos necesitan el apoyo permanente de los familiares para su cuidado y satisfacer sus necesidades básicas diarias.
La familia es preponderantemente importante en esta frase de la vida pues son los ejes para su cuidado y atención integral, después de que el adulto ofreció y dio todo para el mantenimiento de la familia y su propia vida.

El adulto mayor muchas vece3s se ve forzado para realizar actividades donde sus capacidades físicas y mentales no le permite, para l0o cual es necesario desarrollar diferentes actividades y estrategias donde el adulto mayor se sienta útil en la familia y en la

sociedad de tal manera que su vida sea mejor llevadera a través del cuidado de su salud, impulsado el autocuidado.

II. ACTIVIDADES

1. Elaboración del plan del programa educativo
2. Presentación del plan del programa educativo
3. Solicitar autorización de ejecución de las sesiones educativas
4. Implementación del plan
5. Ejecución del plan

III. ESTRATEGIAS

Participación activa
Demostración
Re-demostración
Talleres educativos

IV. PLAN DE TRABAJO

Objetivo especifico	Contenido de la sesión educativa	Metodología	Proceso de aprendizaje	Tiempo
Los adultos mayores identifiquen los cambios físicos, fisiológicos y mentales.	Cambios físicos fisiológicos, psicológicos y sociales adulto mayor.	Participación Activa	Los adulto mayores describen los cambios físicos, fisiológicos y metales	45 minutos
Los identifiquen la importancia de la higiene personal	Higiene personal	Participación activa	Los adultos mayores describen la importancia de la higiene personal	45 minutos
Los adultos mayores describirán la importancia de la alimentación	Alimentación	Participación activa	Los adultos mayores describen la importancia de la alimentación	45 minutos

Los adultos mayores reconozcan la importancia del cuidado de la piel	Cuidados de la piel	Participación activa	Los adultos mayores describen la importancia del cuidado de la piel	45 minutos
Los adultos mayores reconozcan la importancia de la actividad física	Actividad física	Participación activa	Los adultos mayores describen la importancia de la actividad física	
Los Participen activamente en actividades de socialización, y reconozcan la importancia del sueño y el ocio	Socialización, Sueño y ocio	Participación activa.	Los adultos mayores describen la importancia de la socialización, sueño y el ocio.	45 minutos

ME CUIDO APRENDIENDO

1. Primera sesión: Higiene Corporal

Para mantener la piel sana, las principales actividades son su limpieza e hidratación. Estas actividades se deben realizar a diario, tanto en ancianos sanos como en ancianos enfermos.

Para el aseo del anciano en el domicilio tan importante es su grado de validez como las características del domicilio.

- Informaremos al anciano sobre el procedimiento del aseo, ya que esto mejora su colaboración y disminuye su ansiedad.
- Le mantendremos destapado el menor tiempo posible.

- Si realizamos el aseo en la cama, lo haremos por zonas corporales, en este orden: cuello, tronco, brazos, axilas, piernas, espalda, pies, genitales y región perianal. Iremos secando al anciano de forma inmediata, para evitar que éste sienta frío, y prestaremos especial atención en el secado de las zonas de los pliegues y zona interdigital, secando sin frotar.
- Intentaremos no utilizar alcoholes ni derivados de forma rutinaria, pues resecan la piel y, en caso de hacerlo, aplicaremos después cremas hidratantes.
- Si tuvieran apósitos cubriendo las heridas, evitaremos
- mojarlos durante el aseo

Ducha

Debemos asegurarnos de la temperatura del agua para evitar quemaduras o frío excesivo, el agua estará templada o según la preferencia del anciano.

El agua no debe estar excesivamente caliente, ni la ducha debe durar más de 15 minutos, ya que puede provocar bajadas de tensión.

Comenzaremos la ducha desde los pies e iremos subiendo poco a poco.

Pondremos en la ducha una alfombrilla, tanto dentro como fuera, para evitar caídas. Se recomienda la ducha con asiento.

Después de la ducha, realizaremos un buen secado corporal y aplicaremos una crema hidratante o aceite de almendras.

Baño en la cama

Realizaremos el lavado por zonas corporales, como hemos mencionado con anterioridad.

Utilizaremos jabones neutros y agua templada. Durante el aseo, examinaremos con especial atención la piel, sobre todo donde hay prominencias óseas, en busca de zonas enrojecidas, ampollas o erosiones.

Prestaremos especial cuidado en los pliegues y en los espacios interdigitales, tanto en el lavado como en el secado.

En las ancianas, el aseo de la zona genital se debe realizar desde adelante hacia atrás para evitar infecciones del tracto urinario.

En los ancianos, limpiar y secar bien el pliegue del prepucio, ya que es una zona muy sensible a infecciones.

Después del baño, aplicar crema hidratante o aceite de almendras en todo el cuerpo.

Aseo del cabello

Se debe realizar, como mínimo, una vez a la semana, y dependerá de la actividad del anciano.

El cuidado del cabello requiere: el peinado, cepillado (que mejora la circulación capilar) y el lavado.

Si el anciano no tiene pelo, protegeremos la cabeza cuando salga a la calle, tanto en invierno como en verano.

No aplicaremos colonia en el pelo canoso, porque lo amarillea.

Afeitado y depilación

El afeitado se debe realizar a diario, si es necesario.

En ancianos con piel sensible o con temblores, si se afeitan, utilizaremos maquinillas eléctricas

Aplicaremos lociones después del afeitado.

La depilación se realizará siempre que sea necesario, pero debemos utilizar métodos que no produzcan irritación ni quemaduras.

Cuidados de los pies

Los pies de los ancianos a menudo presentan problemas debido a alteraciones circulatorias, deformidades óseas o patologías como la diabetes, por lo que hay que prestarles especial atención.

Los lavaremos con agua y jabón.

Los secaremos con cuidado, sobre todo en la zona interdigital.

Los hidrataremos con crema hidratante y, si hay durezas, aplicaremos vaselina.

Vigilaremos su coloración y aparición de lesiones cutáneas e informaremos a su enfermera si se producen. Cuidaremos las uñas: se deben cortar rectas o limar y, mejor, hacerlo después del baño, pero nunca intentaremos llevar a cabo labores de callista.

Cuidados de las manos

Los ancianos llevarán las manos siempre limpias, las lavaremos con agua y jabón, y las secaremos bien, sobre todo, entre los dedos.

Cortaremos las uñas de forma recta.

Cuidados de la boca

Estos cuidados deben realizarse después de cada comida o siempre que sea necesario.

Los ancianos independientes, que realicen solos la higiene bucal, deben utilizar cepillos suaves y pasta dental con flúor, que previene las caries.

A los ancianos dependientes, mezclaremos en un vaso antiséptico bucal y agua, a partes iguales, y lo aplicaremos con una gasa sobre la lengua de un lado a otro, para no provocar náuseas; limpiaremos el paladar, los laterales de la boca y las encías.

Si el anciano es portador de prótesis dental, retirarla durante el sueño (en la imagen vemos forma de retirar la dentadura).

La limpiaremos con agua y solución antiséptica, tantas veces como sea necesario. Hidrataremos los labios con vaselina o cacao.

Cuidados de los ojos

Limpiaremos los ojos con una gasa estéril, impregnada con suero fisiológico, comenzando desde el lagrimal al ángulo externo retirando secreciones.

Utilizaremos una gasa para cada ojo.

Cuidados de los oídos

Limpiaremos el pabellón auditivo con agua y jabón, intentando que el jabón no entre dentro del oído, puesto que puede producir irritación y picor.

No introduciremos bastoncillos en el oído

Si el anciano es portador de audífono, lo retiraremos durante la noche y limpiaremos los restos de cerumen.

Cuidados de la nariz

Mantendremos siempre sin mucosidad las fosas nasales; podemos emplear suero fisiológico para deshacer la mucosidad sólida.

Recortaremos el vello que suele crecer en las fosas nasales, sobre todo en los ancianos.

Vestimenta del anciano

La ropa debe ser amplia y cómoda, respetando sus gustos.

Debe estar limpia y bien cuidada.

Hay que evitar riesgos, la ropa sintética es muy inflamable. Evitaremos cintas, cordones, etc.

El anciano, habitualmente, tiene menos calorías que los jóvenes y por lo tanto requiere más abrigo, sin caer en el exceso.

Utilizar zapato cerrado, evitará posibles caídas.

Utilizar ropas con cierres fáciles de operar, como cremalleras y velcro e intentaremos que el anciano se vista y se desnude sin ayuda.

2. Segunda sesión: Cuidados de la piel

La úlcera es una lesión de la piel en la que puede aparecer pérdida de tejido y va desde la erosión superficial de la piel hasta una afectación profunda, pudiendo llegar al hueso.

Este tipo de lesiones aparecen como resultado de una presión prolongada sobre una zona de piel vulnerable. La curación es lenta y en algunos casos se cronifican, sobre todo cuando existen problemas circulatorios, desnutrición y falta de movilidad.

Causas que favorecen la aparición de úlceras por presión

Por la alimentación inadecuada, tanto por defecto como por exceso o en ancianos con deshidratación. Inmovilidad en pacientes que permanecen sentados o encamados durante largos periodos de tiempo.

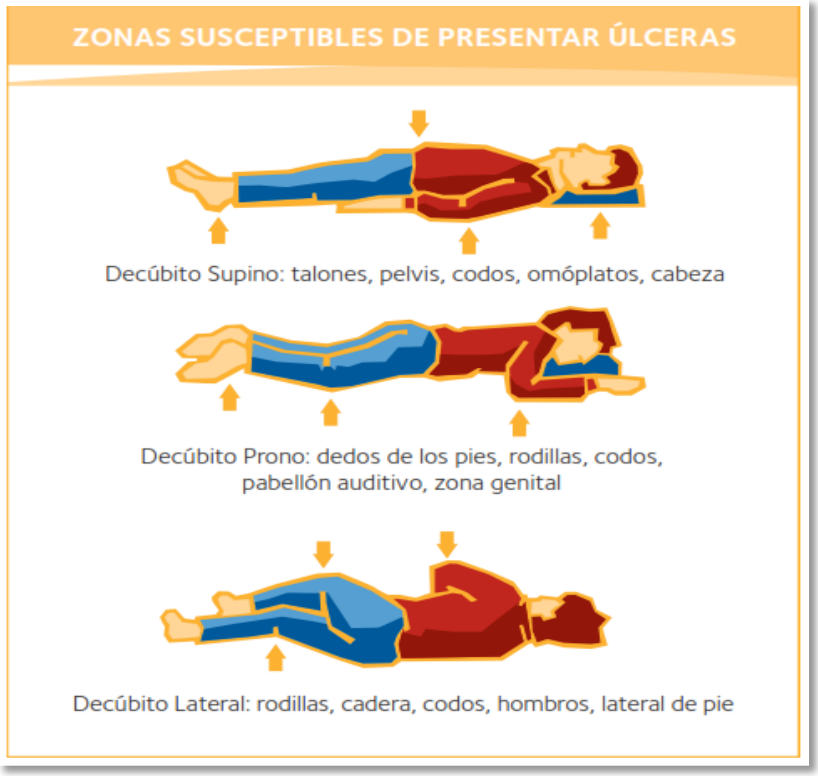
Pérdida de sensibilidad en ancianos con la consciencia alterada (comatosos).

Diabetes. La diabetes acelera el proceso de necrosis.

Fiebre. En procesos febriles existe un aumento en el requerimiento de nutrientes y oxígeno de los tejidos, lo que favorece la aparición de úlceras. Piel. Una falta de higiene corporal, el contacto prolongado con ropas húmedas o la sequedad externa de la piel, pueden dar lugar a la irritación de la piel.

Zonas susceptibles de la aparición de úlceras

Las úlceras se forman en zonas de la piel donde coinciden prominencias óseas. En la imagen, vemos las zonas susceptibles de la aparición de úlceras por presión.



Prevención de las úlceras por presión

Hay que evitar la presión constante sobre estas zonas, realizando cambios posturales en el anciano cada 2 o 3 horas (decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono). También podemos utilizar elementos que reducen la presión de las zonas susceptibles y, sobre todo, debemos tener una alimentación adecuada y una correcta higiene e hidratación de la piel.

3. Tercera sesión: Alimentación.

En esta etapa de la vida es muy importante contar con una dieta adecuada y equilibrada, que permita al anciano desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio.

En los ancianos, el metabolismo basal se reduce en un 20%, al tiempo que decrece sustancialmente su actividad física

Grasas: del 20% al 25% del total de las calorías deben ser grasas. Hay que reducir las grasas malas o ácidos grasos saturados y consumir grasas buenas o ácidos grasos insaturados, que se encuentran en vegetales y pescados. Es recomendable:

- Sustituir carnes rojas por carnes blancas (pollo, pavo...). Emplear para comer aceite de oliva.
- No consumir mantequilla ni margarina.
- Evitar las frituras.
- Reducir la ingesta de huevos (comerlos en tortilla o cocidos y de los cocidos mejor comer sólo la clara). Consumir lecitina (soja).

Proteínas: 20% de la dieta. Se deben consumir proteínas de alto valor biológico, es decir, ricas en aminoácidos esenciales. Es preferible:

- Consumir pescado antes que carne.
- Consumir proteínas de origen vegetal como la soja.
- Consumir productos lácteos descremados, queso, leche, yogures

Hidratos de carbono: 55%. En los ancianos, la capacidad de metabolizar los azúcares simples está disminuida y éstos pasan a sangre directamente, por lo que es aconsejable que tomen azúcares complejos que se encuentran en vegetales, cereales, legumbres y patatas. Es preferible:

- Reducir el consumo de azúcar común o sustituirlo por miel.
- Consumir más cereales.
- Las legumbres, que pueden tomarse dos veces por semana y mezclarse con cereales (lentejas con arroz).
- Sustituir el pan blanco por pan de harina integral.
- Pastas como los macarrones, espaguetis, etc.

Vitaminas. En el anciano suele aparecer carencia de éstas en su dieta y son importantes para mejorar el tono vital.

- Vit. C, se encuentra en frutas ácidas como naranja, fresa, limón. Es una vitamina antioxidante y antienvejecimiento.
- Vit. E, la encontramos en el aceite de oliva, frutos secos. Tiene una función antioxidante.
- Vit. D, se encuentra en leche, mantequilla, yemas de huevo, aceite de hígado de bacalao. Interviene en el metabolismo del calcio.
- Vit. B, se encuentra en cereales, semillas, requesón, carnes rojas, vegetales verdes. Interviene en el metabolismo de los glúcidos.
- Ácido fólico, tiene propiedades anticancerígenas.
- Vit. A, zanahorias, endivia, melón. Mejora la piel y previene las infecciones de boca, nariz y garganta.

Minerales: calcio, magnesio y zinc.

Consejos alimenticios

- Las comidas deben ser atractivas en cuanto a color, sabor y textura.
- Tomar un zumo de naranja en la mañana.
- Los zumos hay que protegerlos de la luz y tomarlos recién exprimidos.
- Si el anciano tiene rechazo a la leche, sustituir por yogur.
- El menú diario es preferible repartirlo en cuatro pequeñas comidas.
- Aumentar el consumo de verduras y fruta.
- Cocinar a la plancha.
- Reducir los restos de grasa de las carnes antes de cocinarlas.
- Evitar los alimentos fritos.
- Disminuir el consumo de carnes rojas y sustituirlas por pollo o pescado.
- Consumir productos desnatados (leche, yogur).
- Cocinar con muy poca sal.
- Si hay problemas de gases, no consumir repollo, coliflor y bebidas gaseosas.

- Procurar no tomar azúcar.
- Beber 2 litros de agua diariamente.

4. Cuarta sesión: Actividad física

Las personas mayores necesitan lograr un equilibrio entre la actividad y el descanso, el ejercicio y el sueño.

La actividad física debe ser parte de la vida diaria de las personas mayores. Desafortunadamente la mayoría de ellos no realiza suficiente actividad física. Esto puede contribuir a la disminución de las funciones físicas y mentales y predisponer a los ancianos a contraer enfermedades asociadas a la inactividad como las del corazón, diabetes y cáncer.

La actividad física contribuye a que las personas mayores se sientan mejor y disfruten más de la vida. Aún las personas que utilizan una silla de ruedas o que se encuentran en situación de dependencia severa, pueden hacer ejercicios para aumentar su flexibilidad desde su silla o cama. Los ejercicios realizados en forma permanente mejoran la calidad de vida a las personas con problemas reumatológico s, respiratorios, cardiovasculares, diabetes, además de prevenir caídas que pueden llevar a la dependencia.

La actividad física en las personas mayores mejora los siguientes aspectos:

Resistencia

Es la capacidad que tiene el cuerpo humano para responder a distintos niveles de esfuerzo físico y no presentar cansancio. Los cambios del envejecimiento predisponen a presentar agotamiento que debe ser compensado con ejercicios que pongan en acción los sistemas: respiratorio, cardiovascular y muscular.

Participar en una actividad de al menos 30 minutos al día incrementa la resistencia promedio del corazón y la respiración. Un buen ejercicio de resistencia es caminar, comenzando por 10 minutos y luego incrementarlos progresivamente hasta llegar a 30 o más minutos.

Fuerza

Es la capacidad que tienen los músculos de movilizar el cuerpo humano venciendo la fuerza de gravedad y otras resistencias externas.

Los ejercicios para mejorar la fuerza muscular son aquellos que utilizan la resistencia de un peso como: mancuernas, botellas rellenas con agua o arena, o bandas elásticas. Se recomienda comenzar con la resistencia que ofrece la fuerza de gravedad y luego incorporar pesas de ½ Kg y 1 Kg. como máximo o utilizar bandas elásticas de baja resistencia en series de ejercicios de 8 a 12 repeticiones.

Equilibrio

Es una función superior e integradora del Sistema Nervioso Central que permite a las personas mantener la estabilidad corporal, en diversas posiciones situaciones, previniendo así las caídas.

Con el objetivo de mantener e incrementar el equilibrio, requerimos de su constante estímulo por medio de ejercicios como: pararse en un solo pie y después en el otro, con y sin apoyo; estando sentado y pararse sin usar el apoyo de las manos o los brazos. Actividades como éstas incrementan el equilibrio y la fuerza.

Estiramiento

Un músculo adecuadamente estirado o alongado ejercerá de mejor forma la fuerza, mantendrá al cuerpo flexible y móvil, evitando lesiones y molestias. Un buen ejercicio de estiramiento es apoyarse frente a una pared con los brazos extendidos, llevar una pierna atrás apoyando el talón completo y mantener la posición durante 3 segundos. Luego repetir con la otra pierna.

Otro ejercicio es pararse en la punta de los pies y con las manos hacia arriba como para tocar el techo. También doblarse y tocar la punta de los pies con las manos, inclinarse hacia ambos costados, torcer el tronco.

5. Socialización y ocio

La ocupación de la jornada cotidiana de trabajo de las personas mayores procura asegurar la convivencia con otras personas dentro de la comunidad y, por añadidura, la satisfacción con la propia situación y desarrollo personal. La convivencia y la comunicación con los demás son un auténtico pulso vital, una suerte de oxigenación social vital para la supervivencia mental, personal y afectiva.

El ocio está constituido por aquellas actividades personales y discrecionales en las que la expresividad se impone a la instrumentalidad.

Existen relativamente pocas actividades de ocio cuyo ejercicio, siempre que se mantuviera con anterioridad, disminuya con el aumento de la edad.

La mayoría de las actividades de ocio están vinculadas a contactos sociales. Lo que sí se observa es una mayor inclinación hacia las relaciones dentro del encuadre familiar, lo cual no se debe solamente al transcurrir de los años, sino que más bien, es la consecuencia del cambio de posicionamiento social y contextual: algunas amistades mueren, la actividad profesional ya no constituye una fuente de contactos.

Se recomienda las siguientes actividades:

En las mañanas realizar, caminatas, subir y bajar escaleras.

En las tardes realizar gimnasia de grupo, manualidades de tejido, pintura, bordado, etc., comentar noticias, bailar, cantar, escuchar música del recuerdo, declamar poemas, celebración de cumpleaños, efemérides, juegos de mesa, tarde de lectura, entre otros.

6. Sexta sesión: El sueño

Un sueño reparador es necesario para mantener nuestro estado de salud y calidad de vida. A medida que envejecemos ocurren cambios en nuestro sueño, que se vuelve más superficial. No cambia la cantidad de horas que necesitamos dormir para que el sueño sea reparador. Muchas personas tienden a acostarse más temprano y a levantarse más temprano que en la juventud. Es posible que algunas personas mayores hagan siestas durante el día lo que luego interfiere con la capacidad de dormir en la noche.

Los malos hábitos de sueño, las siestas prolongadas, la falta de actividad física, las enfermedades que causan dolor o necesidad frecuente de orinar y algunos medicamentos pueden afectar el buen dormir. Si no se duerme bien es probable que se sienta irritable, que

tenga problemas de memoria o se le olviden las cosas, que se sienta deprimido, puede sufrir caídas y se sentirá somnoliento durante el día.

El insomnio es la dificultad para iniciar o mantener el sueño en forma adecuada y es el problema del sueño más frecuente en adultos mayores. Puede tener muchas causas tales como los hábitos de sueño inadecuados o mala higiene del sueño, enfermedades o medicamentos. Las personas que tienen problemas para dormir pueden consumir más medicamentos para dormir y por ello pueden tener mayores problemas de salud tales como las caídas.

- Acostúmbrese a mantener un horario de sueño. Acuéstese y levántese a la misma hora todos los días.
- Evite las siestas prolongadas mayores a 30 minutos.
- Evite las siestas al final de la tarde o al anochecer, ya que eso puede mantenerlo despierto durante la noche.
- Una ducha antes de acostarse puede ser reparadora y ayudarle a relajarse.
- Use su dormitorio para dormir, evite mirar televisión acostado.
- Mantenga su dormitorio oscuro, con temperatura agradable y tan silencioso como sea posible.
- Haga ejercicios y caminatas todos los días.
- Evite las comidas abundantes cerca de la hora de acostarse.
- No tome café, mate, té, chocolate o refrescos luego de la tardecita.
- Tome menos líquidos en la noche. Despertarse para ir al baño interrumpe el sueño.
- Recuerde que el alcohol no le ayudará a dormir y le puede hacer más difícil mantenerse dormido.

7. Séptima sesión: Ejercicios para el adulto mayor

El calentamiento es un conjunto de actividades o ejercicios físicos que se ejecutan con el objetivo de preparar al organismo para realizar un esfuerzo físico más intenso y poder alcanzar el máximo rendimiento.

Movimientos de cabeza: Recostar la cabeza en los hombros, alternando derecha e izquierda. Girar la cabeza a la derecha y a la izquierda. Moverla al frente y atrás. Los movimientos deben de hacerse suavemente.

Movimientos de hombros: Subir y bajar los hombros. Moverlos hacia delante y hacia atrás, alternando.

Movimiento de brazos: Mover los brazos como si fuera corriendo. Elevarlos al frente hasta la altura de la cara y regresarlos a la posición original. Elevarlos lateralmente hasta la altura de los hombros y regresarlos a la posición original. Elevarlos al frente hasta arriba de la cabeza y bajarlos en forma lateral.

Flexiones del tronco y cintura: Con las manos en la cintura, flexionar el tronco hacia la derecha y regrese a la posición central. Hacer lo mismo hacia la izquierda. Con los brazos extendidos en la cintura, flexionar el tronco al frente, luego llevarlo hacia atrás, volviendo a la posición central. Con los brazos extendidos hacia arriba, flexionar el tronco al frente y luego llevarlo hacia atrás, volviendo a la posición central.

Movimientos de piernas: Elevar las rodillas al frente, alternándolas. Balancear las piernas adelante y atrás, alternándolas. Elevar las piernas lateralmente, alejándolas y acercándolas,

sin importar que se cruce con el pie de apoyo, alternando cada una. Elevar las piernas hacia atrás, alternándolas.

Movimiento de pies: Caminar normalmente durante un minuto. Caminar apoyándose sobre la punta de los pies. Caminar apoyándose sobre los talones. Caminar alternando el apoyo sobre puntas y talones.

Ejercicio aeróbico de baja intensidad. Comenzar parado con los pies abiertos a la anchura de los hombros. El participante puede poner música de fondo de su preferencia. El participante puede hacer cada ejercicio en tiempos de 8 a 16 para cambiar al siguiente. Repetir el circuito las veces que el participante considere adecuado (se recomienda de 2 a 4 veces).

1. Caminar en su lugar, elevando rodillas, apoyando la planta del pie en el suelo. Marchar en su lugar; incrementando la velocidad y coordinar el braceo con el movimiento de los pies.

2. Elevar una rodilla al momento que sube los brazos. Bajar los brazos y las manos a la altura de los hombros, y cambiar de rodilla.

3. Llevar los brazos a la derecha y la pierna del mismo lado cruza a la izquierda. Cambiar de dirección con los brazos a la izquierda.

4. Brazos flexionados a la altura de los hombros, un brazo a la izquierda y el pie contrario a la derecha. Alternar ejercicio.

5. Brazos al centro entrecruzados; abrir y cruzar pierna. Al regresar al centro, cambio de posición.

6. Pies separados, al igual que manos; tocar talón contrario y subir mano contraria. Alternar.

7. Iniciar con pies juntos y manos en hombros; abrir pies y manos a los costados.

Fuerza en abdomen, espalda y brazos. Utilizar mancuernas o bultos de frijol, arroz, garbanzo o arena de 250 o 500 gramos. También se puede realizar con botellas de agua de 500 ml, bastón con elástico o pelota medicinal con poco peso. Usar ropa cómoda. Beber agua antes, durante y después de hacer ejercicio. Hacer ejercicios de 10 a 15 veces.

1. Pies separados, espalda recta curvea hacia atrás y regresa.

2. Pies separados, girar cintura derecha-izquierda.

3. En cuatro puntos de apoyo, espalda recta curvea hacia arriba y abajo. (Nota: Usar un tapete para las rodillas.)

4. Flexión de brazos; lagartijas apoyando manos y rodillas.

5. Flexión de brazos en la pared.

6. De pie, llevar las mancuernas hacia el centro y afuera.

7. De pie o sentado, flexión y extensión de brazos hacia arriba.

8. De pie con las mancuernas al centro, subir y bajar sin dejar la línea central del cuerpo.

9. Codos pegados al cuerpo, flexión de brazos alternada, o ambas a la vez.

10. Brazos atrás simultáneos o alternando derecha e izquierda.

11. Acostado, colocar las mancuernas a la altura del pecho para subirlas y bajarlas, juntándolas en el centro.

12. Acostado, abrir y cerrar piernas. Puede tener variantes: tijera adelante y atrás, bicicleta, entre otras (abdominales).

13. Flexión del tronco leve al frente (abdominales).

Ejercicios de estiramiento (relajación). El participante empieza poco a poco, sin forzar los segmentos corporales. En la medida de lo posible, utilizar una silla para no perder el equilibrio. Los ejercicios pueden provocar molestia, pero no dolor. Los ejercicios se harán sosteniendo la posición por 10 segundos y descanso de 20 segundos. Se puede utilizar una cuerda o toalla para avanzar un poco más. Pueden hacerlo en pareja para ayudarse un poco.

2. Estirar el brazo por delante. Estirar por atrás. Alternar brazo. Alzar los brazos al techo.

3. Llevar las manos adentro y afuera.

4. Juntar las manos al centro y apretar un poco.

5. Sentado, flexión al frente.

6. Sentado, extender los brazos hacia un lado, tratando de poner palma con palma.

7. Sentado, poner los brazos hacia atrás por la cintura uno arriba del otro. Sentado, subir una mano por detrás de la espalda y la otra por la cintura, tratar de tocar los dedos.

8. Caminar en puntas. Caminar en talones.

9. Flexión de tronco hacia el frente, tratar de tocar las puntas de los pies con las puntas de las manos.

10. Acostado boca arriba, apoyar el talón sobre la rodilla flexionada. Acostado boca arriba, flexionar una rodilla y elevar la otra.

8. octava sesión: Relajación, respiración, humor

Ejercicio de simetría y alineación.

Preparación: De espaldas contra la pared y con los talones pegados a ella, comprobar que la mayor parte de la espalda se está apoyando.

Acción: Inspirar y espirar sintiendo que el aire sale por las diferentes partes del cuerpo: pierna izquierda, pierna derecha, brazo izquierdo, brazo derecho, abdomen, torso, cuello, cabeza.

Ejercicio de equilibrio/contacto con el suelo

Preparación: Con los pies juntos, brazos abiertos unos 30º con las manos abiertas, rodillas flexionadas, cerrar los ojos y respirar.

Acción: Efectuar un ligero balanceo y sentir los puntos de tensión y de carga.

Ejercicio de estiramiento

Preparación: De pie, rodillas relajadas.

Acción: Inspirar y al mismo tiempo estirar y elevar los brazos por detrás de la cabeza. Espirar y dejar caer el cuerpo y los brazos impulsados por su propio peso, doblando las rodillas. Repetir varias veces el ciclo anterior.

Ejercicio de masaje y relajación fonal

Preparación: Preferentemente sentados, con la cabeza erguida y la barbilla recta.

Acción 1 (masaje facial): Estirar lentamente la frente con las yemas de los dedos, desde el centro hasta las sienes. Apoyar las yemas de los dedos índice y corazón en la parte superior de la nariz y estirar en dirección a las mejillas. Situar los dedos índices entre el labio superior y la nariz y estirar horizontalmente hasta las comisuras de los labios. Situar los dedos índices entre el labio inferior y la barbilla y estirar horizontalmente hasta las comisuras de los labios.

Acción 2: Masticar con la boca cerrada, como si se tuviera un chicle en la boca. Repetir articulando la palabra MIYOM, BIYOM y KIYOM.

Acción 3: Bostezar varias veces. Fruncir los labios y resoplar, como una “pedorreta”. Dar un beso y exagerarlo hasta “poner morro”.

Acción 4: Abrir la boca y colocar la lengua presionando los incisivos inferiores. Intentar elevar la zona media de la lengua (mientras la lengua se eleva, la laringe desciende y se relaja).

Ejercicio de respiración relajante

Preparación: De pie o sentados, cabeza erguida y barbilla recta. Lengua en posición yóguica: su ápice en la cresta del paladar duro. La inspiración será nasal y silenciosa, dirigida al diafragma. La espiración será bucal y sonora (ayuda fruncir los labios). Ensayar la espiración (exhalación sonora) unas veces antes de comenzar.

Acción: Espirar completamente. Iniciar la inspiración nasal contando hasta 4. Retener la respiración contando hasta 7. Iniciar la exhalación bucal sonora contando hasta 8. Repetir el ciclo anterior tres veces más.

Ejercicios para fomentar la respiración nasal

Acción 1: Inspirar lentamente por la nariz, retener unos segundos, espirar por la boca. Inspirar tapando la narina derecha con el dedo índice derecho, retener brevemente, espirar por la boca. Inspirar tapando la narina izquierda con el dedo índice izquierdo, retener brevemente, espirar por la boca. Repetir el ciclo anterior unas cuentas veces (hasta unos 3 minutos).

Acción 2 (respiración nasal balanceada): Inspirar tapando la narina derecha, retener brevemente, espirar por la narina derecha. Repetir tapando la narina izquierda al inspirar. Repetir el ciclo unos 3-5 minutos.

Soltar la risa

Preparación específica: Sentarse en cuclillas y doblar el cuerpo hasta condensarse en la mínima masa posible.

Acción: Inspirar por la nariz, llenar la barriga de aire (respiración costodiafragmática) y retener unos segundos. Imaginar el aparato fonador en el centro de esta masa. Estirarse rápida y vigorosamente al tiempo que se suelta una carcajada con el sonido más profundo que se pueda emitir, ayudándose de presión abdominal. Descansar un minuto y repetir cinco veces, cada vez intentando proyectar mejor y alargar la carcajada. Comprobar si esta risa se parece a la risa habitual.

Mimetización de gestos

En dos filas paralelas, unos frente a los otros, imitar los gestos y mímica del participante de enfrente, a modo de espejo, empezando una fila e imitando la otra. Realizar gestos sencillos y que preferentemente involucren y movilicen la musculatura facial. No emitir sonidos audibles. Repetir intercambiando la fila espejo.

El contagio de la risa

Utilizar materiales de audio/audiovisual específico para escuchar distintas risas pregrabadas a un volumen medio-alto, pero que sea confortable. Es importante cerrar los ojos al principio, y concentrarse en la escucha de las risas, tratando de identificar, por ejemplo, la que más nos guste. También hay que procurar no reír audiblemente durante la escucha y dejarse estimular principalmente por las emociones positivas que transmiten las risas de los demás. Ocasionalmente, se permitirá alguna salva espontánea de risa.

Duchita de lluvia

La facilitadora solicita a los participantes que formen grupos de cuatro o cinco personas dispuestas en círculo con una persona del grupo en el centro, que deberá permanecer con los ojos cerrados. Las personas del círculo, con mucha suavidad, irán dando pequeños toques con las yemas de los dedos y practicando suaves caricias por todo el cuerpo de la persona que se encuentra en ese momento en el centro. Mientras tanto, sonará una música suave y melodiosa. Cada tres minutos se pedirá a los grupos que vayan cambiando la posición central para que todos puedan tener la experiencia de dar y de recibir caricias.

Posibles variantes de este juego: El monitor puede sugerir a una de las personas que están en cada círculo, que al inicio de cada tanda ponga su mano sobre el plexo solar de las personas que se encuentran en el centro para que hagan una respiración profunda y saquen todas las tensiones antes de empezar con las caricias.