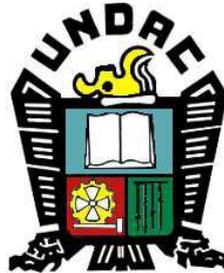


**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“EFECTIVIDAD DE LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE  
VIDA SALUDABLE EN LA SALUD DE LOS ADULTOS  
MAYORES DEL C.I.A.M – MUNICIPALIDAD  
PROVINCIAL DE PASCO, 2015”**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de  
LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:**

**ESTRELLA GONZALES, Karen Julia  
FALCON TRAVEZAÑO, Cintya Maribel**

**CERRO DE PASCO - PERÚ**

**2015**

## DEDICATORIA

A Dios, el ser supremo que  
hizo posible mi formación  
profesional.

A mis padres, por su gran  
amor y confianza.

KJEG

A Dios, por guiarme día a día  
en mi camino y superar las  
adversidades de la vida

A mis padres, por su gran amor  
y confianza.

C.M.F.T.

# INDICE

DEDICATORIA

INDICE

RESUMEN 4

INTRODUCCIÓN 11

MATERIAL Y MÉTODOS 22

RESULTADOS 29

DISCUSIÓN 56

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

## RESUMEN

El proceso de envejecimiento representa uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social. Las proyecciones de la Naciones Unidas para el próximo decenio aseguran que habrá 1,100 millones de adultos mayores, que constituirán el 13,7% de la población mundial, distribuido en países en vías de desarrollo y no desarrollado. Para el 2,025 se espera que la población de 60 años y más, crezca en un 40% en países europeos. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y en el Perú se estima que para el año 2,025 las personas adultas mayores llegarán a los 4 millones 429 mil, es decir, el 12,4% de la población peruana total.

Según datos del instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población peruana en el 2007 reportó una población de 28' 220, 764 habitantes, estimándose en 2'495,866 las personas adultas mayores que representan el 9,1% de la población nacional. Los departamentos que concentran la mayor población de adultos mayores son: Lima y Callao (851,269), La Libertad (153,700), Piura (147,158), Puno (127,752), Cajamarca (124,439), Arequipa (118,381), Ancash (113,211) y Junín (105,967).

Estos porcentajes evidencian claramente el incremento de la población adulta mayor en nuestro país, que tiende a ser mayor en los próximos decenios, lo que exigiría que el estado muestre una mayor preocupación por desarrollar políticas integrales que permitan un nivel de vida mínimo satisfactorio de este grupo etáreo.

Los adultos mayores como grupo etáreo, no han sido de prioridad para los últimos gobiernos, los lineamientos de salud han estado enfocados prioritariamente a la salud materna infantil.

Este hecho se evidencia en la cobertura de atención al adulto mayor, que de acuerdo a los datos reportados por el MINSA, en el Perú la institución que brinda la mayor cobertura es el MINSA, que atiende aproximadamente al 65% de los adultos mayores; seguido por EsSalud con el 20%, el 12% que acceden a los servicios privados y sólo el 3% de los adultos mayores son atendidos por la sanidad de las Fuerzas armadas y policiales.

La salud puede verse influenciada por diversos factores como son: socioeconómico, educación y género, el autoestima puede ser afectada frente al deterioro físico.

El envejecimiento no está ligado a la enfermedad y a la discapacidad, sino que es un proceso dinámico normal en el que a menudo es posible prevenir las afecciones crónicas, no sólo por medios

médicos sino a través de intervenciones individuales, sociales, económicas y ambientales.

El distrito de Chaupimarca, provincia y departamento de Pasco, tiene la característica de ser una zona de altura, en la que la hipoxia es muy marcada y es condicionante a patologías diversas. Relacionando los factores condicionantes existentes en la altitud donde la presión barométrica baja, las temperaturas ambientales frías y heladas en determinadas épocas del año, precipitaciones pluviales estacionales en forma de nieve, granizo y tempestades eléctricas, corrientes de vientos heladas, baja humedad, mayor grado de radiación, escasez de productividad agrícola y de vegetación, ocasionan condiciones deficientes de los niveles de vida físico- ambiental, los cuales provocan daños corporales y cambios en los hábitos y otros estilos de vida propios; los mismos que hacen prevalentes ciertas enfermedades propias de la altura, haciendo del poblador un luchador sorprendente por su supervivencia en el ámbito social, económico, cultural; y sobre todo, en lo anatómico-fisiológico que legalmente permite adaptarse a la altitud en condiciones ambientales y sanitarias en desventaja.

Sabemos que el envejecimiento es un proceso paulatino, multicausal, donde se destacan los factores hereditarios, medio ambientales y los que se refieren al estilo de vida que desarrolla el individuo. Es por ello que nuestro problema de investigación está encaminado a conocer: ¿Cuál es la efectividad de la promoción de estilos

de vida en la salud de los adultos mayores del C.I.A.M, Municipalidad Provincial de Pasco, 2015?

El objetivo general: Determinar la efectividad de la promoción de estilos de vida en la salud de los adultos mayores del C.I.A.M, Municipalidad Provincial de Pasco, 2015.

Los objetivos específicos: Seleccionar a los sujetos de estudios, Caracterizar a las unidades muestrales según indicadores (personales, edad, sexo, peso, ocupación, actividad, hábitos dietéticos y problemas crónicos), evaluar el estilo de vida del adulto mayor (régimen dietético, higiénico, hábitos nocivos, etc.), intervenir con promoción de la salud a los integrantes del Centro Integral del adulto mayor en estilos de vida saludable del adulto mayor, Analizar y evaluar la repercusión del programa en los estilos de vida en la salud del adulto mayor.

El Propósito de la investigación fue Conocer los estilos de vida y los factores de riesgo a que están expuestos los adultos mayores, y promocionar estilos de vida saludable en el adulto mayor para luego evaluar el estado de salud , con ello brindar alternativas para mejorar su salud física, espiritual, emocional y mental.

La hipótesis general fue: Si, la promoción de estilos de vida saludable son efectivas; entonces, repercute positivamente en la salud del adulto mayor del C.I.A.M. – Municipalidad Provincial de Pasco, 2015.

En el estudio se aplicó el Método Analítico – Diseño Descriptivo Correlacional Cuasiexperimental de un solo grupo con test anterior y posterior.

Como método auxiliar se aplicó el Estadístico; el cual se basa en el empleo de los números, la agrupación de los mismos, la comparación de los hechos y la utilización de los datos recogidos para formular leyes. Su base metódica radica en el empleo de números para señalar y presentar los hechos investigados, los que a su vez podrán ser agrupados y clasificados y de los que asimismo, se desprenderán las leyes estadísticas. Todo ello para la presentación descriptiva de los resultados de la investigación

El diseño aplicado es el experimental del tipo cuasi experimental. El ámbito de estudio fue el Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Pasco ubicada en el distrito de Chaupimarca. La población muestral estuvo conformada por 80 adultos mayores.

Las conclusiones a los que se llegaron fueron:

1. Del 100.0% (80) de adultos mayores, el 90.0% (72) son de sexo femenino con 10.0% (8), y un 11,43% (4) de sexo masculino.
2. Del 100% (80) de adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 55.0% tienen entre 60 – 70 años, en tanto que el 32.5% (26) tienen entre 71 a 80 años de edad; y el 12.5% (10) tienen más de 80 años de edad.

3. Del 100% (80), la mayoría son de nivel socioeconómico medio en un 52,50% (42), seguido del 38,75% (31) de nivel socioeconómico bajo y un 8,75% (7) de nivel socioeconómico alto.
4. del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 47.50% (38) proceden de la zona urbano marginal del distrito de Chaupimarca, seguido de los adultos mayores que proceden de la zona urbana del distrito en un 43.75% (35) y un 8.75% (7) proceden de otro distrito.
5. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 37,50% (30) son de estado civil casado, seguido del 36,25% (29) que tienen la condición de convivientes y el 26,25% (21) son solteros y/o viudos.
6. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, la mayoría en un 40,0% (32) son pensionistas; seguido de un 32,5 % (26) tienen trabajo propio y el 27,5% (22) tiene trabajo eventual.
7. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, antes del programa muestra que el 46,25% (37) practican estilos de vida poco saludables, seguido del 42,50% (34) quienes practican estilos de vida no saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.

8. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, antes del programa muestra que el 47,50 % (38) presentan mediano riesgo en su salud, seguido del 43,75% (35) quienes presentan alto riesgo en su salud y el 8,75% (7) que presentan bajo riesgo en su salud
9. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 52,50 % (42) presentan bajo riesgo en su salud, seguido del 37,50% (30) quienes presentan mediano riesgo en su salud y sólo el 10,0% (8) que presentan alto riesgo en su salud
10. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 65,0% (52) practican estilos de vida saludables, seguido del 23,75% (19) quienes practican estilos de vida poco saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.
11. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, muestra en un 72,50% (48) que el programa fue efectivo, seguido del 20,0% (16) que muestra un programa medianamente efectiva y un 7,50% (6) que muestra un programa no efectivo

## INTRODUCCION

El proceso de envejecimiento de la poblacional mundial constituye uno de los problemas demográficos actuales de mayor relevancia. En el mundo el número de personas de 65 años a más, se habrá multiplicado aproximadamente por cuatro entre 1955 y 2025 y su proporción frente a la población total va a duplicarse de 5.35% en 1965 a 10% en 2025.

Entre las causas de esta explosión demográfica a escala mundial, se señala el fenómeno de la longevidad, es decir un aumento creciente de las expectativas de vida, que actualmente ascienden a más de 75 años de edad, planteándose como edad potencial de vida máxima de los seres humanos los 120 años.

El incremento de la población longeva, determina un cambio en las necesidades y demandas de este grupo, ante las cuales las respuestas tradicionales resultan insuficientes, constituyendo por ello una prioridad la identificación de aquellos factores que contribuyen a promover niveles de salud y bienestar en las personas de la tercera edad, y específicamente en los longevos con vistas a incrementar su calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “El aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.”

Actualmente en el mundo, el promedio de vida en la población general ha aumentado. Muchas personas viven de forma saludable y tienen un estilo de vida muy bueno, sin embargo, el aumento en el promedio de vida no necesariamente implica una calidad adecuada.

No hay forma de evitarlo, todos vamos a llegar a envejecer, nuestro cuerpo y nuestra mente va a cambiar, pero se puede tener una calidad de vida y aceptar este proceso de envejecimiento de forma que se mantenga el equilibrio entre la mente, el cuerpo y la parte espiritual.

Existen una serie de recomendaciones para mantenerse de forma saludable, dentro de las cuales están lo que denominamos “estilos de vida saludables”, estos son: Mantenerse físicamente activos, existen unas recomendaciones para la actividad física avaladas por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, quienes sugieren realizar una actividad física tipo aeróbica y cíclica, que involucre grandes músculos y que demanden una exigencia para la parte cardiovascular, es decir, actividades como caminar, montar bicicleta, nadar, trotar, bailar, las cuales son actividades que ayudan a mantener la condición

cardiovascular. Estas se deben realizar, teniendo en cuenta factores como, condición de la persona, destreza, habilidades para la ejecución y guía profesional.

También se ha demostrado que los ejercicios de fuerza que incluyan algunas actividades para mantener el tono muscular, como por ejemplo, asistir a un gimnasio con una prescripción médica adecuada , pueden mejorar la calidad de vida, ayudando a mantener los niveles de masa muscular, mejorar postura y forma física general.

También se recomienda dentro las actividades para mantener un estilo de vida saludable, el alto consumo de frutas, vegetales y predominio de carnes blancas, como pescado, aves, atún, etc., consumo moderado de harinas. Realizar actividades que le apasionen, como pasatiempo, compartir en familia, visitar por lo menos una vez al año al médico para un chequeo de rutina, sino presenta una condición médica específica, de lo contrario, realizar las visitas que el médico de familia le recomiende, igualmente realizar actividades recreativas que le mantengan alegre. Todos estos factores contribuyen a mantener un estilo de vida saludable

El envejecimiento es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno. Comienza cuando el ser humano experimenta cambios físicos, sociales y emocionales. Ello sse debe a los cambios en que se destaca el control de

las enfermedades infecciosas. Estas son: cardiovasculares, cerebro vasculares, cánceres, EPOC, obesidad, diabetes mellitus, HTA, problemas mentales, osteoporosis, enfermedades Músculo esqueléticas, úlceras pépticas y accidentes.

Los factores que interviene en la evolución de estas enfermedades se asocian a: Estilos de vida, hábitos, costumbres, estrés, sedentarismo, dietas inadecuadas, colesterol alto, contaminación ambiental, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, obesidad, HTA y diabetes.

La Depresión, la Ansiedad y el Maltrato Familiar suelen estar enmascaradas con problemas físicos emocionales, la salud puede verse influenciada por diversos factores como son: socioeconómico, educación y género, el autoestima puede ser afectada frente al deterioro físico.

La preocupación sobre el concepto de calidad de vida se vincula a un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas que valoriza con respecto a la salud, parámetros más amplios que el control de síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida. En este sentido su evaluación fue inicialmente tomada en cuenta en estudios clínicos. Hay funciones fisiológicas que sufren importantes modificaciones, la mayor parte son por enfermedades y trastornos de la salud que se dan a lo largo de la vida.

Los cambios sólo obedecen al paso del tiempo, tienen carácter universal, progresivo e irreversible.

Los cambios anátomo- fisiológicos: Cardiovasculares en los grandes vasos por los aterosclerosis que genera diferentes enfermedades como IMA, hipertrofias, etc.

Hay pérdida de la agudeza visual y auditiva; se pierde las papilas gustativas alterando la alimentación, el olfato y la sensibilidad al dolor disminuyen.

En el sistema hematopoyético existe las anemias por alteración en la absorción de He, VB12 y ácido fólico.

En el sistema Respiratorio los cartílagos se calcifican aumento de las glándulas y disminución de superficie pulmonar esto hace un riesgo para las infecciones respiratorias.

En el sistema Gastrointestinal originan alteraciones en los hábitos alimenticios, por la motilidad, vaciamiento gástrico y absorción lenta, donde hay facilidad de estreñimiento.

En el sistema Genitourinario hay disminución de la función renal, perdida de la fuerza muscular de la vejiga, atrofia uterina.

En el sistema Endocrino: Cese brusco de secreciones hormonales ovárico que produce menopausia siendo factor osteoporosis.

En el sistema Músculo esquelético pérdida de la masa muscular disminución de la fuerza y velocidad de contracción de fibras musculares.

Cambios en la composición corporal; aumenta el porcentaje de grasa. Este hecho se ha relacionado con la HTA, alteraciones biliares, hiperlipemias etc.

Para disminuir estos factores es desarrollar las medidas preventivas conociendo la historia natural de las enfermedades y el comportamiento de estos factores.

La falta de conocimiento de las patologías por parte de la población es otra barrera importante que a través de la salud ocupacional se podría lograr un mayor y efectivo control.

Estos problemas encabezan las causas de muerte en ambos sexos desde el año 1980 en la población adulta. La OMS a estas enfermedades se denominó "enfermedades de los estilos de vida". Para el control prevención, es desarrollar y aplicar programas con estrategias de promoción de la salud.-

Hay disminución del agua corporal total, con lo que se ven afectados los procesos relacionados con la administración de diuréticos y a la regulación térmica, haciendo así a las personas mayores más susceptibles a la deshidratación.

El envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales.

Desde el punto de vista gerontológico podríamos definir el envejecimiento como el momento en que la esperanza de vida empieza a decaer. El hombre goza de su máximo vigor, es decir, es menos probable que muera, a la edad de doce años y, desde un punto de vista actuarial, la esperanza de vida empieza a declinar a partir de esta edad. El envejecimiento es un proceso que acaece durante toda la vida y no hay un estadio inmutable en ella que determine el paso a la tercera edad. La ley inglesa declaró en 1899 que no podía considerarse «anciana» a ninguna persona por debajo de los cincuenta años. En muchos países, se considera que la edad a la que comienza a percibirse una pensión estatal es el inicio de la vejez, pero esta edad es variable en los diferentes países o, incluso, en los de nivel económico más bajo ni siquiera se otorga esta retribución.

Aun cuando esto presenta algunas ventajas administrativas en relación a las políticas de pensiones o a la provisión de servicios a veces inadecuadas, pasa por alto que la vida es un continuo cambio, de manera que tal categorización puede tener efectos psicológicos de creación de estereotipos negativos. La palabra senil, con el significado de «mayor o envejecido», se utiliza a menudo en sentido despectivo para dar a entender que alguien está convirtiéndose en un incapacitado mental. No

es inusual que las personas que envejecen crean que, como ocurre con las máquinas, algunas partes de su cuerpo pueden deteriorarse a causa del uso o del exceso de uso. Desgraciadamente, algunos médicos refuerzan esta falsa creencia al utilizarla como atajo de la que debería ser una profunda explicación sobre la planificación del estilo de vida encaminado a la preservación de la vitalidad.

Peter Townsend (1959), que participó en un estudio llevado a cabo en todo el ámbito nacional del Reino Unido, Dinamarca y los Estados Unidos, informó de que en el Reino Unido había más ancianos en cama viviendo en sus casas, que en todo el conjunto de hospitales e instituciones. Sin embargo, el rápido desarrollo de servicios geriátricos activos en todo el Reino Unido, la Europa continental, Norteamérica y los países industrializados en general, ha desempeñado un papel esencial a la hora de mejorar la competencia funcional de las personas mayores con algún tipo de enfermedad incapacitante.

Las previsiones apuntan a que en el año 2050, en algunos países europeos y en Japón, un 10% de la población rondará los ochenta años o superará esta edad. La mayoría de las proyecciones del pasado han subestimado los futuros incrementos del número de los muy ancianos debido a aumentos no previstos de la esperanza de vida en la tercera edad, y es muy posible que esto pueda ser un fenómeno acelerado.

Incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia que hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende

tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido, etc.

El envejecimiento se asocia con un progresivo deterioro biológico y aumento de problemas de salud, resultantes de la interacción de factores genéticos y ambientales, que incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades.

Todos los individuos muestran cambios relacionados con la edad. Al mismo tiempo existe una gran variabilidad dentro de la población anciana en lo que se refiere a correspondencia entre edad cronológica y fisiológica.

La nutrición juega un papel muy importante en el envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones de los organismos asociados a este proceso. La nutrición también juega un papel importante en el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a edad, por el tipo de alimento consumido, la cual produce enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer y osteoporosis.

Considerando que el tema es bastante completo y polémico, no se pretende cambios estructurales o modificaciones de conducta, pero sí,

una sensibilización y reflexión de las personas involucradas en el cuidado al adulto mayor y a las autoridades de las diferentes instituciones asistenciales para la búsqueda de estrategias que permitan ejecutar cuidados en la mejora de la calidad de vida de este grupo etáreo y el compromiso en la tarea de lograr un envejecimiento competente y con éxito.

## MATERIAL Y MÉTODO

### 1. METODO

La presente investigación correspondió al Método Analítico – Diseño Descriptivo Correlacional Cuasiexperimental porque, explicamos la efectividad de la promoción de la salud y su influencia en los conocimientos y prácticas de los estilos de vida en los pobladores del CIAM.

Del mismo modo, para ajustar los resultados utilizamos la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada y de esta manera presentar datos más confiables.

### 2. DISEÑO DE GRUPO UNICO CON TEST ANTERIOR Y POSTERIOR

G	VD	VI	VD
GE	TA	X	TP

#### ABREVIATURAS

G : Grupo

VD : Variable dependiente

VI : Variable independiente

TA : Test anterior

TP : Test posterior

X : Situación experimental

**3. VARIABLES DE ESTUDIO:**

3.1 Variable Independiente: **Promoción de estilos de vida saludable**

3.2. Variable Dependiente: **Estado de salud del adulto mayor**

**4. POBLACION Y MUESTRA**

La población muestral está conformada por 80 adultos mayores quienes asisten al Centro Integral del adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Pasco.

**5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:**

Guía de Observación

Cuestionario

Historia clínica

**6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

6.1 A través de la encuesta se recolecta información sobre datos generales: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ingreso económico, procedencia, estilos de vida practicados antes y después de la promoción.

6.2 A través de la observación directa recolectamos información de la influencia de la capacitación en conocimientos y prácticas de

estilos de vida saludable en los adultos mayores integrantes del CIAM Municipalidad Provincial de Pasco, 2015.

6.3 A través de la historia clínica se recopiló información del estado de salud; al mismo tiempo se registró la evaluación del estado de salud de los adultos mayores integrantes del CIAM Municipalidad Provincial de Pasco después de la promoción de estilos de vida saludable.

## **7. TECNICA ESTADISTICA**

- Cuantificación y recuento de datos asociando variables de estudio en tablas de frecuencia.
- Preparación de cuadros de contingencia.
- Presentación de gráficos estadísticos.
- Prueba estadística a través de la prueba no paramétrica de la chi cuadrada, para contrastación de la hipótesis.

## **8. AMBITO DE ESTUDIO:**

Cerro de Pasco, ciudad de la sierra central de Perú, capital del departamento de Pasco. Situada a 4 380 metros de altitud sobre el nivel del mar, está unida a Lima por la carretera central a aproximadamente 298 Km. Cerro de Pasco fue antiguamente uno de los más importantes productores de plata del mundo, y ahora lo es

por sus minas de cobre, los cuales empezaron a ser explotadas a principios del siglo XX por una empresa estadounidense. También produce oro, plata, zinc, plomo y bismuto; aunque los yacimientos de plata más importantes fueron agotados por los españoles en la época colonial. La ciudad ha sido reubicada a poca distancia de su emplazamiento original debido al peligro que suponía el subsuelo horadado por cientos de túneles. En 1990 tenía 77.000 habitantes, Actualmente tiene una población de más de 70.000 habitantes (Censo 2007), partidos entre los distritos de Chaupimarca (28.000 hab.), Yanacancha (28.000 hab.) y Simón Bolívar (14.000 hab.). La ciudad se ubica alrededor de la mina a tajo abierto más alta del mundo, que se extiende sobre 2 km y casi 400 m de profundidad, amenazando ahora la ciudad, por lo que se proyecta reubicarla, también a causa de los problemas de contaminación de la minería sobre la población.

La ciudad de Cerro de Pasco es la capital del departamento de Pasco conocida como "Ciudad Real de Minas". Pasco es el primer departamento minero del Perú, cuenta con 3 provincias y 29 distritos. Pasco es un departamento con gran cantidad de atractivos turísticos. Cuenta con bosques, nevados, lagos, lagunas y sus antiguas construcciones que hacen de ésta una ciudad visitada por muchos turistas.

El departamento de Pasco presenta un relieve geográfico que es de una singularidad extraordinaria en sus 3 provincias siendo así la mayor riqueza de Oxapampa la forestación que sustenta una extensiva explotación moderada donde laboran casi todos sus habitantes.

El clima del departamento de Pasco es frío, con una temperatura promedio de 15 °C de día y por las noches a menos 0 °C. Las temporadas más frecuentes de las lluvias son de noviembre a marzo, con vientos después del mediodía en las punas (Partes altas). Tiene un relieve variado que incluye altas mesetas y frías montañas.

En este territorio se hallan numerosos atractivos turísticos es así uno de ellos el bosque de rocas de Huayllay ubicada en medio de la solitaria puna en la meseta del bombón, la impresionante excavación del tajo abierto de la mina de Cerro de Pasco que va extendiéndose en pleno centro de la ciudad. Así como muchos otros lugares turísticos también practican variedades de costumbres que año tras año nuestros antepasados han ido cultivando hasta hoy en día.

En 1,823 el congreso creó el Departamento de Huánuco integrado en ese entonces por los actuales departamentos de Junín que se llamaba Tarma: Huánuco, Pasco y Ancash.

El 13 de noviembre Decreto del Consejo de Gobierno cambió el nombre del departamento de Huánuco por el de Junín, perteneciendo Pasco automáticamente al departamento de Junín del que sería posteriormente su capital a partir del 16 de diciembre 1,851; pero en 1,931 el Gobierno de Sánchez Cerro, traslada la capital del Departamento a Huancayo. Este acto fue uno más de aquellos que en forma sistemática, hicieron que Cerro de Pasco, sólo fue simple ciudad provinciana, hasta que por decreto ley Nro. 10030 se crea el departamento de Pasco, cuya Capital será la ciudad de Cerro de Pasco, constituida por las provincias Daniel Alcides Carrión, Yanahuanca y Oxapampa.

En virtud a los grandes aportes económicos que brindó a la Corona Española y que aporta en la actualidad al fisco peruano, ha merecido los títulos siguientes: CIUDAD REAL DE MINAS otorgado por la real cédula de 1,639; por las grandes riquezas que aportó a España VILLA MINERA DE CERRO DE PASCO, dado en 1,771 por orden del Virrey MANUEL AMAT y BOLÍVAR lo ratifica en mérito a los servicios otorgados en favor de la independencia CIUDAD OPULENTA, otorgado por el Congreso de Huancayo y promulgado en Lima por el que sustentó al ejercito restaurador de su mandato CAPITAL MINERA DEL PERÚ conferido el 25 de septiembre de 1,960 por la IV Convención de Ingenieros de Minas realizada en esta ciudad. Es así como la historia de Pasco sigue ilustrado, sigue

siendo orgullo de muchos Cerreños, el 27 de noviembre de 1,944 por DL. N° 10033 fue reconocido oficialmente el Departamento de Pasco y sus departamentos de Pasco y sus provincias Daniel Alcides Carrión y Oxapampa.

# **RESULTADOS**

## CUADRO Nº 01

### ADULTOS MAYORES INTEGRANTES DEL C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO POR EDAD SEGÚN GÉNERO CHAUPIMARCA, 2015

EDAD	GENERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 - 70 años	6	7.50	38	47.50	44	55.00
71 - 80 años	2	2.50	24	30.00	26	32.50
80 años a MAS	0	0.00	10	12.50	10	12.50
TOTAL	8	10.00	72	90.00	80	100.00

FUENTE: Cuestionario

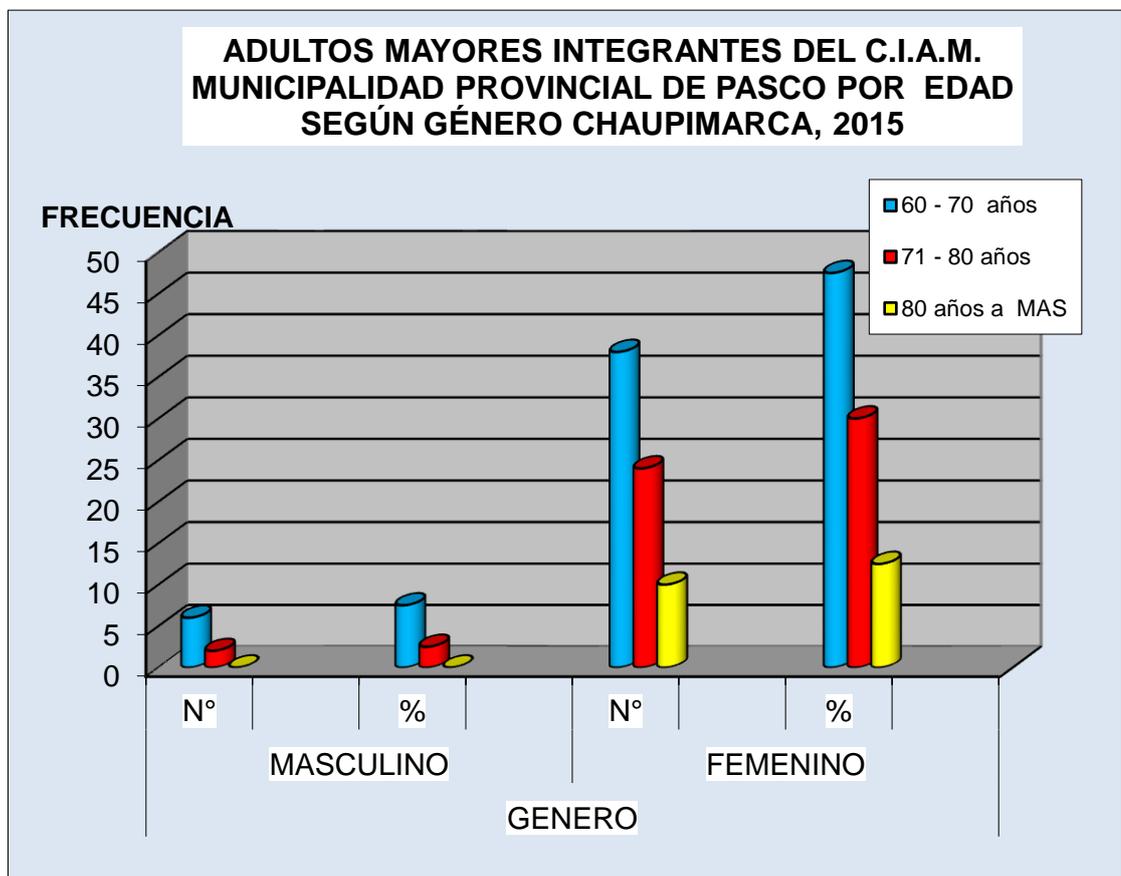
$$X^2_C = 1.911 < X^2_T = 5,99 \quad (gl = 2, \quad \alpha \quad 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se acepta

$H_1 =$  Se rechaza

## GRÁFICO N° 01

### ADULTOS MAYORES INTEGRANTES DEL C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO ASOCIADO POR EDAD SEGÚN GÉNERO CHAUPIMARCA, 2015



FUENTE: Cuadro N° 01

### **COMENTARIO:**

El cuadro N° 01, nos muestra los datos obtenidos con respecto a Estilo de vida del adulto mayor asociado a edad según género de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015, del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100.0% (80) de adultos mayores, el 90.0% (72) son de sexo femenino con 10.0% (8) son de sexo masculino.

Asimismo, Del 100% (80) de adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 55.0% tienen entre 60 – 70 años, en tanto que el 32.5% (26) tienen entre 71 a 80 años de edad; y el 12.5% (10) tienen más de 80 años de edad.

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado, podemos afirmar que:  $X^2_c = 1.911 < X^2_t = 5.99$  (5 %  $\alpha$  2 gl); por lo tanto, se concluye que no hay relación estadística entre ambas variables.

## CUADRO N° 2

**ADULTOS MAYORES INTEGRANTES DEL C.I.A.M. MUNICIPALIDAD  
PROVINCIAL DE PASCO ASOCIADO POR PROCEDENCIA SEGÚN  
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO-CHAUPIMARCA, 2015**

PROCEDENCIA	NIVEL SOCIO-ECONÓMICO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>URBANO</b>	5	6.25	26	32.50	4	5.00	35	43.75
<b>URBANO-MARGINAL</b>	0	0.00	14	17.50	24	30.00	38	47.50
<b>OTRO DISTRITO</b>	2	2.50	2	2.50	3	3.75	7	8.75
<b>TOTAL</b>	7	8.75	42	52.50	31	38.75	80	100.00

**Fuente:** Cuestionario

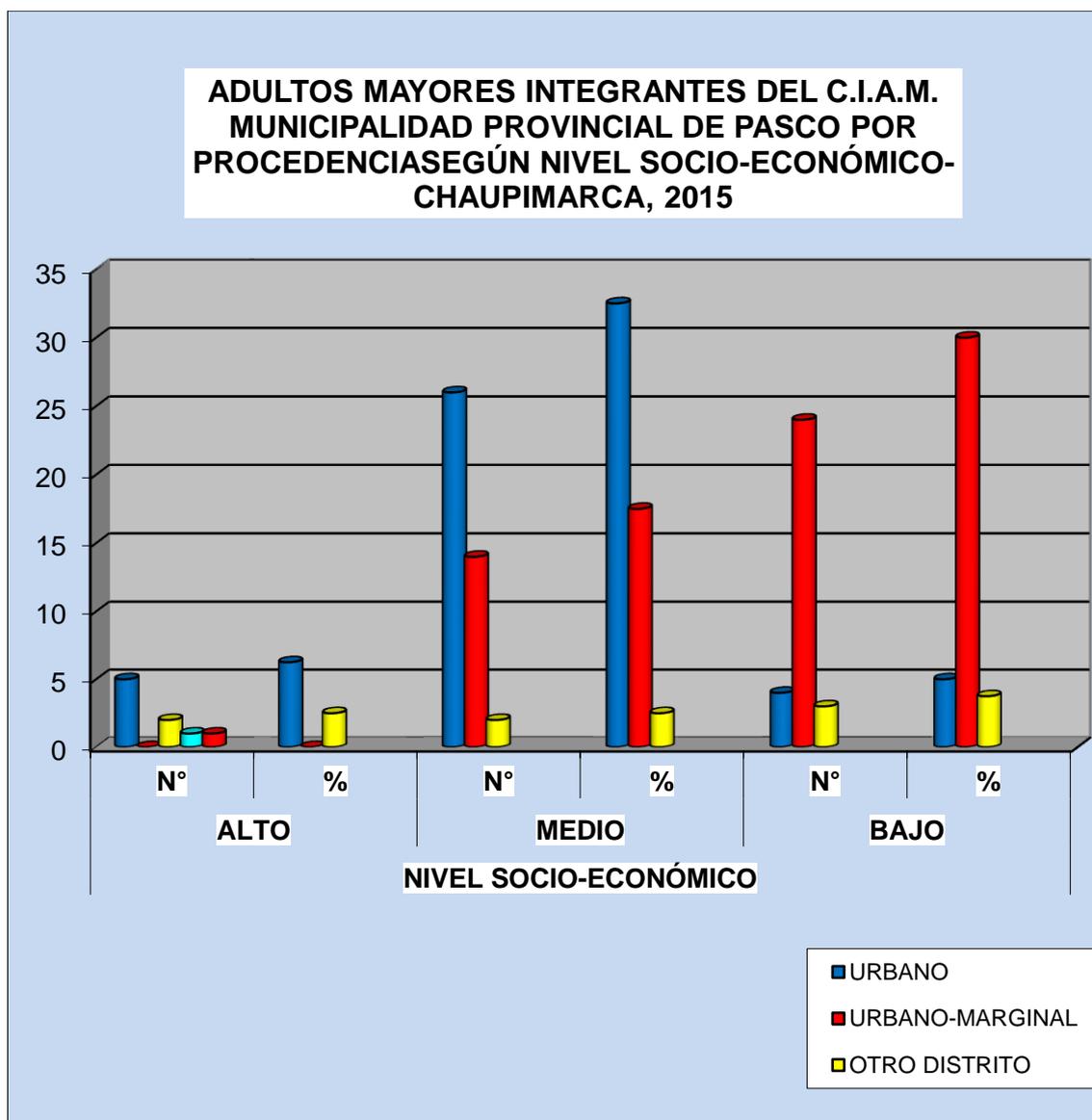
$$X^2_C = 26.011 > X^2_T = 9,488 \quad (gl = 4, \alpha = 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se rechaza

$H_1 =$  Se acepta

## GRÁFICO N° 02

**ADULTOS MAYORES INTEGRANTES DEL C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO ASOCIADO POR PROCEDENCIA SEGÚN NIVEL SOCIO-ECONÓMICO-CHAUPIMARCA, 2015**



**FUENTE:** Cuadro N° 02

**COMENTARIO:**

El cuadro N° 02, corresponde a los datos obtenidos con respecto a Estilo de vida del adulto mayor asociado a procedencia según nivel socioeconómico de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015; del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80), la mayoría son de nivel socioeconómico medio en un 52,50% (42), seguido del 38,75% (31) de nivel socioeconómico bajo y un 8,75% (7) de nivel socioeconómico alto.

Asimismo, del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 47.50% (38) proceden de la zona urbano marginal del distrito de Chaupimarca, seguido de los adultos mayores que proceden de la zona urbana del distrito en un 43.75% (35) y un 8.75% (7) proceden de otro distrito.

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que:  $X^2_c = 26.011 > X^2_t = 9.488$  (5 %  $\alpha$  4 gl); por lo tanto, se concluye que existe relación estadística entre ambas variables en el presente estudio.

### CUADRO N° 3

**ADULTOS MAYORES INTEGRANTES DEL C.I.A.M. MUNICIPALIDAD  
PROVINCIAL DE PASCO ASOCIADO POR ESTADO CIVIL SEGÚN  
OCUPACIÓN-CHAUPIMARCA, 2015**

ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN						TOTAL	
	TRABAJO PROPIO		TRABAJO EVENTUAL		SIN OCUPACIÓN/ PENSIONISTA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERO/VIUDO	2	2.50	6	7.50	13	16.25	21	26.25
CASADO	10	12.50	4	5.00	16	20.00	30	37.50
CONVIVIENTE	14	17.50	12	15.00	3	3.75	29	36.25
<b>TOTAL</b>	26	32.50	22	27.50	32	40.00	80	100.00

**FUENTE:** Cuestionario

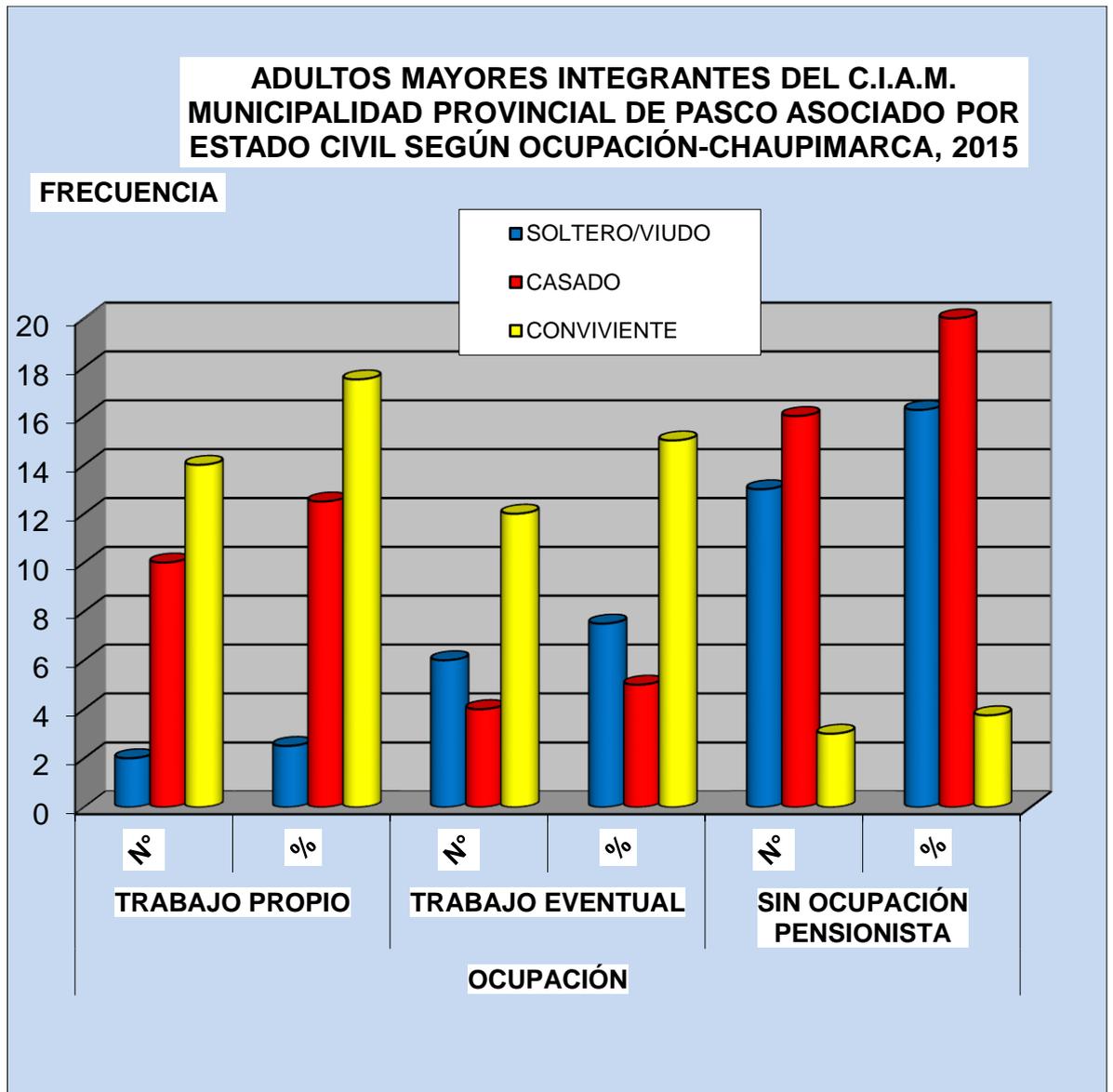
$$X^2_C = 20.096 > X^2_T = 9,488 \quad (gl = 4, \quad \alpha \quad 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se rechaza

$H_1 =$  Se acepta

### GRÁFICO N° 03

**ADULTOS MAYORES INTEGRANTES DEL C.I.A.M. MUNICIPALIDAD  
PROVINCIAL DE PASCO ASOCIADO POR ESTADO CIVIL SEGÚN  
OCUPACIÓN-CHAUPIMARCA, 2015**



FUENTE: Cuadro N° 03

## COMENTARIO:

El cuadro N° 03, corresponde a los datos obtenidos con respecto a Estilo de vida del adulto mayor asociado a estado civil según ocupación de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015, del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 37,50% (30) son de estado civil casado, seguido del 36,25% (29) que tienen la condición de convivientes y el 26,25% (21) son solteros y/o viudos.

Asimismo, Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, la mayoría en un 40,0% (32) son pensionistas; seguido de un 32,5 % (26) tienen trabajo propio y el 27,5% (22) tiene trabajo eventual.

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que:  $X^2_C = 20,096 > X^2_T = 9,488$  (gl = 4,  $\alpha = 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que existe relación estadística entre ambas variables en el presente estudio.

### CUADRO N° 4

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LOS RIESGOS EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES ANTES DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**

ESTILOS DE VIDA	RIESGO EN LA SALUD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SALUDABLE	0	0.00	2	2.50	7	8.75	9	11.25
POCO SALUDABLE	10	12.50	27	33.75	0	0.00	37	46.25
NO SALUDABLE	25	31.25	9	11.25	0	0.00	34	42.50
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>43.75</b>	<b>38</b>	<b>47.50</b>	<b>7</b>	<b>8.75</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

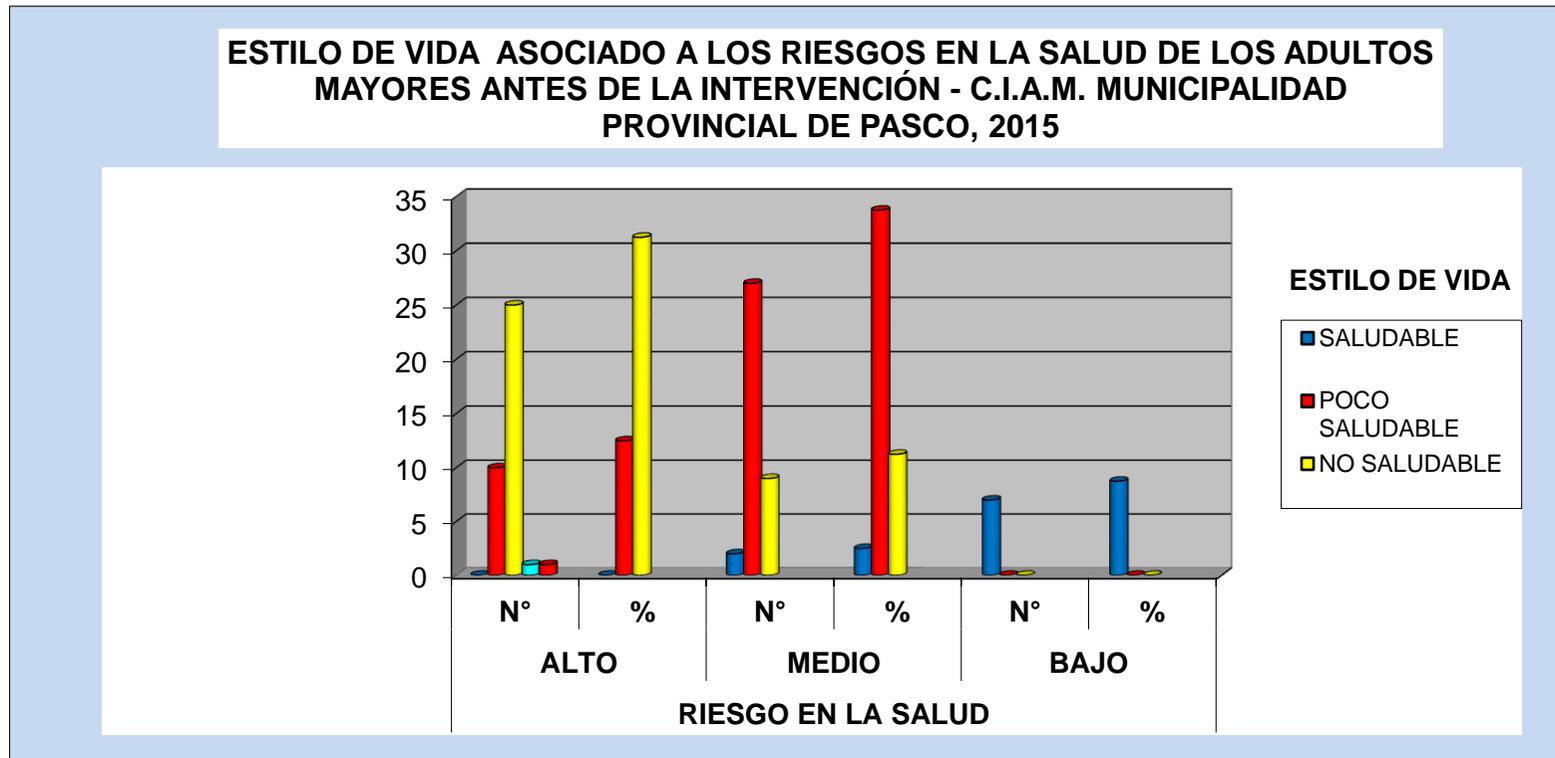
**FUENTE:** Cuestionario, Historia Clínica

$$X^2_C = 77.847 > X^2_T = 9.488 \quad (\text{gl} = 4, \alpha = 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0$  = Se rechaza  
 $H_1$  = Se acepta

## GRÁFICO N° 04

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LOS RIESGOS EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES ANTES DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**



FUENTE: Cuadro N° 04

## COMENTARIO:

El cuadro N° 04, corresponde a los datos obtenidos con respecto a Estilos de vida en adultos mayores en relación a los riesgos en la salud de los adultos mayores antes del programa - C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015; del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, antes del programa muestra que el 46,25% (37) practican estilos de vida poco saludables, seguido del 42,50% (34) quienes practican estilos de vida no saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.

Asimismo, Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, antes del programa muestra que el 47.50 % (38) presentan mediano riesgo en su salud, seguido del 43,75% (35) quienes presentan alto riesgo en su salud y el 8,75% (7) que presentan bajo riesgo en su salud

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que:  $X^2_C = 77.847 > X^2_T = 9,488$  (gl = 4,  $\alpha$  0.05); por lo tanto, se concluye que existe relación estadística significativa entre ambas variables de estudio.

### CUADRO N° 05

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS MAYORES ANTES DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**

ESTILO DE VIDA	ÁREAS DE INTERVENCIÓN								TOTAL	
	ALIMENTACIÓN NUTRICIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA		HIGIENE		SALUD MENTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SALUDABLE	12	15.00	6	7.50	8	10.00	10	12.50	9	11.25
POCO SALUDABLE	38	47.50	34	42.50	48	60.00	28	35.00	37	46.25
NO SALUDABLE	30	37.50	40	50.00	24	30.00	42	52.50	34	42.50
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Cuestionario

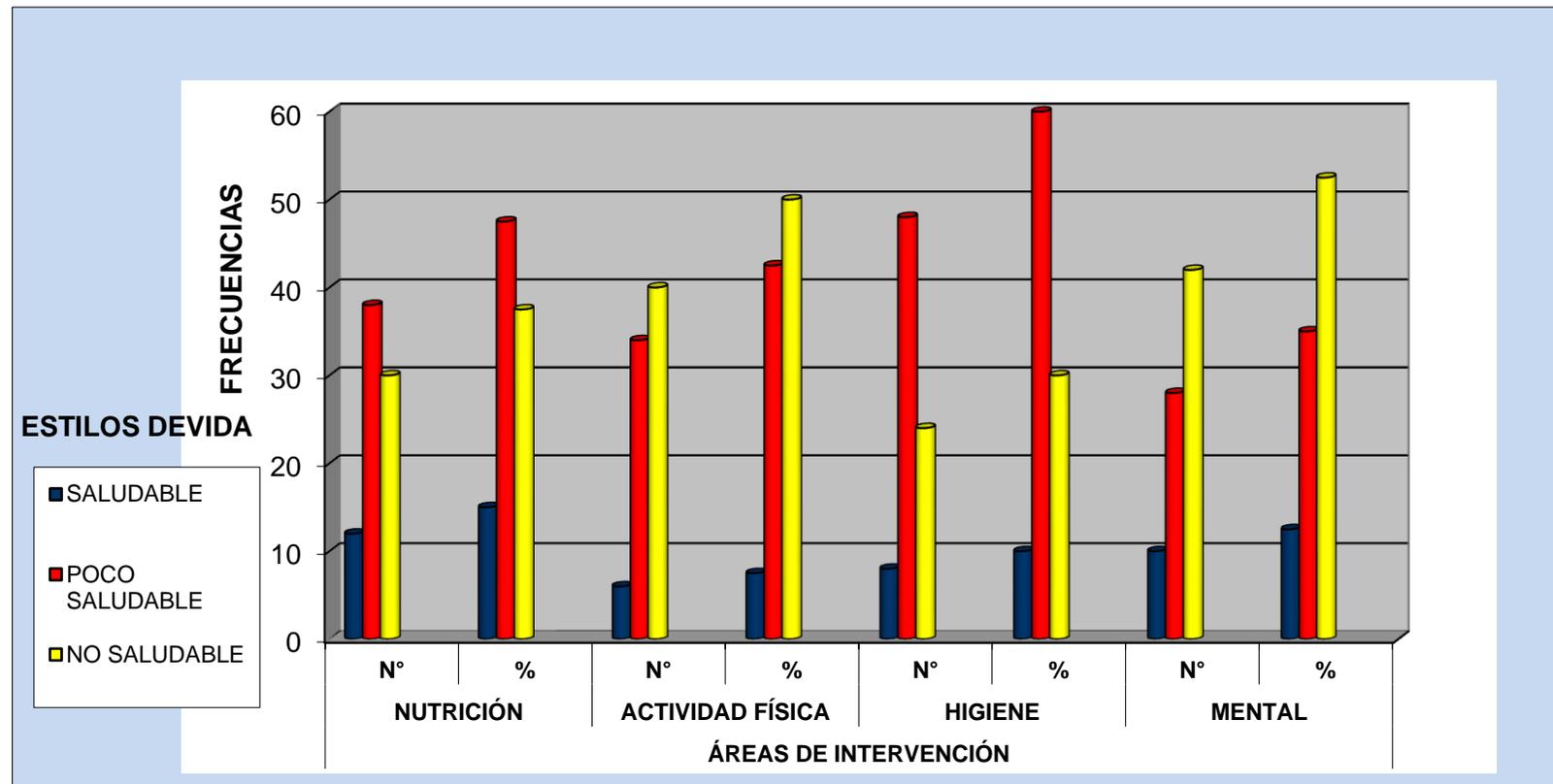
$$X^2_c = 14.305 > X^2_T = 12,6 \quad (gl = 6, \alpha = 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se rechaza

$H_1 =$  Se acepta

## GRÁFICO Nº 05

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS MAYORES ANTES DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**



FUENTE: Cuadro Nº 05

## **COMENTARIO:**

El cuadro N° 05, corresponde a los datos obtenidos con respecto a Estilos de vida asociados a las áreas de intervención antes del programa en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015; del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 46,25% (37) practican estilos de vida poco saludables, seguido del 42,50% (34) practican estilos de vida poco saludables, en tanto que el 11,25 (9) practicas estilos de vida saludables.

Asimismo, en el área de intervención Alimentación y Nutrición en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco antes del programa se observa, Del 100% (80) el 47,50% (38) llevan estilos poco saludables, seguido del 37,50% (30) con estilos no saludables y el 15,0% (12) con estilos saludables

En el área de intervención Actividad física en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco antes del programa se observa,, Del 100% (80) el 50,0% (40) llevan estilos no saludables, seguido del 42,50% (34) con estilos poco saludables y el 7,50% (6) con estilos saludables.

En el área de intervención Higiene en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco antes del programa se observa,, Del 100% (80) el 60,0% (48) llevan estilos poco saludables, seguido del 30,0% (24) con estilos no saludables y el 10,0% (8) con estilos saludables.

En el área de intervención Salud Mental en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco antes del programa se observa, Del 100% (80) el 52,50% (42) llevan estilos no saludables, seguido del 35,0% (28) con estilos poco saludables y el 12,50% (10) con estilos saludables.

El presente cuadro fue sometido al contraste hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi Cuadrada, encontrándose que:  $X^2_C = 14.305 > X^2_T = 12,6$  (gl = 6,  $\alpha$  0.05); por lo tanto, se concluye que existe evidencia estadística significativa entre ambas variables de estudio.

### CUADRO N° 06

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LOS RIESGOS EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DESPUÉS DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**

ESTILOS DE VIDA	RIESGO EN LA SALUD						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SALUDABLE	0	0.00	10	12.50	42	52.50	52	65.00
POCO SALUDABLE	5	6.25	14	17.50	0	0.00	19	23.75
NO SALUDABLE	3	3.75	6	7.50	0	0.00	9	11.25
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>10.00</b>	<b>30</b>	<b>37.50</b>	<b>42</b>	<b>52.50</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

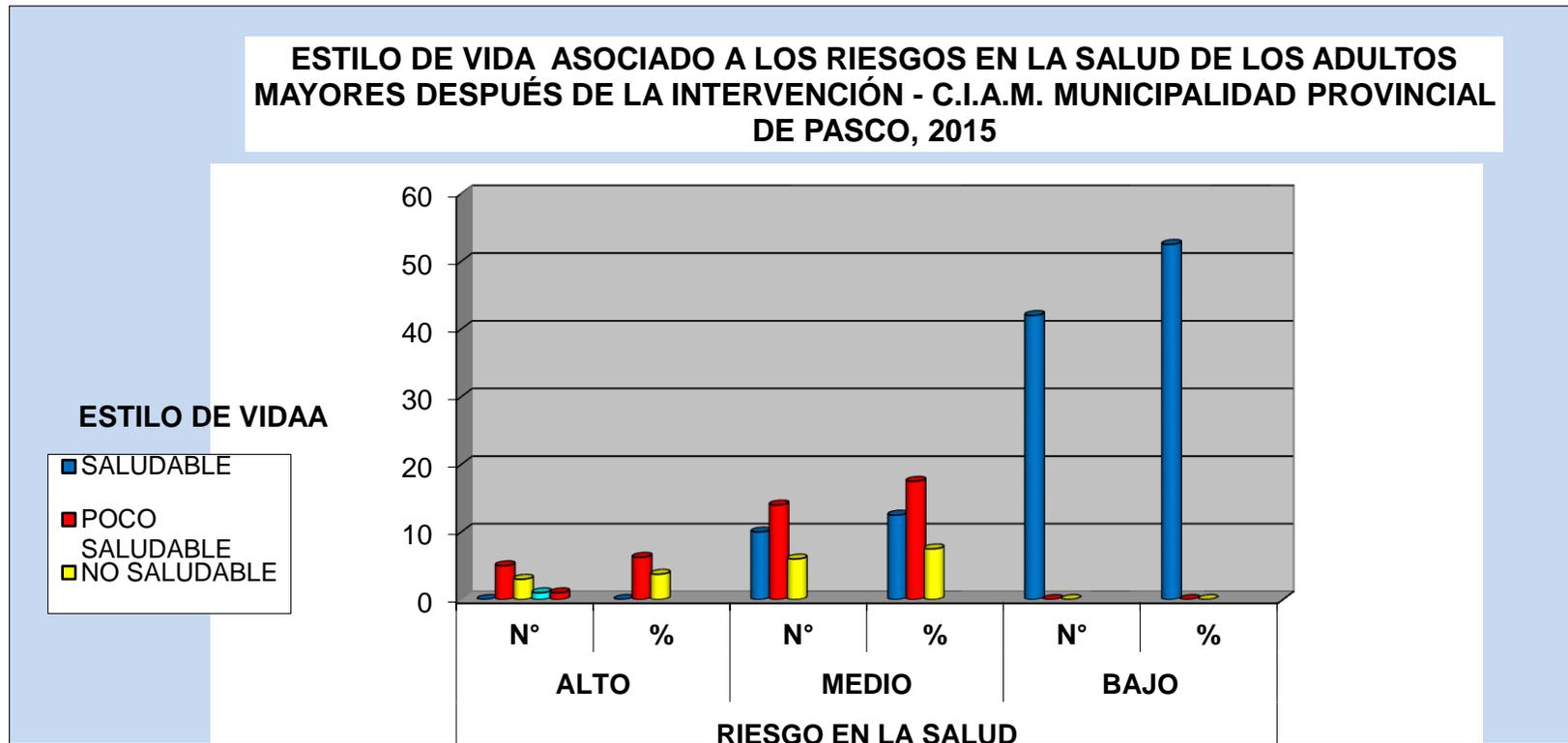
**FUENTE:** Cuestionario, Historia Clínica

$$X^2_C = 51.077 > X^2_T = 9.488 \quad (gl = 4, \alpha = 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se rechaza  
 $H_1 =$  Se acepta

## GRÁFICO N° 06

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LOS RIESGOS EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DESPUÉS DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**



FUENTE: Cuadro N° 06

## COMENTARIO:

El cuadro N° 06, corresponde a los datos obtenidos con respecto a Estilos de vida en adultos mayores en relación a los riesgos en la salud de los adultos mayores después del programa - C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015; del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 65,0% (52) practican estilos de vida saludables, seguido del 23,75% (19) quienes practican estilos de vida poco saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.

Asimismo, Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 52,50 % (42) presentan bajo riesgo en su salud, seguido del 37,50% (30) quienes presentan mediano riesgo en su salud y sólo el 10,0% (8) que presentan alto riesgo en su salud

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que:  $X^2_C = 51.077 > X^2_T = 9,488$  (gl = 4,  $\alpha = 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que existe relación estadística significativa entre ambas variables de estudio.

### CUADRO N° 07

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS MAYORES DESPUÉS DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**

ESTILO DE VIDA	ÁREAS DE INTERVENCIÓN								TOTAL	
	NUTRICIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA		HIGIENE		MENTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SALUDABLE	48	60.00	48	60.00	48	60.00	64	80.00	52	65.00
POCO SALUDABLE	18	22.50	20	25.00	24	30.00	14	17.50	19	23.75
NO SALUDABLE	14	17.50	12	15.00	8	10.00	2	2.50	9	11.25
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Cuestionario

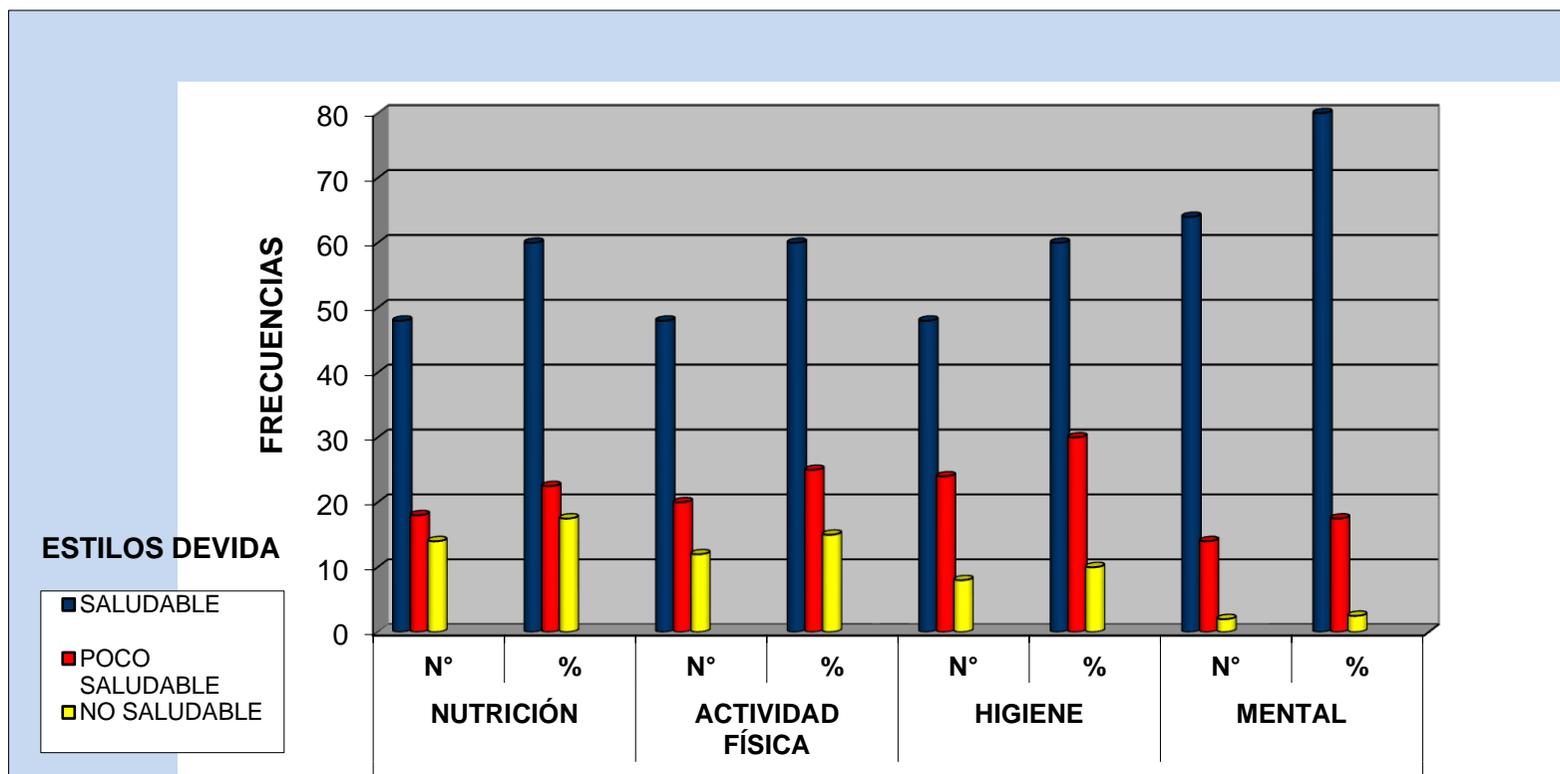
$$X^2_C = 23.376 > X^2_T = 12,6 \quad (gl = 6, \quad \alpha = 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se rechaza

$H_1 =$  Se acepta

## GRÁFICO Nº 07

**ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS MAYORES DESPUÉS DEL PROGRAMA - C.I.A.M. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**



FUENTE:

Cuadro

Nº

07

## **COMENTARIO:**

El cuadro N° 07, corresponde a los datos obtenidos con respecto a Estilos de vida asociados a las áreas de intervención después del programa en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015; del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 65,0% (52) practican estilos de vida saludables, seguido del 23,75% (19) quienes practican estilos de vida poco saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.

Asimismo, en el área de intervención Alimentación y Nutrición en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco después del programa se observa: Del 100% (80) el 60,0% (48) ya practican estilos saludables, seguido del 22,50% (18) con estilos poco saludables y sólo el 17,50% (14) con estilos no saludables

En el área de intervención Actividad física en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que, Del 100% (80) el 60,0% (48) ya practican estilos saludables, seguido del 25,0% (20) con estilos poco saludables y sólo el 15,0% (12) con estilos no saludables.

En el área de intervención Higiene en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se

observa que, Del 100% (80) el 60,0% (48) llevan estilos poco saludables, seguido del 30,0% (24) con estilos no saludables y el 10,0% (8) con estilos saludables.

En el área de intervención Salud Mental en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que, Del 100% (80) el 80,0% (64) ya practican estilos saludables, seguido del 17,50% (14) con estilos poco saludables y sólo el 2,50% (2) con estilos no saludables.

El presente cuadro fue sometido al contraste hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi Cuadrada, encontrándose que:  $X^2_C = 15.762 > X^2_T = 12,6$  (gl = 6,  $\alpha$  0.05); por lo tanto, se concluye que existe evidencia estadística significativa entre ambas variables de estudio.

### CUADRO N° 08

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EN RELACIÓN AL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL C.I.A.M.  
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**

ESTILO DE VIDA	EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA						TOTAL	
	EFFECTIVO		MEDIANAMENTE EFFECTIVO		NO EFFECTIVO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SALUDABLE	48	60.00	4	5.00	0	0.00	52	65.00
POCO SALUDABLE	10	12.50	9	11.25	0	0.00	19	23.75
NO SALUDABLE	0	0.00	3	3.75	6	7.50	9	11.25
TOTAL	58	72.50	16	20.00	6	7.50	80	100.00

**FUENTE:** Cuestionario, Guía de observación

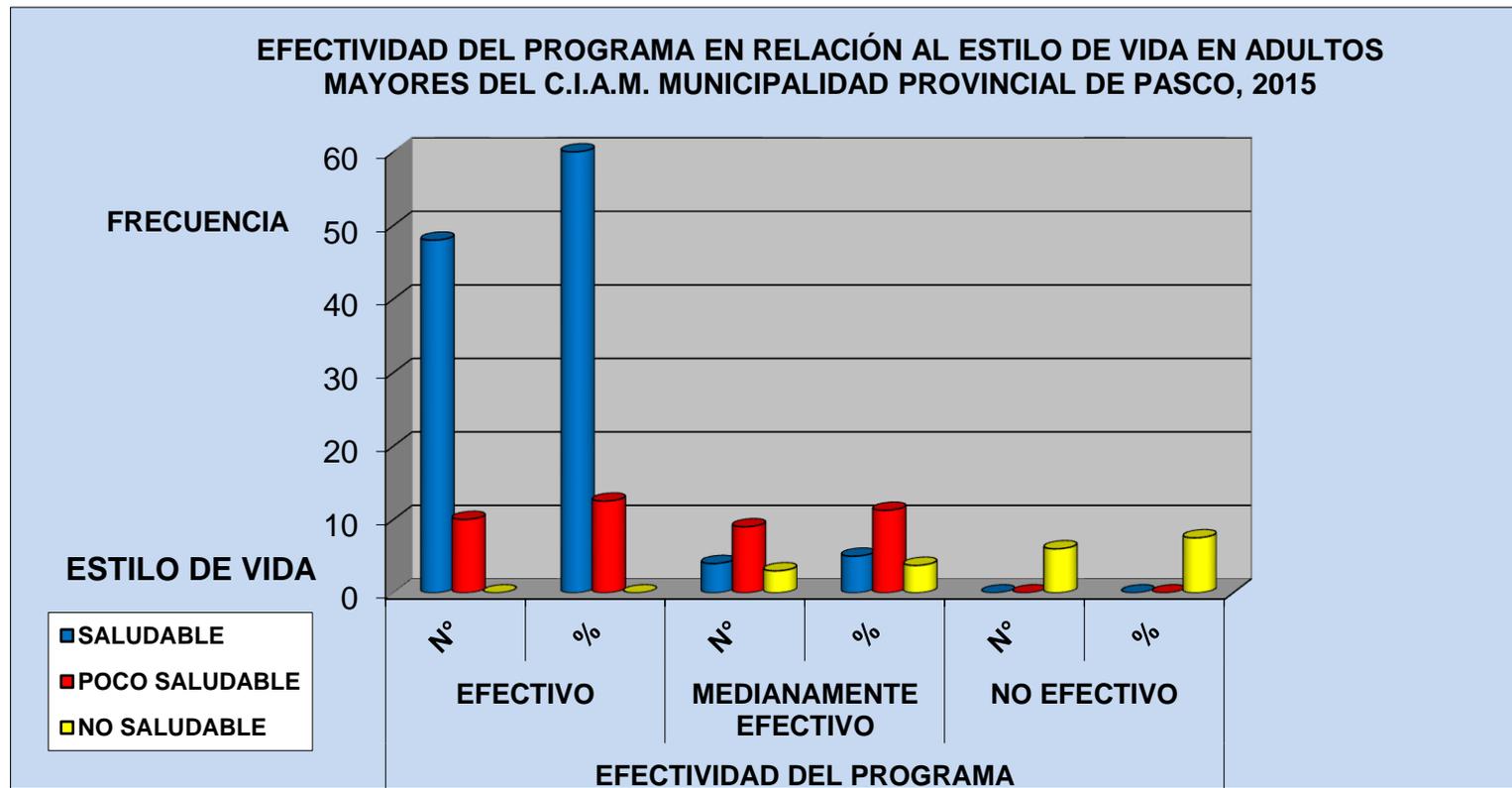
$$X^2_c = 69.561 > X^2_T = 9,488 \quad (gl = 4, \quad \alpha = 0.05)$$

**Decisión:**  $H_0 =$  Se rechaza

$H_1 =$  Se acepta

## GRÁFICO N° 08

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EN RELACIÓN AL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL C.I.A.M.  
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PASCO, 2015**



FUENTE:

Cuadro

N°

08

## COMENTARIO:

El cuadro N° 08, corresponde a los datos obtenidos con respecto a la efectividad del programa en relación a los Estilos de vida en adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, 2015, del cual podemos extraer lo siguiente:

Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 65,0% (52) practican estilos de vida saludables, seguido del 23,75% (19) quienes practican estilos de vida poco saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.

Asimismo, Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, muestra en un 72,50% (48) que el programa fue efectivo, seguido del 20,0% (16) que muestra un programa medianamente efectiva y un 7,50% (6) que muestra un programa no efectivo

El presente cuadro fue sometido al contraste hipotético bajo la técnica no paramétrica de la Chi Cuadrada, encontrándose que:  $X^2_C = 69.561 > X^2_T = 9,488$  (gl = 4,  $\alpha$  0.05); por lo tanto, se concluye que existe evidencia estadística significativa entre ambas variables de estudio.

## **DISCUSION**

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no este permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Sin embargo, el término calidad de vida vinculada a la literatura médica no parece tener un único significado (Gill e Feinstein, 1994). Calidad de vida y estado subjetivo de salud son conceptos afines

centrados en la evaluación subjetiva que hacen los pacientes acerca de su salud, pero necesariamente ligados al impacto de la salud sobre la capacidad del individuo de vivir plenamente.

Bullinger y cols. 1993, consideran que el término calidad de vida es más general e incluye una variedad potencial mayor de condiciones que pueden afectar la percepción del individuo, sus sentimientos y comportamientos relacionados con su funcionamiento diario incluidas ciertamente sus condiciones de salud.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar bio-psico-social espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

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

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales -

espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida, forma de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

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

Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos.

La primera vez que apareció el concepto de "estilo de vida" fue en 1939 (las generaciones anteriores pudieron no haber necesitado este concepto porque no era significativo al ser las sociedades relativamente homogéneas). Alvin Toffler predijo una explosión de los estilos de vida (denominados "subculturas") debido al aumento de la diversidad de las sociedades postindustriales. Jeremy Rifkin en la 'construcción de la edad moderna' de su libro El sueño europeo, describe el estilo de vida y la vida cotidiana en Europa y Estados Unidos; en las épocas históricas, en las actuales y en la llegada de la era global, después del individualismo y el comunitarismo.

Ya según Lalonde, M. (1983) "el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control". Desde este punto de vista las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Creemos que si bien en los estudios realizados sobre estilo de vida se lo vincula especialmente con la salud física, es posible ampliar la acepción de este término.

En el adulto mayor, según los conceptos que hemos venido trabajando, la calidad de vida resulta dependiente no sólo del estado

biológico sino de las condiciones del medio ambiente relacional en sentido amplio (interacción social, hábitos, grado de alfabetización, uso del tiempo libre, etc.) ya que estos propician un determinado estado de salud, tanto en lo objetivo como en el registro de lo subjetivo.

A pesar de que la amplia difusión del paradigma biomédico - Estess-Binney (1986); Salvareza (1999); Monchietti y Lombardo (1999)- ha favorecido a nivel de la representación social la asociación vejez y enfermedad, no existirían enfermedades propias de la vejez sino en clara relación con la calidad de vida y el estilo de vida. La edad no determinaría el estado de salud sino que éste, más bien, se relaciona con factores socioculturales y estilos de comportamiento. En este sentido no existe una única forma de vivir la vejez sino diferentes estilos de vida, dependientes de la particular constitución subjetiva y de la modalidad de relación con el medio ambiente inmediato y mediato.

Insistiendo sobre este particular, más allá de las características generales de la vejez, cada sujeto atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía y, en función de esta, al posicionamiento personal que adopte frente a este momento de vida. Podríamos decir que este posicionamiento está determinado por el estilo de vida en la vejez.

En cuanto a este estilo de vida en la vejez, la recepción del impacto de las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales y el modo de concebirlas y situarse frente a ellas pueden enfocarse como el producto

de elaboraciones previas. Así, el estilo de vida de quien envejece estaría en relación con la posibilidad de que esta etapa de vida forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, en una vía de reconocimiento identificadorio y de historización de sí mismo. Es decir que a medida que quien envejece experimenta los cambios que se van sucediendo, debe ir modificando activamente y reconstruyendo las expectativas de vida futura y las interpretaciones acerca de la vida pasada. (Ryff, 1984; Withbourne, 1985).

Este posicionamiento surgirá de la trama identificatoria relacionada con la propia historia vincular de interacciones significativas, permitiéndole al sujeto los modelos de comportamiento conocidos a los nuevos.

Es interesante destacar que la trama identificatoria ha proporcionado un vasto repertorio de "formas de ser" del que cada sujeto se apropia selectivamente. De allí surgen formas de conducirse con respecto a los demás y a uno mismo; al propio cuerpo, al valor, cuidado y tipo de cuidado que se le otorga, cuales se consideran conductas riesgosas y cuales placenteras, etc. El envejecimiento proporciona una nueva oportunidad de retocar el estilo de vida, así articulado en el tiempo.

Diversas investigaciones de la OMS (1975), demuestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen un estado de salud superior a los que están socialmente aislados; y que una vida rica en relaciones afectivas significativas, la vida tiende a prolongarse.

Las primeras investigaciones de la OMS a partir de esta perspectiva (1975) fueron acerca de la relación entre factores psicosociales y salud. Indicaban que la hipertensión asociada con estrés se presenta con mayor frecuencia entre miembros de grupos minoritarios, como los ancianos.

Los estudios de Thonse (1982) muestran altas correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo para enfrentar las dificultades; en contraste con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo de vida pasivo ante las dificultades. Se evidencia una relación positiva entre factores psicosociales y calidad de vida.

Las llamadas redes sociales de apoyo están relacionadas con el mantenimiento de un buen estado de salud y en la prevención y atenuación de situaciones críticas. Por el contrario, la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre la persona y ha sido relacionado con enfermedades físicas y altos porcentajes en consultas psiquiátricas y psicológicas. Una investigación argentina de Muchnik y Albaracín, (1990) destaca la importancia de las redes de apoyo en Gerontología, siendo evidente en ambos la relación entre red social de apoyo y sentimiento de bienestar; mientras que "la carencia de solidaridad estaría en la base de muchos de los trastornos y males de nuestra cultura." Se consideraron también parámetros subjetivos, es decir, no sólo

que la persona reciba apoyo social sino que lo perciba como tal, para la salud física y mental.

Recientes investigaciones presentadas en el Boletín de Estudios Internacionales sobre Educación Permanente de las Personas de la Tercera Edad (1998) demostraron mediante datos empíricos la importancia de la educación permanente -en tanta actividad psicosocial- para una mejor calidad de vida. Las conclusiones muestran que "los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos". (L.R.Galaso; Tandil, Argentina).

En consecuencia, entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez. Según Furstenberg, (1989) uno de los criterios para asumirse "viejo" es el descenso de la participación social y el sentimiento de inutilidad que sobreviene.

Al hablar de participación social nos referimos a la "participación social significativa", proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa. Considerando los aportes de Caplan a la Psicología Social, la participación social haría referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales como uniones entre individuos, caracterizados por a) ayuda material, b) asistencia física,

c) compartir pensamientos, sentimientos y experiencias, y d) contactos sociales positivos (Caplan y Keane, 1985). La participación social significativa parece hallarse en básicamente cuatro áreas: la educativa, la ocupación laboral, la actividad física y recreativa de carácter grupal, y las relaciones sociales propiamente dichas donde el fin es la interacción mutua y la integración social.

Más que el número de contactos sociales, es importante la calidad de los mismos. En este sentido, el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares, las visitas y la participación en actividades socio-comunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. El hecho de tener todavía objetivos y metas en la vida y de seguir formando parte activa de un grupo social está relacionado con el mantenimiento de un buen nivel de salud. Según Erikson, los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, deben producir y crear; y por otro, relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos, pues se vive en relación con otros, y esto implica orientarse a tareas, cumplir con causas a las cuales servir y relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social.

Considerando las ideas de Caplan (1974), la participación en actividades sociales e interacciones significativas permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que el anciano posee. Pero la participación social no sólo tiene que ver con la iniciativa que podría

vincularse al estilo de vida de cada sujeto, a sus modelos relacionales interiorizados, o desde otra perspectiva a los modelos identificatorios escogidos, sino que tiene que ver también con el lugar que la sociedad asigna a quien envejece.

En cada contexto histórico-social, la concepción del anciano fue cambiando y se ofrecieron diferentes roles acorde con las ideologías imperantes de la época.

Es preciso recordar que hay creencias compartidas en el orden social con características diferentes según las culturas que ofrecen distintos papeles o alternativas a los ancianos y que contribuyen a determinar su comportamiento. Más aún, a través del tiempo estos imperativos se internalizan. "La historia del individuo y sus vínculos primarios confluyen con las determinaciones culturales actuales en calidad de dimensión constitutiva del sujeto que envejece."

Sin embargo, con el advenimiento del paradigma actual de la posmodernidad, se evidencia el predominio de concepciones que homologan la vejez a enfermedad, incapacidad e improductividad.

Por otro lado, desde el discurso biomédico, se ha enfatizado particularmente el deterioro orgánico como efecto del proceso de envejecimiento.

"Pareciera que la sociedad confina a quien envejece a un inmaterial pero rígido "territorio" de significaciones cristalizadas que operan su alejamiento de ámbitos de interacción, actualización, aprendizaje, actividad de modo tal que se comienza nombrándolo enfermo, pasivo, desinteresado y se concluye, la mayoría de las veces, por parte de quien envejece con la apropiación de estos mandatos." Los estudios sobre la vejez se han centrado en su primera etapa en la vulnerabilidad del cuerpo, en los cambios sociales que sobrelleven pérdidas de roles y funciones, destacando los duelos y pérdidas como característicos de esta etapa vital. Esta concepción encuentra su basamento ideológico en la Teoría del Desapego, postulada por Cummings y Henry (1961), en un intento de explicación y teorización del proceso de envejecimiento. Cuando se concibe la vejez asociándola con un progresivo deterioro psíquico y un paulatino debilitamiento de las funciones vitales, el viejo queda posicionado en una franca introversión, en una actitud pasiva frente al mundo que lo rodea. Se remarcaría entonces, el proceso de reducción del interés hacia las actividades, personas y objetos del medio, y un creciente movimiento de repliegue sobre su mundo interno como resultado del conflicto de envejecer, relacionado con la enfermedad y con esta tendencia "natural" al aislamiento.

Vemos así que acentuar las transformaciones psicosociales y corporales con tinte negativo, coloca al anciano en su relación con el otro

como un "objeto de cuidados", descalificándolo como sujeto de acción, saludable, participante y social. Es decir, cuando se excluyen las características de actividad, participación e interacción como propias y naturales de la vida del viejo, -aludiendo en su lugar al deterioro físico, pasividad y aislamiento-, el envejecimiento se identifica con algo innombrable, negado, siniestro, siendo una de las únicas formas de participación que se le adjudica, a través de la reminiscencia en tanto rescate de fragmentos de la historia pasada. Pero recordar lo que se ha vivido no es vivir.

El anciano continúa siendo destinatario de estereotipos negativos y el prejuicio del "viejismo" sigue vigente.

Por el contrario, considerar al viejo como alguien que puede intervenir respecto de los demás y de sí mismo, actualizando y si fuera necesario retocando su estilo de vida, es situarlo en una posición activa frente a la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, Havinghurst y cols. (1963) -, los ancianos siguen en condiciones de disfrutar los placeres de la vida; necesitan, como en todas las etapas vitales, estímulos intelectuales, afectivos y físicos; y quieren seguir perteneciendo a la sociedad de la que forman parte.

"El envejecimiento es, entonces, la prolongación de un proceso, una sucesión de cambios en un sistema que pierde y recupera el equilibrio

en cada instante" El paso del tiempo supone la necesidad de asumir nuevos roles y por ende resignar otros que hasta algún momento se ocuparon; pero esos roles nuevos pueden ser tan participativos como los de antes o aún más.

Así concebida la vejez no se reduce al inventario de pérdidas y duelos sino que se convierte en una etapa de cambios y transformaciones que, en tanto puedan ser tramitadas le permiten al sujeto crear y recrear una nueva forma de estar en el mundo.

La vejez tampoco es definible desde la pasividad sino que puede ser también ganancia y actividad .Según sea la estructura psíquica particular y la modalidad de relación con su medio existen ancianos que llevan un estilo de vida dependiente, así como otros que mantienen un grado importante de autonomía y actividad. El camino hacia una vejez activa requiere de la consideración tanto de las ofertas del medio sociocultural como del estilo de vida forjado.

En el cruce entre las ofertas y la selección que quien envejece opera, según su historia vincular interiorizada, en tanto parte de su estilo de vida, cobrarán mayor vigor el presente y la proyección hacia el futuro .

Creemos finalmente que estas consideraciones no deben llevar a acentuar indebidamente la importancia del estilo de vida por sobre otros factores determinantes de la calidad de vida.

## CONCLUSIONES

1. Del 100.0% (80) de adultos mayores, el 90.0% (72) son de sexo femenino con 10.0% (8), y un 11,43% (4) de sexo masculino.
2. Del 100% (80) de adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 55.0% tienen entre 60 – 70 años, en tanto que el 32.5% (26) tienen entre 71 a 80 años de edad; y el 12.5% (10) tienen más de 80 años de edad.
3. Del 100% (80), la mayoría son de nivel socioeconómico medio en un 52,50% (42), seguido del 38,75% (31) de nivel socioeconómico bajo y un 8,75% (7) de nivel socioeconómico alto.
4. del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 47.50% (38) proceden de la zona urbano marginal del distrito de Chaupimarca, seguido de los adultos mayores que proceden de la zona urbana del distrito en un 43.75% (35) y un 8.75% (7) proceden de otro distrito.
5. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, el 37,50% (30) son de estado civil casado, seguido del 36,25% (29) que tienen la condición de convivientes y el 26,25% (21) son solteros y/o viudos.

6. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, la mayoría en un 40,0% (32) son pensionistas; seguido de un 32,5 % (26) tienen trabajo propio y el 27,5% (22) tiene trabajo eventual.
7. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, antes del programa muestra que el 46,25% (37) practican estilos de vida poco saludables, seguido del 42,50% (34) quienes practican estilos de vida no saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.
8. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, antes del programa muestra que el 47.50 % (38) presentan mediano riesgo en su salud, seguido del 43,75% (35) quienes presentan alto riesgo en su salud y el 8,75% (7) que presentan bajo riesgo en su salud
9. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 52.50 % (42) presentan bajo riesgo en su salud, seguido del 37,50% (30) quienes presentan mediano riesgo en su salud y sólo el 10,0% (8) que presentan alto riesgo en su salud
10. en el área de intervención Alimentación y Nutrición en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco después del

programa se observa: Del 100% (80) el 60,0% (48) ya practican estilos saludables, seguido del 22,50% (18) con estilos poco saludables y sólo el 17,50% (14) con estilos no saludables

11. En el área de intervención Actividad física en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que, Del 100% (80) el 60,0% (48) ya practican estilos saludables, seguido del 25,0% (20) con estilos poco saludables y sólo el 15,0% (12) con estilos no saludables.

12. En el área de intervención Higiene en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que, Del 100% (80) el 60,0% (48) llevan estilos poco saludables, seguido del 30,0% (24) con estilos no saludables y el 10,0% (8) con estilos saludables.

13. En el área de intervención Salud Mental en los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que, Del 100% (80) el 80,0% (64) ya practican estilos saludables, seguido del 17,50% (14) con estilos poco saludables y sólo el 2,50% (2) con estilos no saludables.

14. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, después del programa se observa que el 65,0% (52) practican estilos de vida saludables, seguido del 23,75% (19)

quienes practican estilos de vida poco saludables y sólo un 11,25% (9) practican estilos de vida no saludables.

15. Del 100% (80) de los adultos mayores del C.I.A.M. Municipalidad Provincial de Pasco, muestra en un 72,50% (48) que el programa fue efectivo, seguido del 20,0% (16) que muestra un programa medianamente efectiva y un 7, 50% (6) que muestra un programa no efectivo

## RECOMENDACIONES

1. A los estudiantes de Enfermería, recomendamos realizar más trabajos de investigación relacionados a las adaptaciones de los adultos mayores a diferentes situaciones y alturas, para lograr entender mejor las necesidades y /o problemas que presentan este grupo etáreo y brindar una atención de Enfermería adecuada.
2. A los Docentes, infundir la realización de investigaciones en ciudades de altura, para mejorar y elevar nuestra Calidad en cada una de nuestras atenciones a los pacientes sobre todo en adultos mayores, que son un grupo en riesgo.
3. Valorar y contribuir para que las personas de la tercera edad sean tenidas en cuenta para realizar actividades y se sientan útiles.
4. Valorar al adulto mayor como una persona útil que necesita afecto y atención para ser feliz.
5. Contribuir a una mejor calidad de vida del adulto mayor con el apoyo del profesional de enfermería
6. Involucrar de una manera coordinada a las diferentes entidades gubernamentales buscando un beneficio mayor y continuo para los diferentes grupos e instituciones del adulto mayor.

7. Intervenir en la salud mental del adulto mayor.
8. Sugerir a las autoridades de la Municipalidad Provincial de Pasco contar con profesionales de la salud para la atención permanente al adulto mayor.

## BIBLIOGRAFIA

1. GUIA DE ENFERMERIA, ATLAS VISUAL.
2. CRITERIOS OPERATIVOS PARA HACER LA TESIS. Pelayo Hilario Valenzuela. 2000. Perú.
3. ENCICLOPEDIA FAMILIAR DE LA MEDICINA Y LA SALUD. Morris. Fishbein.M.D. 1995. DUNCAN, P.
4. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986.
5. Morales, J. (1995). *Psicología social*. México: Mc Graw-Hill.
6. Myers, D.G. (1995). *Psicología social*. México: Mc Graw Hill.
7. Hernandez, R. (1994). *Metodología de la investigación*. 3ª edición. México: Mc-Graw Hill.
8. Hernandez, R. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª edición. Edit. Mc-Graw Hill. México.
9. GIRALDO Z., L.F. Familia y teorías de desarrollo. En Cuadernos de Familia.
10. INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. D. Polit, B. Hungler. 1987. México.
11. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA. Abel Andrés Zavala. 1997. Editorial San Marco. Perú.
12. MANFRED Max - Neff. Desarrollo a Escala Humana. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjold 1986.

13. Instituto Nacional de Salud. Servicio Nacional de Medicina de E.E.U.U. [www.medicineplus.com](http://www.medicineplus.com).
14. O.M.S. Conclusiones del Consejo Europeo, política, salud y consumidores. Obesidad, nutrición y actividad física. 2005
15. Intermedio Editores. Bienestar Integral
16. Lagardera Francisco. Ejercicio físico y bienestar. Ed Universitat de Lleida. 2007.
17. Algarin Gonzalez Alejandro. El ejercicio Físico. Ed T.V
18. Fernandez Ballesteros, R. Vivir con vitalidad. Ed. Piramide 2003. Diagrama Group. Enciclopedia Completa de Ejercicios. Ed EDAF. Madrid.
19. Barquilla Helena. Importancia del movimiento natural de cuerpo. [www.yagodemarla.com](http://www.yagodemarla.com)
20. Richard Walker. Enciclopedia del Cuerpo Humano. Ed D.K.

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ANEXO Nº 01**

**CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA DE ADULTOS MAYORES**

**Instrucciones:**

- El cuestionario es anónimo para evitar falsas informaciones.
- Lea y responda cuidadosamente sobre todo con la verdad.

**DATOS PERSONALES**

- o Edad cronológica:.....
- o Sexo:.....
- o Ocupación:.....

**1. ¿Con quién vives actualmente?**

- Solo SI ( ) NO ( )
- Con la familia SI ( ) NO ( )
- Con hijos SI ( ) NO ( )
- Con otros familiares SI ( ) NO ( )
- Amigos Otros SI ( ) NO ( )

**2. ¿Has tomado alcohol en alguna ocasión?**

- SI ( ) NO ( )  
A veces ( ) Regularmente ( ) siempre ( )

**3. ¿Fumas?**

- SI ( ) NO ( )  
A veces ( ) Regularmente ( ) siempre ( )

**4. Consumes alimentos nocivos como aji, café?**

- SI ( ) NO ( )  
A veces ( ) Regularmente ( ) siempre ( )

**5. ¿Qué religión profesas? Coloca x.**

- 1. Católico practicante.....( )
- 2. Católico no practicante.....( )
- 3. Otras religiones.....( )
- 4. Indiferente, agnóstico.....( )

**6. En cuanto a tu sexualidad ¿cómo la podrías definir? Coloca X.**

- 1. No tengo relación sexual .....( )..
- 2. Frecuente.....( )
- 3. A veces.....( )

**7. En relación a tu alimentación**

- A. Comes 3 veces al día .....( )



