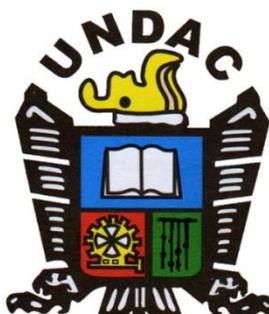


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

Participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital Félix Mayorca Soto Tarma – Junín 2017

Para optar el título profesional de:
Licenciada en Enfermería

Autores:

Bach. Katherine Danitza PARDAVE CASTAÑEDA

Bach. Fris Karla ROSALES RIVAS

Asesor: Dr. Loli CABRERA ALVARADO

Cerro de Pasco - Perú - 2019

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



TESIS

Participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital Félix Mayorca Soto Tarma – Junín 2017

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Mg. Flor Marlene, SACHUN GARCÍA
PRESIDENTE

Mg. Sonia ROBLES CHAMORRO
MIEMBRO

Mg. William Fermín ESTRELLA URETA
MIEMBRO

Por grandes razones dedico esta tesis, primero a Dios, quien me dio la oportunidad de la vida y por ende de mi actual éxito.

A mis padres, quienes me apoyaron en todo lo indispensable, quienes me brindaron apoyo moral y afectivo cuando me sentía caer a mis hermanos y amigos, que me apoyaron con su tiempo y comprensión en mis estudios.

Agradezco a la Universidad, por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi sustentación.

RECONOCIMIENTO

A Dios Nuestro Señor; por la vida de nuestros padres, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que más me aman

A nuestros padres; por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio; a mi padre por siempre desear y anhelar siempre de lo mejor para mi vida

A los docentes; quienes han colaborado con la asesoría de esta investigación, asesor. Dr. Loli Cabrera quien ha contribuido al proceso y conclusión de este trabajo.

RESUMEN

En la vejez, la mayoría de los mayores son capaces de tener una vida normal e independencia funcional y lo disfrutan, enfrentado el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

La promoción de la salud es la estrategia de salud pública que vela por dotar a la población de las condiciones básicas y necesarias para el desarrollo de su vida diaria, además de dotarle de los conocimientos y destrezas suficientes para tener control de las decisiones que atingen a su vida y a su salud, de manera que éstas sean informadas y conscientes. La promoción de la salud permite mantener o mejorar la salud; vela por la calidad de vida y por optimizar el potencial humano de la gente. Dada la necesidad de desarrollar políticas más equitativas que se ajusten a la realidad de esta población y la ausencia de estudios que generen información integral en el ámbito regional, se plantea la iniciativa de elaborar una investigación sobre la condición y situación de salud de este grupo etario, a fin de conocer el estado de salud del paciente adulto mayor. El objetivo fue Determinar el grado de participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. 2017. El tipo de investigación fue Básica porque se amplió el ámbito de los conocimientos fundamentales respecto a la salud y bienestar de los adultos mayores. Y el Nivel de Investigación fue Correlacional porque se examinó

el grado de relación entre las variables. La hipótesis para probar la relación significativa que una eficiente participación de la enfermera fortalecerá el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. La prueba resultó ser significativa ($p < 0.05$). Por lo que se sostiene que hay relación entre dichas variables.

Palabra Clave: Envejecimiento de la población; estrategias de salud al adulto mayor.

SUMMARY

In old age, most of the elderly are able to have a normal life and functional independence and enjoy it, facing the process of change to an adequate level of functional adaptability and personal satisfaction. Health promotion is the public health strategy that provides the population with the basic and necessary conditions for the development of their daily lives, as well as providing them with sufficient knowledge and skills to control the decisions that affect their health. Your life and your health, so that they are informed and aware. Health promotion allows maintaining or improving health; It watches over the quality of life and to optimize the human potential of the people. Given the need to develop more equitable policies that adjust to the reality of this population and the absence of studies that generate comprehensive information at the regional level, the initiative is proposed to develop an investigation on the condition and health situation of this age group. , in order to know the health status of the elderly adult patient.

The objective was to determine the degree of participation of the nurse in the fulfillment of health strategies in the health and well-being of the elderly. FELIX MAYORCA SOTO Hospital. TARMA - JUNIN. 2017. The type of research was Basic because it broadened the scope of fundamental knowledge regarding the health and well-being of the elderly. And the Research Level was Correlational because the degree of relationship between the variables was examined. The hypothesis to prove the

significant relationship that an efficient participation of the nurse will strengthen compliance with health strategies in the health and well-being of the elderly. The test was found to be significant ($p < 0.05$). So it is argued that there is a relationship between these variables.

Keywords: Aging of the population; health strategies for the elderly.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

INDICE

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del Problema	14
1.2 Delimitación de la Investigación	17
1.3 Formulación del Problema	18
1.3.1 Problema General	18
1.3.2 Problemas Específicos	18
1.4 Formulación de Objetivos	18
1.4.1 Objetivo General	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
1.5 Justificación de la Investigación	19
1.6 Limitaciones de la Investigación	21

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	22
2.2 Bases Teóricas – Científicas	25
2.3 Definición de términos	67
2.4 Formulación de Hipótesis	68
2.4.1 Hipótesis General	68
2.5 Identificación de Variables	69

2.6 Operacionalización de variables	69
--	-----------

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación	70
3.2 Método de Investigación	70
3.3 Diseño de Investigación	71
3.4 Población y muestra	71
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	71
3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos	73
3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación	75

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo	78
4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo	79
4.3 Prueba de Hipótesis	90
4.4 Discusión de Resultados	

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento ha sido definido como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y sociales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre el hombre, por lo tanto un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente, en cambio el envejecimiento de la población resulta ser un concepto más complejo y abarcador. Una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. Por tanto, la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo.

En la actualidad el envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación y práctica médica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid en el año 2002, se ha reconocido que el envejecimiento es un fenómeno mundial y que más allá de las cifras, implica una profunda transformación de nuestras sociedades que exige una readecuación de políticas y programas.

La Organización Mundial de la Salud viene instando a los gobiernos, a las organizaciones internacionales y a la sociedad civil de los países a que implementen políticas y programas que promuevan la salud de las

personas mayores y contribuyan a educar a las poblaciones hacia una conciencia del envejecimiento saludable y activo.

Una de las iniciativas más efectivas de la promoción de la salud, que busca responder a los desafíos que plantea el acelerado envejecimiento de la población, es el Movimiento de Ciudades Saludables, que se inicia en Europa y Canadá, y se ha extendido por todo el mundo, dando lugar a los municipios saludables.

En nuestro país, en el año 2000, se forma la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú, impulsada por el Ministerio de Salud, para compartir y dinamizar conocimientos en salud que favorezca estilos de vida más saludables en las comunidades. La red tiene como uno de sus principales ejes temáticos la promoción de la salud de las personas adultas mayores.

El Gobierno del Perú está orientado a llevar adelante políticas de desarrollo e inclusión social dirigidas a garantizar una mejora del bienestar y la protección social de las personas adultas mayores. Para lograrlo, cada Gobierno Regional, ejerce una contribución fundamental mediante la canalización de esfuerzos desde los diferentes sectores y niveles de gobierno, así como la participación de todos los actores sociales.

Por la problemática observada se realizó el presente trabajo de investigación que consta de dos partes: PRIMERA PARTE consta del CAPITULO I, II y III. SEGUNDA PARTE, CAPITULO IV.

PRIMERA PARTE
ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estamos viviendo en un mundo que envejece y en países como el nuestro esto se ve agravado porque se da en un contexto de pobreza. En la región de las Américas el número de personas con edades de 60 años o más aumentará de 42 millones en el 2000 a alrededor 100 millones para el año 2025. Esto significa que el 14% de la población tendrá este rango de edad. Este es un problema de salud pública que se irá incrementando con los años y, en el cuál, el estado de pobreza es el mayor de los obstáculos que deberemos sortear en el momento de formular las políticas públicas para las personas adultas mayores. En este marco, la conservación de la salud de la población es un tema de crucial importancia.

El crecimiento económico del país en los últimos años ha traído consigo una reducción sostenida de la pobreza a nivel nacional: concretamente, 33 puntos porcentuales en el período 2004-2012 hasta alcanzar una tasa de 25.8% al cierre de dicho lapso, según información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). A pesar de ello, las personas adultas mayores están históricamente en una situación de riesgo y vulnerabilidades física, económica y emocional que genera serios problemas en su desarrollo y bienestar integral. Se puede observar que el 29.8% de los adultos mayores no cuenta con un seguro de salud; el 55% no culminó la educación primaria; el 63% no accede a una pensión contributiva y el 51.7% de quienes viven en áreas rurales son aún catalogados como pobres (ENAH 2012).

El envejecimiento como proceso universal se da paulatinamente mientras pasamos de una etapa a otra, que presenta cambios biopsicosociales y espirituales que son complejos, individuales y singulares. En parte esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios, por factores genéticos y de salud. Pero también están fuertemente influenciados por el entorno y el estilo de vida de la persona.

En la vejez, la mayoría de los mayores son capaces de tener una vida normal e independencia funcional y lo disfrutan, enfrentado el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Sin embargo, en la dimensión biológica se produce un deterioro progresivo, tales como el ciclo del sueño, la

alimentación y nutrición, actividad física, apetito sexual, más aún si tienen alguna enfermedad. Puede haber incontinencia o retención urinaria, lo cual produce un gran malestar, problemas de higiene, depresión, aislamiento y ansiedad.

La promoción de la salud es la estrategia de salud pública que vela por dotar a la población de las condiciones básicas y necesarias para el desarrollo de su vida diaria, además de dotarle de los conocimientos y destrezas suficientes para tener control de las decisiones que atingen a su vida y a su salud, de manera que éstas sean informadas y conscientes. La promoción de la salud permite mantener o mejorar la salud; vela por la calidad de vida y por optimizar el potencial humano de la gente. Gran parte de lo que es posible para lograr este mejoramiento, está inmerso en las obligaciones y funciones del municipio, que sigue siendo, por lo tanto, el primer responsable del bienestar y la salud pública de su población.

En Junín al 2015 la cantidad de habitantes fueron 1,350,783 de los cuales fueron el 8,9 %, que representan 120,202 de población de adultos mayores, con una proyección al 2020 de 12 %, siendo una de las regiones con mayor proporción de adultos mayores del Perú y en la provincia de Tarma la cantidad de adultos mayores es 12,913.

Estas cifras no solo representan un triunfo demográfico de este crecimiento del desarrollo humano complejo y dramático, sino que es uno de los retos más importantes que tendrá ante sí el Perú y la región Junín durante el presente siglo por las profundas consecuencias e

implicancias en la vida individual, comunitaria y nacional en todas las facetas: sociales, éticas, económicas, políticas, culturales, psicológicas, espirituales y de salud.

En tal escenario, las personas adultas mayores se sienten censuradas, excluidas e inhiben sus capacidades. Es cierto que el envejecimiento físico trae como consecuencia la pérdida de un conjunto de habilidades, pero la mayor pérdida que puede resentir una persona es la social y afectiva.

Por la problemática observada nos planteamos el siguiente trabajo de investigación.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital FELIX MAYORCA SOTO, RUC 20171344269, Razón Social Región Junín Salud Tarma con dirección en Av. Pacheco 362. La provincia de Tarma es una de las nueve que conforman el departamento de Junín en el Perú. Limita por el Norte con la provincia de Junín; por el Este con la provincia de Chanchamayo; por el Sur con la provincia de Jauja; y, por el Oeste con la provincia de Yauli.

La Provincia de Tarma se ubica entre sierra y selva andino-amazónica, extendiéndose aproximadamente desde los 4000 msnm (Tierra fría o Quechua) hasta los 1000 msnm (Tierra caliente o Yunga). Alberga al Santuario Nacional Pampa Hermosa.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. 2017?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el grado de satisfacción del adulto mayor en el proceso de atención de enfermería?
- ¿Cuál es el grado de conocimiento de la enfermera sobre las estrategias sanitarias del adulto mayor?
- ¿La enfermera tendrá especialización o capacitaciones sobre el tratamiento del adulto mayor?

1.4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características físicas y fisiológicas del adulto mayor.
- Evaluar la respuesta del adulto mayor sobre la asistencia de salud por parte de la enfermera.
- Evaluar el cronograma de actividades o programas de atención que brinda la enfermera al adulto mayor.

- Valorar el cumplimiento de la enfermera en la aplicación de los ejes temáticos en la promoción de la salud del adulto mayor.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, sobre el cual inciden una diversidad de factores que exige la consideración de un enfoque multidisciplinario, integral y dinámico, que transforme el proceso de envejecimiento en un factor de desarrollo para los propios adultos mayores y para el conjunto de la sociedad.

El Estado debe garantizar que los adultos mayores en situación de pobreza y aquellos más desprotegidos tengan prioridad sobre los beneficios, para disminuir las desigualdades sociales y territoriales, y lograr condiciones de equidad.

Asimismo, se debe promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer.

Se debe propiciar que las personas adultas mayores mantengan una actividad intelectual, afectiva, física y social, por lo que es indispensable que puedan tener acceso a los servicios de salud y seguridad social, recreación y cultura.

Los adultos mayores deberán vivir con dignidad y seguridad recibiendo un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica u otras condiciones y han de ser valorados independientemente de su contribución económica. De manera particular, el Estado, al considerar las necesidades de los adultos

mayores pertenecientes a los diferentes grupos étnicos del país, reconoce y apoya su identidad, su cultura e intereses.

El proceso de envejecimiento no se acompaña de un proceso de preparación por parte de los gobiernos para hacerle frente en el corto y mediano plazo. La gente envejece con inseguridad económica, con imposibilidad de mantenerse en el trabajo, bajas coberturas de seguridad social y un debilitado apoyo económico por parte de la familia.

Los procesos migratorios y de urbanización acelerada producen cambios en la estructura familiar y en las redes sociales de apoyo.

En el Perú, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social a través de la Dirección General para las Personas Adultas Mayores es la instancia normativa que coordina con las instituciones públicas y privadas, entre ellos los gobiernos locales, para concretar las acciones referidas al Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores.

Como un espacio de coordinación importante se forma la **Red de Municipios y Comunidades Saludables** (RMCS) que propicia la solidaridad entre los municipios y comunidades para el logro de un mayor bienestar.

La promoción de la salud es la estrategia de salud pública que vela por dotar a la población de las condiciones básicas y necesarias para el desarrollo de su vida diaria, además de dotarle de los conocimientos y destrezas suficientes para tener control de las decisiones que atingen a su vida y a su salud, de manera que éstas sean informadas

y conscientes. La promoción de la salud permite mantener o mejorar la salud; vela por la calidad de vida y por optimizar el potencial humano de la gente. Gran parte de lo que es posible para lograr este mejoramiento, está inmerso en las obligaciones y funciones del municipio, que sigue siendo, por lo tanto, el primer responsable del bienestar y la salud pública de su población.

Los entornos saludables tienen que ver con los aspectos físicos del ambiente: espacios verdes, áreas de recreación y actividad física, acondicionamiento de calles, veredas y edificios, pero también, con todos los aspectos de la vida social, tales como la seguridad, la organización, la cultura, el arte, la participación y el estímulo de estilos de vida saludables.

Creemos que como sociedad, la única forma de restituirles derechos afectados y reintegrarlos a una vida plena, es actuar con idoneidad, sensibilidad y eficiencia.

Por ello es importante reflexionar sobre qué calidad de vida le estamos brindando a las personas adultas mayores en el seno de nuestras familias y nuestra comunidad, y ponernos en el lugar de cada uno de ellos, ya que todos llegaremos a esa etapa de la vida.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- El Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. está integrada a la DIRESA JUNIN para lo cual se tenía que pedir la autorización respectiva.
- Se realizó diversas estrategias para la aplicabilidad de los instrumentos de investigación, los fines de semana.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A. Reyes Tornés R, Cand Huerta CM. Morbilidad y mortalidad geriátrica en medicina interna. Med 1996; 35(2):99-105: Necesidades básicas de salud de las personas adulto mayores. Según el estudio los adultos mayores, 26,8% tuvieron delgadez; 21,7% sobrepeso; 10,6%, obesidad, y el 40,8% peso normal, la prevalencia de delgadez fue mayor en Huánuco (57,2%), Ayacucho (52,8%), Huancavelica (52,2%), Puno (51,6%) y Cusco (46,6%) estas eran las características nutricionales al 2010.

La prevalencia de delgadez en los adultos mayores peruanos es tres veces mayor que la reportada en otras poblaciones de adultos mayores, por ejemplo, los adultos mayores chilenos (8,4%), libaneses (7,6%), pero dos veces mayor que los adultos mayores

brasileños (10%) y un poco menor que los adultos mayores cubanos (33%).

La situación prevalente de delgadez se podría originar por el abandono familiar, en el que el estado de salud de las personas adultos mayores se ve vulnerada.

B. Santalla Vasallo O, Bembibre Taboada R, García Núñez R, González Avalos E. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. Rev Med Gen Integr. 998;14(4):316-9. En la investigación realizada por el Grupo internacional de estudio de "Demencias 10/66" se encontró que la demencia en el Perú es más frecuente en zona urbana que en rural. La pseudodemencia más frecuente está representada por las depresiones en la adultez mayor, una buena proporción de casos cursan con olvidos y confusiones. Particularmente son esas depresiones de inicio tardío, después de los 50 años de edad. Existen factores de riesgo prevenibles tanto para Alzheimer como para la demencia vascular. Estos principalmente giran en torno al estilo de vida que incluye: enfermedades físicas de riesgo, nivel educativo y estimulación intelectual, exposición a golpes en la cabeza e intoxicaciones, actividad física. También es importante resaltar que existen despistajes que permiten de forma confiable, en tiempo breve, orientar al usuario si lo que tiene es envejecimiento normal o sus olvidos corresponden a otra entidad

como: el Deterioro Cognitivo leve (estadio intermedio entre envejecimiento cerebral normal y Alzheimer), Alzheimer y otros.

C. Enrique V. Iglesias, Presidente del BID. Sesión inaugural. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población: Los agudos problemas sociales y los desequilibrios de la región se proyectarán al futuro e influirán en forma dramática en la calidad de vida y la dignidad de los adultos mayores.

Si bien, no es nuevo afirmar que a nivel mundial hoy la población vive muchos más años que en épocas pasadas, este hecho aún representa grandes desafíos. Los reportes técnicos advierten que en la mayoría de los países de América aún no se ha implantado un enfoque comunitario para promover la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, y se sigue enfocando el envejecimiento y su problemática desde lo asistencial y curativo.

D. El Informe sobre el envejecimiento y el desarrollo. Un resumen: Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. Helpage International – Acción Global sobre Envejecimiento: Las cifras son reveladoras, en 1950 la población mundial de personas de más de 60 años fue de 200 millones, para el 2000 alcanzó a 550 millones y se espera que para el 2025 se alcancen los 1200 millones. La mayoría vive en el sur, en países en desarrollo, en los cuales aún no se ha incrementado la calidad de vida y el envejecimiento se dará en la pobreza 4.

E. Organización Panamericana de la Salud. Comunicado de Prensa. Washington, 7 de noviembre de 2003: En Latinoamérica, el proceso de envejecimiento se caracteriza tanto por una velocidad sin precedentes, como por el crecimiento acelerado en la demanda de servicios de salud.

Lo cual representa un grave problema en países pobres, marcados por desigualdades sociales y económicas y una disminución en el acceso a los recursos y cuidados en salud⁵.

2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

EI ADULTO MAYOR

Los seres humanos somos netamente sociales y para que nos adaptemos a una sociedad tenemos que pasar por un largo proceso, proceso por el cual nos iniciamos en la vida, en otras palabras cuando nacemos, nuestra vida social solo dependiente de nuestros padres y mientras la vida o los años van avanzando nuestro mundo social va en aumento por el contacto social que se hace más extenso ya que tenemos contacto con otros entes como por ejemplo los primos, tíos, el colegio, los amigos, etc., luego en la adolescencia se hace mucha más extensa el roce social ya que tenemos contacto con mayor cantidad de personas como por son los amigos de barrio, de la academia, de la universidad, y después llega la adultez donde los roces sólo son con los compañeros de trabajo y se va perdiendo otras como amigos del colegio, de la universidad, etc.

Por lo tanto el ser humano empieza a transformarse en un ente cada vez menos sociable y sobre todo cuando llega a la vejez (hoy en día es considerado como el adulto mayor o persona de la tercera edad o vulgarmente los ancianitos), donde nuevamente llega al punto de partida en la vida, porque es como si hubiera nacido nuevamente ya que su entorno social se reduce de nuevo a pocas personas que en este caso vendrían a ser sólo los hijos.

La OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor se inicia a partir de los 65 años; sin embargo, para los países en desarrollo considera desde los 60 años. La ONU desde el año 1996 denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores".

En la sociedad actual podemos observar que las personas adultas mayores se encuentran en situación de desventaja, discriminación, y muchas veces sufren violencia y abandono familiar, lo que les ocasiona consecuencias graves, sobre todo, en la parte afectiva que repercute en su salud física y emocional.

Ante esta situación, el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (Inabif) ha puesto en marcha la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores (USPPAM), la cual se encargará de programar, conducir, coordinar ejecutar y supervisar servicios preventivos, promocionales y de protección integral a las personas adultas mayores en todos los servicios del Inabif.

Esta favorable iniciativa propone que las personas adultas mayores ejerzan sus derechos con dignidad, autonomía e inclusión social, y que

quienes están en situación de abandono o riesgo social tengan en los mencionados centros de atención residencial una calidad de vida y, sobre todo, alegría de vivir.

El Inabif ha elaborado una estrategia de inclusión en la cual un equipo profesional multidisciplinario, conformado por trabajadores sociales, psicólogos, abogados, especialistas en salud, nutricionistas y otros, brinde sus servicios personalizados para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El concepto de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores implica proveer y promocionar un trato digno a dicha población, desarrollando y articulando, al mismo tiempo, servicios especializados de atención, cuidado y protección a esta población vulnerable y en riesgo social.

Hay que señalar que, según el último censo del INEI, este sector representa más de dos millones 700 mil personas, y tomar en cuenta que la ampliación de la esperanza de vida en el mundo crece día a día, y por ello el crecimiento de la persona adulta y adulta mayor es más grande cada día. Para el 2050, el 25 por ciento de la población del Perú estará conformado por personas adultas mayores.

Tengamos presente que los adultos mayores representan la experiencia y la sabiduría adquiridas por los años. Son nuestras raíces, testigos del pasado e inspiradores del futuro, la piedra angular de la familia, el carisma que rompe las barreras entre las generaciones, los

que fortalecen la crianza de los nietos y los maestros que transmiten las tradiciones y la historia familiar.

Son las mujeres y hombres de fuerzas agotadas, pero con juventud acumulada en su corazón, quienes siempre tienen un consejo y el cariño verdadero para sus seres queridos.

Salud de las Personas Adultos Mayores: Según MINDES las personas que envejecen no en términos de déficit sino en términos de su capacidad funcional se pueden clasificar en tres grupos:

Persona adulto mayor autovalente: es aquella persona adulto mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado y actividades instrumentales para la vida diaria.

Persona adulto mayor frágil: Se define aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y ha presentado mayor morbilidad y mortalidad.

Persona adulto mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Envejecimiento Individual: Se debe distinguir en envejecimiento individual como proceso que inicia en el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales de

variadas consecuencias. Este determinado por el contexto en que el individuo se ha desarrollado.

En la historia vemos que el envejecimiento tiene un sentido de caída de degradación, algunos autores, describen la vejez como un momento decrepito según el punto de vista de Sócrates, en el que no existe ningún principio de placer, ni de felicidad, ni mucho menos de dignidad. Bajo esta óptica en la senectud se acaba todo.

Sin embargo la historia avanza y trae cambios para Platón la vejez es el momento supremo en la edad del hombre. Durante esa edad el senecto puede consagrarse no solo por su autoridad moral, sino ante todo, por la posibilidad de desarrollar su potencial intelectual, teórico y memorístico. Para Platón los ancianos que han recorrido todo el proceso formativo de aprendizaje y han mostrado temperamento y carácter son los indicados para cultivar también el conocimiento supremo, ese conocimiento soberano es la dialéctica, es el arte de la conversación, la ciencia productora de conocimientos verdaderos; es la que determina los problemas teóricos, señala las situaciones prácticas y orienta hacia el bien supremo los razonamientos y las acciones de los hombres. Para Platón los ancianos pueden alcanzar la plenitud teórica cuando tienen virtudes y cualidades aprendidas en la educación.⁴

En la actualidad se debe buscar promover una redefinición positiva de la vejez, primero con el reconocimiento que esta edad es parte de un proceso natural de la vida en que las personas se integran en otros

grupos poblacionales buscando socialización y calidad de vida. Lo segundo se debe buscar cumplir la mayor expectativa de las personas adulto mayores con el cumplimiento de los beneficios y derechos que el estado garantiza bajo las normativas vigentes. Y por último se debe promocionar acciones educativas que elimine todo estereotipo social principalmente en la población joven preparando las siguientes generaciones más integradas con participación y aporte político cultural y social.

Envejecimiento Poblacional : Hace referencias al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto a los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre vejez y la edad límite de ella. 5 Muchos años atrás el incremento de la esperanza de vida al nacer era uno de los fundamentales anhelos de nuestra sociedad, pero ahora frente a nuestros ojos se está produciendo esta transición demográfica donde el envejecimiento poblacional sería el logro del desarrollo tecnológico, pero a su vez este cambio trae exigencias que de alguna forma nos están sorprendiendo tanto de manera individual como colectiva; en una población que debe crear políticas gerontológicas y geriátricas sobre todo en la mejora de la salud y protección de los más longevos.

El envejecimiento como proceso fisiológico

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, en un individuo sano se produce como una disminución paulatina de las capacidades y funciones en el organismo donde cada vez hay menos capacidad para soportar el equilibrio homeostático. Es un proceso universal, individual, constante, irregular, asincrónico y deletéreo. Siendo la universalidad y la constancia dos de las características más importantes, pero el ritmo al que se produce puede ser muy diferente según la especie, el individuo y los factores ambientales. (1)

El ambiente puede moderar los cambios que inevitablemente se producen y por condición genética se admite que el límite biológico está determinado para cada especie, en la actualidad se observa un incremento en la esperanza de vida, y se observa una tendencia al aumento de la misma desde siglos pasados hasta la actualidad. (3)

Entre los factores responsables del envejecimiento se encuentran los genéticos, los ambientales y los relacionados con el estilo de vida, estrechamente unidos que pueden elevar la calidad de vida y aminorar el desarrollo de la senectud. (3)

Se sabe que al menos 100 genes diferentes están involucrados en los cambios producidos y que el envejecimiento ocurre a todos los niveles biológicos de la materia, moleculares, celulares y en los diferentes órganos, por lo que este conjunto de alteraciones no pueden ser explicados por un único mecanismo. (5)

Efectos externos del envejecimiento

- Encanece el pelo
- Aparecen las arrugas
- Se cae el pelo
- Se caen los dientes
- Se produce un aumento de peso
- Disminuye la estatura
- Disminuyen e incluso se pierden algunos sentidos

Efectos internos del envejecimiento

- Disminuye la capacidad funcional
- Degeneración y atrofia de los órganos
- Aumenta el stress

Factores nutricionales

Dentro del conjunto de factores que están estrechamente relacionados con el envejecimiento saludable. La nutrición en este grupo etáreo es compleja ya que constituye un grupo muy heterogéneo y en ocasiones debe ser individualizada. (5)

Algunos procesos propios del envejecimiento influyen en la nutrición de este grupo como son:

- La pérdida del gusto y el olfato.
- Deterioro de la función masticadora y la deglución.
- Pérdida de apetito.
- Deterioro de la absorción.

- Constipación (reducción de la motilidad intestinal, medicación, sedentarismo, insuficiente ingesta de líquidos)
- Hiperglucemia
- Desnutrición (aislamiento social, ingresos, depresión y morbilidad)
- Estados confusionales o de demencia
- Incapacidad física (reducción de la destreza manual, deterioro de la motilidad)
- Hospitalización

La desnutrición tanto por defecto como por exceso es común en esta etapa de la vida, por lo que la dieta debe ser controlada. (6)

Cuando se habla de nutrición inadecuada nos referimos a que el anciano selecciona los alimentos atendiendo a la facilidad de ingesta más que por las necesidades nutricionales establecidas. La disminución de secreciones digestivas y las defunciones mecánicas del aparato digestivo dan lugar a fenómenos de malabsorción y desequilibrios en el estado nutricional. (6)

La Sexualidad en el Adulto Mayor: En relación a la sexualidad en los adultos mayores en nuestro país no se conoce con exactitud cuál es la condición y la necesidad para abordar estos temas, porque la sexualidad es parte del comportamiento humano poco explorado y desconocido lamentablemente.

Algunos autores como Herrera (2003) mencionan que la sola existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los

ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad. La reacción del envejecimiento está primordialmente determinada por la percepción personal y la adaptación psicológica, debido a que la disminución del vigor en el anciano y de su nivel social y profesional, dañan a menudo su yo, que antes era sano y bien valorado. Comienza a sentirse viejo; a veces mucho antes de la verdadera senectud, fisiológicamente comienza a envejecer de manera significativa. Una buena relación sexual puede proporcionar mucho cariño, calor y el bienestar que tanta falta le hace, y puede construir una fuente altamente eficaz de autoafirmación. La vejez no representa necesariamente incapacidad, por consiguiente hay que luchar contra la idea de que el "viejo" es funcionalmente limitado.

En el Perú la ley del adulto mayor no tiene precisiones respecto a la sexualidad y respeto de los derechos sexuales del adulto mayor, por lo que se creado un vacío en este aspecto, que debería ser atendido.

Salud Mental

Depresión: La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y de disfrutar de las cosas, cansancio y fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar laboral y social de quienes la sufren. Los adultos mayores tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos o pérdida del placer en todas o casi todas las cosas. Falta de reactividad a

estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso, agitación, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados, los adultos mayores tienen más probabilidades, que la gente joven de presentar ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo(negación de toda creencia), persecución, celos y melancolía. El suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica. **7**

Demencia: la demencia es un síndrome clínico plurietiologico que implica deterioro intelectual respecto a un nivel previo, por lo general crónico, pero no necesariamente irreversible ni progresivo. Este deterioro intelectual implica una afectación de las capacidades fundamentales del sujeto suficiente para interferir sus actividades sociales y laborales. **8**

La demencia más frecuente en nuestro país es el Alzheimer seguida por la demencia vascular. La normatividad en el Perú respecto a la prevención de estas enfermedades incluidas en el derecho a la salud, en muchos casos es poco atendido y se da escasa importancia a las actividades para prevenir estas enfermedades, los establecimientos de salud encargados de la atención primaria del adulto mayor no realizan actividades a cabalidad, el desinterés del personal de salud o las muchas actividades en que se ocupan lamentablemente da origen a estos descuidos; así mismo los adultos mayores tienen derecho a recibir apoyo de sus familiares en relación al cuidado de su salud, sin embargo siguen siendo elevado el número de abandono

y peor aún se tienen muchas atenciones por violencia o maltrato a las personas adulto mayores. Así el recuento del 2010 a junio de 2014 en los Centros de Emergencia Mujer de nuestro país se atendieron a 8.546 personas de más de 60 años afectadas por violencia familiar, de las cuales 6.132 sufrieron maltrato psicológico. De estas 305 carecían de cuidados por parte de algún pariente.

En los establecimientos de mayor complejidad no brindan información completa sobre diagnósticos, tratamientos, proceso de la enfermedad, por lo que sigue siendo una exigencia y no un derecho la atención en salud con calidez y calidad.

PANORAMA GENERAL DEL ENVEJECIMIENTO

La opinión de los demógrafos de las Naciones Unidas señala que en un plazo de 50 años por primera vez en la historia habrá más personas mayores de 60 años que niños menores de quince. Mientras ahora una de cada diez personas tiene menos de 60 años, en el año 2050 la proporción será de una por cada cinco.

Las cifras son reveladoras, en 1950 la población mundial de personas de más de 60 años fue de 200 millones, para el 2000 alcanzó a 550 millones y se espera que para el 2025 se alcancen los 1200 millones. La mayoría vive en el sur, en países en desarrollo, en los cuales aún no se ha incrementado la calidad de vida y el envejecimiento se dará en la pobreza⁴.

En Latinoamérica, el proceso de envejecimiento se caracteriza tanto por una velocidad sin precedentes, como por el crecimiento acelerado en la demanda de servicios de salud.

Lo cual representa un grave problema en países pobres, marcados por desigualdades sociales y económicas y una disminución en el acceso a los recursos y cuidados en salud⁵.

En este contexto, las personas mayores de los países en desarrollo son los más pobres en todas las sociedades. No tienen asegurada una pensión de jubilación, no tienen acceso a los servicios de salud y no poseen bienes materiales; encontrando serias desventajas para participar en la vida económica, social o política, debido a su bajo nivel educativo.

Sumado a lo anterior, el conocimiento, producto de su experiencia, no es valorado como aporte comunitario.

Cabe anotar que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida. Sin embargo, las que hoy tienen más de 60 años tuvieron menores oportunidades educativas, la mayoría no se insertó al mercado laboral formalmente, lo que significa que actualmente no acceden a una pensión y seguridad social, la mayoría es dependiente.

Envejecimiento: denominaciones y connotaciones

El envejecimiento es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. No obstante, las personas no

envejecen de la misma manera, y ya está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez es el resultado a las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de vida⁶.

En distintas épocas el proceso de envejecer ha sido denominado de diferentes formas: ancianidad, senectud, senescencia, senilidad, gerontes, abuelos, tercera edad, cuarta edad, adultos mayores, entre otros. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, una persona mayor es quien tiene 60 años y más. En 1996 las Naciones Unidas proponen denominar a este grupo poblacional **personas adultas mayores**, con la resolución 50/141 aprobada en Asamblea General.

La vivencia del envejecimiento es una experiencia singular ligada a los diferentes significados que tiene el envejecer y que se inscriben en un determinado contexto histórico-social. Este produce una variedad de discursos, instituyendo y legitimando algunas prácticas que en lo relativo a la vejez la connotan negativamente⁷. Este hecho se observa en las actitudes cargadas de prejuicios y creencias respecto a lo viejo, sinónimo para muchos de caduco, de deterioro. Valoración de la persona desde una óptica estética, en contraste con la ausencia de una valoración en la parte ética, relacionada a los valores, conocimientos y experiencias de vida.

En tal escenario, las personas adultas mayores se sienten censuradas, excluidas e inhiben sus capacidades. Es cierto que el

envejecimiento físico trae como consecuencia la pérdida de un conjunto de habilidades pero la mayor pérdida que puede resentir una persona es la social y afectiva.

MARCO NORMATIVO

En 1982, por primera vez se tomaron acuerdos internacionales respecto de los derechos de la población de personas adultas mayores y progresivamente los países del mundo han ido asumiendo sus recomendaciones en la elaboración de sus políticas públicas.

Primera Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre envejecimiento (Viena 1982)

En esta Primera Asamblea se aprueba el «Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento». Se recomiendan medidas en empleo y la seguridad económica, salud y nutrición, vivienda, educación y bienestar social. Se considera a la persona adulta mayor como un grupo poblacional con aptitudes diversas y con necesidades específicas en razón de su propia condición de edad avanzada y posición dentro del esquema social.

En la Asamblea, se establecieron objetivos concretos dirigidos a fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva las consecuencias del envejecimiento de sus poblaciones y atender las necesidades específicas del grupo de población adulta mayor.

Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento (Madrid 2002)

En esta Segunda Asamblea se aprueba la «Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento», constituyendo un punto de partida importante para el tratamiento del tema del envejecimiento poblacional como de interés mundial y la necesidad de establecer acciones estratégicas a efectos de enfrentar sus consecuencias.

- La declaración política, establece los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural.
- El plan de acción Internacional, constituye un instrumento programático en el que se proponen recomendaciones para las áreas: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable.

En esta segunda Asamblea se definió la vejez como la suma de todas las experiencias de la vida. Por lo tanto, las personas de edad pueden alentar a las generaciones venideras a levantar la voz en favor de la libertad, la paz y la democracia. Es decir, la vejez es un don privilegiado, y debemos apostar porque la vejez ocupe el lugar que le corresponde en la sociedad, se concluyó.

Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación de América Latina y el Caribe del Plan de

Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (Santiago de Chile 2003)

En esta Conferencia la meta general fue definir las prioridades para la implementación del «Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento», que se fundamenta en los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas adultas mayores: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. Entonces, se busca el establecimiento de objetivos para la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores y la creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de sus necesidades básicas y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.

Plan Nacional para las personas adultas 2002-2006 PROMUDEH

El Perú ha diseñado el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores que es el documento representativo de la política de Estado y de compromiso concertado entre Organizaciones Gubernamentales y la sociedad civil para la regulación de las políticas, planes, programas y proyectos a favor de las personas adultas mayores. Se constituye hasta la fecha en el único sustento legal para ejercer la protección y promoción de los derechos civiles, políticos y sociales de las personas adultas mayores por no existir aún una ley general para este grupo social.

Principios de la política nacional para las personas adultas mayores

- El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, sobre el cual inciden una diversidad de factores que exige la consideración de un enfoque multidisciplinario, integral y dinámico, que transforme el proceso de envejecimiento en un factor de desarrollo para los propios adultos mayores y para el conjunto de la sociedad.
- La asignación de recursos necesarios, para implementar las políticas y acciones sobre envejecimiento y vejez, debe considerarse como una inversión, por lo que es importante la coordinación de los factores económicos y sociales para potenciar su aporte y hacerlos más eficientes, combinando adecuadamente criterios técnicos y políticos en la toma de decisiones.
- El Estado debe garantizar que los adultos mayores en situación de pobreza y aquellos más desprotegidos tengan prioridad sobre los beneficios, para disminuir las desigualdades sociales y territoriales, y lograr condiciones de equidad.

Asimismo, se debe promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer.

- En el desarrollo de la política para el envejecimiento y la vejez se debe tener en cuenta la corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la propia población adulta mayor. El Estado debe convocar la más amplia participación de los adultos mayores y otros actores sociales, y comprometerlos en el diseño y ejecución de programas y proyectos

específicos, principalmente a organismos no gubernamentales y universidades.

Se debe propiciar que las personas adultas mayores mantengan una actividad intelectual, afectiva, física y social, por lo que es indispensable que puedan tener acceso a los servicios de salud y seguridad social, recreación y cultura.

- Es responsabilidad política y social, actual y futura, promover la solidaridad intergeneracional, no sólo de la población en general para con los mayores, sino también desde los adultos mayores hacia las generaciones más jóvenes, propiciándose la transmisión de sus conocimientos, habilidades y experiencias, y reconociéndose la contribución que prestan los adultos mayores desde el punto de vista espiritual, socioeconómico y cultural.
- Los adultos mayores deberán vivir con dignidad y seguridad recibiendo un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica u otras condiciones y han de ser valorados independientemente de su contribución económica. De manera particular, el Estado, al considerar las necesidades de los adultos mayores pertenecientes a los diferentes grupos étnicos del país, reconoce y apoya su identidad, su cultura e intereses.
- El Estado debe velar por la vigencia plena de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores.

Derechos reconocidos de las Personas Adultas Mayores

- Atención preferente en los establecimientos públicos y privados que prestan servicios al público: Ley 27408.
- Contar con asientos reservados en los vehículos de transporte público de pasajeros: Resol. D.M. 081-2002 /MMLDMTU.
- Igualdad ante la ley de no ser discriminados. Constitución Política del Perú, Art. 2.
- Participar en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la nación: Constitución Política del Perú, Art. 2 Inciso 17.

La persona adulta mayor es parte integrante del desarrollo humano sostenible de un país. Asumir su calidad de vida es un reto, por ello la asignación de recursos para implementar políticas y acciones sobre el envejecimiento deben ser consideradas como una inversión.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El tema del envejecimiento y las personas adultas mayores son situados en el contexto de las políticas sociales y de salud con tres ponencias magistrales.

Políticas para el adulto mayor en los municipios saludables⁸

El proceso de envejecimiento en el mundo, pero en especial en los países de América Latina, es acelerado. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y se estima que en el 2025 este porcentaje alcanzará el 23%. En la actualidad existen países, como el

Japón, cuya población adulta mayor está alrededor del 25%. Como en todo, la distribución no es homogénea. Si analizamos los datos a nivel municipal en el Perú, veremos que ya existen municipios con poblaciones de adultos mayores con porcentajes cercanos al 15%, y otros, con menor calidad de vida, que tienen porcentajes todavía bajos de población anciana. En cualquiera de los casos este es el grupo etáreo con mayor crecimiento, lo que va configurando una nueva problemática social y de salud pública para nuestros países.

El proceso de envejecimiento no se acompaña de un proceso de preparación por parte de los gobiernos para hacerle frente en el corto y mediano plazo. La gente envejece con inseguridad económica, con imposibilidad de mantenerse en el trabajo, bajas coberturas de seguridad social y un debilitado apoyo económico por parte de la familia.

Los procesos migratorios y de urbanización acelerada producen cambios en la estructura familiar y en las redes sociales de apoyo.

POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Ministerio de Salud ha determinado para la década que la promoción de la salud es el primer lineamiento guía de sus acciones. La instancia responsable es la Dirección General de Promoción de la Salud, que conduce el proceso de construcción de una cultura de salud y de entornos saludables, acorde a las necesidades de cada comunidad.

Este es un lineamiento de política de la democratización de la salud, pues la intervención de los actores sociales en las decisiones permite que se adecuen a los intereses y prioridades de cada grupo poblacional, tanto en cumplimiento de sus derechos como de sus deberes.

De este modo, en el modelo teórico de abordaje el sujeto de intervención es la persona como ciudadano, que ejerce el derecho a su salud, desde el enfoque del ciclo de vida.

Este enfoque reconoce las particularidades de cada grupo etáreo y su condición, permitiendo responder en forma integral frente a las necesidades y expectativas de cada segmento de la población, en este caso de las personas adultas mayores. Como enfoques transversales desarrolla:

- 1) Derechos en salud,
- 2) Equidad de género e
- 3) Interculturalidad, que considera los condicionantes o determinantes culturales de cada región.

Una de las estrategias que desarrolla el modelo es la abogacía, que se refiere al discurso permanente, sostenible, insistente sobre la necesidad de que las políticas públicas de la promoción de la salud del adulto mayor sean incorporadas en los niveles de decisión. Otra estrategia fundamental es la comunicación y la educación para la salud que se propone desarrollar la participación comunitaria y alcanzar un nivel de empoderamiento social, de la propia población

adulta mayor. En este proceso, la población, son actores sociales importantes, actúan como agentes en el desarrollo de la salud.

Estos enfoques y estrategias se dan en escenarios naturales como la vivienda, la escuela, los municipios y los centros laborales. La promoción de la salud fomenta la construcción de entornos saludables para las personas adultas mayores.

Amplitud de la esperanza de vida y envejecimiento

En los últimos 30 años las pirámides poblacionales han cambiado drásticamente. En los años 70 en la base de la pirámide se encontraban las poblaciones más jóvenes y la dominaban, el vértice era menor; para el año 2000 en la pirámide se observa el crecimiento de las poblaciones en edades adultas y adultas mayores.

Este cambio responde a las condiciones tecnológicas y los mejores niveles de salud que han influido en el aumento de la esperanza de vida al nacer; además, del hecho de que las tasas de mortalidad en el país han disminuido, al igual que las tasas de mortalidad infantil.

Los datos generales señalan la posibilidad de tener más años de vida, por tanto mayores posibilidades de estar expuesto a riesgos de salud como a posibilidades de daño. Se ha proyectado que para el periodo 2020 al 2025 la esperanza de vida al nacer será de 75 años.

Determinantes de la salud y ejes temáticos

El propósito de la promoción de la salud es influir sobre las condiciones que les permitan a las personas tener una mejor calidad de vida. Estas se denominan determinantes de la salud, que son el conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales, los cuales condicionan el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

Entre los principales determinantes de la salud se encuentran el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y condiciones de trabajo, el entorno físico, las características biológicas y dotación genética, los hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación y los servicios de salud y sociales. El cómo se envejece tiene relación con éstos factores.

La población adulta mayor no siempre tiene las condiciones adecuadas para su protección y es cada vez más vulnerable, la promoción de la salud desarrolla ejes temáticos fundamentales para éste grupo etáreo, sin embargo, es importante el análisis que se haga en cada comunidad o municipio para adecuarlos al contexto local.

Principales ejes temáticos de la promoción de la salud del Adulto Mayor

- Alimentación y nutrición
- Higiene
- Actividad física
- Habilidades para la vida
- Salud sexual y reproductiva

- Buen trato y cultura de paz
- Promoción de la salud mental
- Seguridad vial y cultura de tránsito.

Considerando el ciclo de vida del adulto mayor, el eje de alimentación y nutrición saludable, requiere de normas, orientaciones y guías de alimentación. Respecto de la higiene y medio ambiente, se debe asegurar las condiciones necesarias para proteger el medio ambiente del adulto mayor.

La actividad física es un eje temático muy importante desarrollado con éxito en algunos municipios. Las políticas locales deben fomentar la actividad física como línea transversal en todos los ciclos de vida para garantizar un proceso de envejecimiento activo y saludable.

Se ha creído erróneamente que las habilidades para la vida se adquieren en la niñez y adolescencia y que posteriormente su desarrollo es inútil. Hoy se conoce que éstas se van reforzando con la experiencia, especialmente en la adultez mayor, para posibilitar la etapa de la sabiduría.

Uno de los temas más relegados es el de la salud sexual y reproductiva de las personas mayores, esta es una dimensión importante de su vida que no debe ser obviada. Hay experiencias documentadas que revelan el importante rol que pueden asumir como orientadores en dicho tema al tener experiencias vitales y haber desechado prejuicios.

Promover una cultura de paz y el buen trato implica tanto el respeto a las personas mayores, desarrollando actividades que favorezcan el encuentro e intercambio generacional, como su incorporación como agentes de una cultura de paz en su distrito.

De igual modo, la promoción de la salud mental de las personas adultas mayores requiere de acciones coordinadas intersectoriales para protegerlas de la violencia social, familiar y sexual, así como del abandono del que pueden ser víctimas.

La seguridad vial es otro tema importante, debido a que las estadísticas revelan que un buen número de los accidentes y muertes de personas adultas mayores son causados por accidentes de tránsito. Se requieren normas claras de seguridad y educación vial que las protejan.

Los gobiernos regionales o locales deben promover acciones de salud fomentando y fortaleciendo la organización ciudadana, porque quien ejerce realmente el derecho a la salud es el ciudadano (a), es decir, la propia persona adulta mayor.

PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES¹⁰

La Dirección General para las Personas Adultas Mayores, en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, es la instancia responsable de implementar la política nacional para enfrentar el envejecimiento de la población peruana.

Población peruana que envejece

El envejecimiento de la población es una consecuencia directa de la disminución de las tasas de fecundidad y del aumento de la esperanza de vida al nacer, debido a la disminución de la mortalidad. Entre los problemas, que afectan en mayor grado a la población adulta mayor en el Perú, se encuentran: exclusión de la vida laboral con la consecuente inactividad, desempleo, pobreza y extrema pobreza y en general las inadecuadas condiciones de vida de un gran sector de este grupo social, lo que representa un reto para el establecimiento de políticas y planes inmediatos a fin de evitar el futuro incremento de estos indicadores.

Aunque la población peruana continúa siendo mayormente joven, se estima que el 7,4% de la población cuenta con 60 y más años, cifra que para el año 2020 se proyecta al 11% y para el 2025 se calcula que 12,6 % de la población será adulta mayor. La población total en el país de personas adultas mayores alcanza a 605 902 (7,7%) de los cuales 280 740 son hombres y 325 162 son mujeres. Geográficamente ubicados el 70% en zonas urbanas y 30 % en zonas rurales Lima ocupa el primer lugar en concentrar a dicha población.

Respuesta concertada: Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 –2006, es el documento representativo de la política de Estado y de compromiso concertado entre organizaciones gubernamentales y la sociedad civil en general para la regulación de las políticas, planes, programas y proyectos a favor de las personas adultas mayores. Constituye hasta la fecha el único sustento legal para ejercer la protección y promoción de los derechos civiles, políticos y sociales de las personas adultas mayores por no existir aún en el Perú una ley general para este grupo social.

Objetivos del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores

- Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores.
- Promover la solidaridad con las personas adultas mayores.
- Incrementar los niveles de participación social y política de los adultos mayores.
- Elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor; promover una imagen positiva del envejecimiento y la vejez.

El plan es una estrategia nacional que ha sido diseñada para enfrentar y atenuar las consecuencias del aumento de la población adulta mayor en el país. Se inscribe en el marco legal internacional:

- Primera Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento: Viena 1982.
- Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento: Madrid, del 8 al 12 de abril de 2002.

- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento:
Hacia una
Estrategia Regional de implementación de América Latina y el
Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre
Envejecimiento: Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

Políticas específicas

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores propone cuatro políticas específicas para su implementación y ejecución:

- 1) Envejecimiento saludable, salud, nutrición, tiempo libre.
 - 2) Empleo, previsión y seguridad social.
 - 3) Participación e integración social.
 - 4) Educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.
- Estas políticas requieren de estrategias que orienten las acciones, para enfrentar los desafíos que plantea la situación de las personas mayores en el país:

- Coordinación permanente entre todas las Instituciones responsables de la ejecución del plan.
- Cooperación entre todas las entidades participantes en la ejecución del plan.
- Corresponsabilidad gubernamental y no gubernamental para alcanzar los objetivos y ejecutar las medidas.

Participación de los adultos mayores y sus organizaciones en la implementación del plan.

Estas estrategias permiten establecer convenios institucionales, fortaleciendo alianzas que garanticen el logro de los objetivos y el desarrollo de acciones, también la ejecución de programas específicos de carácter multisectorial como forma de implementación de las medidas consideradas en el plan.

El plan establece un total de 36 medidas específicas a ejecutarse hasta el año 2006 de manera concertada entre las entidades públicas y de la sociedad civil responsable del cumplimiento del plan, entre los que se encuentran los gobiernos locales.

Este plan expresa la política nacional que ha definido el tema como parte integrante del desarrollo sostenible del país, por esto la asignación de recursos para implementar las acciones sobre envejecimiento y vejez son consideradas como una inversión en todos los sectores y niveles. Sin embargo, a dos años de su aprobación, aún su implementación y ejecución efectiva se encuentra en proceso, pese al esfuerzo de los sectores comprometidos en su ejecución y a la labor que viene realizando el MIMDES como ente rector de las políticas a favor de este grupo poblacional.

Dadas éstas condiciones, se requiere de la concertación de voluntades para ejecutar cada una de las medidas del plan y considerar la posibilidad de plantear la ampliación de su vigencia más allá del 2006 acorde con los objetivos y metas fijados.

Normativa nacional sobre los derechos de las Personas Adultas Mayores

LEY N° 28803. EL PRESIDENTE DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA POR CUANTO: EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;
Ha dado la Ley siguiente:

LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 1°.- Objeto de la Ley.

Dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

Artículo 2°.- Definición.

Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad.

Artículo 3°.- Derechos de la Persona Adulta Mayor.

Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:

1. La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
2. Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
3. Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.

4. Participar en la vida social, económica, cultural y política del País
5. El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
6. El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
7. La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
8. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
9. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
10. Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias. Ley de las Personas Adultas Mayores.
11. Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.
12. La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.
13. No ser discriminada en ningún lugar público o privado.

**REGLAMENTO DE LA LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES - D.S. N° 013-2006-MIMDES**

Artículo 1º.- Objeto

El presente Reglamento determina los procedimientos a que se sujetarán las entidades responsables de la implementación de la ley y establece los mecanismos legales para hacer efectivo el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores reconocidos en la Constitución Política del Perú, en los Tratados Internacionales vigentes y en la Ley N° 28803.

Artículo 2º.- Referencia

Cuando en el presente Reglamento se mencione la palabra "Ley" se entenderá que se está haciendo referencia a la Ley N° 28803 – Ley de las Personas Adultas Mayores.

Artículo 3º.- Definiciones

Atención Preferente a la Persona Adulta Mayor: Práctica que comprende priorizar la atención a la persona adulta mayor mediante un trato adecuado. Ello implica ofrecer a la persona adulta mayor, cuando es usuario del servicio, que se presta, un trato cordial, respetuoso, estando atento a sus necesidades, proporcionándole información oportuna y procurando que comprenda los procedimientos y acciones a realizar para lograr su interés.

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 personal 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.

Cultura Provisional: La incorporación de patrones de comportamiento que privilegian el ahorro individual para hacer frente, y por anticipado, a las diversas contingencias que se pudieran presentar o se van a presentar a lo largo de la vida, como estudios, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y muerte.

Discriminación: Trato diferenciado que se da a una persona por determinadas cuestiones, que no obedece a parámetros objetivos ni a criterios de razonabilidad y proporcionalidad, lo que imposibilita su acceso a oportunidades esenciales a las que otros, en su misma condición acceden.

Entidad: Persona Jurídica de derecho público o de derecho privado constituida de acuerdo al marco legal vigente.

Familia: Institución natural, conformada por un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco. Es la célula básica de la sociedad.

Tratado Internacional: Acuerdo suscrito entre dos o más Estados.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS SUGERIDOS

Se proponen seis líneas de acción: empleo y protección social, participación e integración social, educación y ciudadanía, entornos saludables, estilos de vida saludable, nutrición, tiempo libre y cuidados de la salud.

Empleo y protección social

La población adulta mayor en nuestro país presenta serias desventajas sociales respecto al acceso al empleo, recibe pensiones

mínimas y en muchos casos no cuentan con seguridad social. Las municipalidades deberían:

- Implementar programas de capacitación para el desarrollo de habilidades laborales, que les permita actualizarse y en casos obtener una recalificación facilitando su permanencia o reinserción laboral.
- Crear una oferta de servicios municipales, de personas adultas mayores, a la comunidad.
- Favorecer el acceso a líneas de crédito para que implementen micro y medianas empresas, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y apoyo de instituciones privadas.

Participación e integración social

Las personas adultas mayores tienen mucho que aportar en beneficio del desarrollo local. Involucrarlas en la vida comunitaria implica fortalecer los vínculos entre las generaciones, promoviendo una cultura del respeto y valores hacia los mayores. Los municipios deberían:

- Desarrollar campañas de información y sensibilización hacia la comunidad y las familias a fin de que se comprenda la importancia de involucrar a las personas adultas mayores en la vida familiar y comunitaria; reduciendo los riesgos de soledad y aislamiento social. Generar las condiciones para la creación, el fortalecimiento y la sostenibilidad de organizaciones, asociaciones o redes de personas adultas mayores.

- Integrar a las personas adultas mayores de la comunidad a través de programas que recuperen su capacidad como agentes sociales de la vida comunitaria.
- Promover actividades intergeneracionales en colegios y espacios comunitarios.
- Incorporar los intereses y expectativas de las personas mayores en los servicios que ofrecen las organizaciones no gubernamentales, la empresa privada y los gobiernos.
- Impulsar la organización y actividades de voluntariado de personas adultas mayores para el apoyo social a los menos favorecidos de su grupo etario.

Educación y ciudadanía

Las personas adultas mayores tienen acumulada una experiencia y conocimiento de vida que debe ser recuperados como potencial; así mismo, tienen el derecho de elevar sus niveles educativos y ser integradas a la vida comunitaria, ejerciendo sus derechos de ciudadanía. Los municipios deben: Facilitar el acceso de las personas mayores a la alfabetización, considerando sus necesidades e intereses.

- Fomentar el acceso de las personas mayores a programas de educación superior.
- Diseñar e implementar programas intergeneracionales a nivel comunal de consejería, intercambio de experiencias, conocimientos, habilidades y valoración étnica, en centros educativos.

- Crear y fomentar las actividades de las personas mayores jubiladas, cuya experiencia laboral y profesional sea un apoyo efectivo y eficaz para grupos generacionales más jóvenes.
- Promover el rol de las personas mayores en la transmisión de la cultura e historias locales a las nuevas generaciones posibilitando la conservación de las tradiciones y las raíces de las comunidades locales.
- Incorporar a las personas mayores en el diseño y monitoreo de las políticas que las afectan, mediante su participación con derecho a voz y voto en los consejos consultivos o asesores de las instituciones encargadas de los asuntos de la vejez a nivel nacional.

Entornos saludables

Para que las personas adultas mayores alcancen una vida saludable requieren que sus entornos físicos, sociales y psicológicos, les provean las condiciones adecuadas. En este sentido, las municipalidades deberían:

- Implementar normas que permitan la eliminación progresiva de barreras arquitectónicas, urbanísticas y de acceso al transporte público que permitan y faciliten la integración social de las personas adultas mayores a la vida cotidiana.
- Disminuir los riesgos de accidentes de tránsito en las personas mayores, a través de la educación peatonal y de conductores, la señalización adecuada de las vías públicas y los vehículos apropiados para el transporte de pasajeros.

- Fomentar en la comunidad, las escuelas y las familias valores como la tolerancia y el respeto a las personas adultas mayores, sin distinción de su condición social, género u etnia, u otras.
- Promover el buen trato en el entorno social y familiar, evitando el maltrato físico o psicológico.
- Facilitar espacios adecuados para el encuentro y la integración social de las personas mayores.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Con el propósito favorecer los factores que protegen la salud, se deben fomentar el desarrollo y mantenimiento de estilos de vida saludables en la población, que contribuyan a lograr un envejecimiento activo, saludable y productivo. Los municipios deberían:

Promover esfuerzos de carácter promocional-preventivo para el autocuidado y el cuidado mutuo, para generar estilos de vida saludable, el uso adecuado de las aptitudes físicas y una relación armónica con el medio ambiente.

- Promover una alimentación balanceada, prácticas de salud, en particular de salud sexual y reproductiva, conducentes a una mejor calidad de vida en el proceso de envejecimiento.
- Capacitar a las familias en educación alimentaria y promover la difusión de guías alimentarias para las personas adultas mayores, fortaleciendo los principios básicos de una buena nutrición y una vida saludable.

- Implementar comedores para las personas adultas mayores de escasos recursos, en trabajo coordinado con entidades públicas y privadas, evitando que pasen hambre.
- Promover campañas informativas sobre los efectos nocivos del tabaco y el alcohol en la salud y programas de ayuda para superar las adicciones.
- Promover la valorización del tiempo libre de las personas adultas mayores y facilitar la implementación de espacios que favorezcan el potenciamiento de las aptitudes físicas, psíquicas y sociales.
- Desarrollar programas con actividades deportivas, recreativas y culturales a costos reducidos para la población adulta mayor.
- Promover y apoyar los programas que incorporen a la población adulta mayor en las actividades turísticas, permitiendo el esparcimiento y la integración social.

CUIDADOS DE LA SALUD

Se sabe que la salud en la vejez es el resultado de la forma en que se ha vivido a lo largo de la vida y que las enfermedades crónicas y discapacidades pueden ser reducidas mediante acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por esto los municipios deberían:

- Propiciar un mayor conocimiento acerca de los riesgos propios de la vejez y de los cuidados necesarios para el bienestar físico y psicológico que beneficien la autonomía.

- Implementar programas para que las personas y sus familias tengan mayor interés sobre su salud mediante campañas de información y educación para la salud.
- Generar la colaboración multisectorial local para el desarrollo de actividades de promoción de salud para las personas mayores.
- Establecer un trabajo intersectorial a fin de que los servicios de atención primaria en salud se potencien.
- Facilitar la implementación de programas de salud mental, en el marco de la atención primaria, con énfasis en la promoción, prevención y diagnóstico tempranos, que incluyan programas de base comunitaria.

ESTRATEGIAS

La implementación de políticas municipales requiere de estrategias que orienten el rumbo que tomarán las acciones municipales frente el problema del envejecimiento de la población, entre las cuales destacan: Los marcos normativos, la institucionalización, la asignación de presupuesto y recursos, y la construcción de alianzas.

MARCOS LEGALES

En el contexto de los marcos legales internacionales y regionales, resultado de foros y encuentros, el Perú define una política de Estado con Lineamientos y el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 - 2006. En dicho plan se señala las

competencias que les son conferidas a los diferentes sectores e instituciones, entre ellos los gobiernos locales.

Los gobiernos locales, en el marco del Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores y la Ley de Municipalidades 27972, establecen políticas municipales, como medidas que se implementan para garantizar las condiciones que determinan entornos y estilos de vida favorables a la salud, contribuyendo al envejecimiento activo, saludable y productivo de la población en general, y la protección de la población adulta mayor en especial.

INSTITUCIONALIZACIÓN

La implementación de políticas municipales para el envejecimiento y las personas adultas mayores, expresa la voluntad política del alcalde y sus autoridades municipales, quienes colocan el tema en la agenda de desarrollo local, como parte de la visión del municipio.

En este marco, se crea la instancia municipal responsable de desarrollar las acciones que enfrenten el envejecimiento de su población y atender la problemática de las personas adultas mayores.

Esta instancia queda incorporada en la estructura orgánica municipal, definida en el manual de organización y funciones del municipio, como jefatura, área o programa, que depende de gerencias como la de Desarrollo Humano u otra coherente al enfoque que el municipio otorga al tema.

ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO Y RECURSOS HUMANOS

La asignación de recursos en la implementación de las políticas y acciones sobre envejecimiento y vejez es considerada como una inversión, que combina adecuadamente criterios técnicos y políticos, con relación a los factores económicos y sociales implicados en la problemática.

La instancia responsable del envejecimiento de la población, como parte del plan operativo municipal, recibe una asignación de presupuesto, cuenta con recursos humanos especializados, materiales e infraestructura adecuada. Estas medidas garantizan el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas, haciendo sostenibles las acciones.

CONSTRUCCIÓN DE ALIANZAS

La construcción de las alianzas estratégicas se realiza por un objetivo común: enfrentar colectivamente el envejecimiento de la población. Estas alianzas fomentan la cooperación, suman y potencian los esfuerzos de las diversas instituciones involucradas en dar algún tipo de respuesta al problema.

Los gobiernos locales, como instancias de carácter político y administrativo, permiten la articulación entre organismos de los distintos sectores públicos y de la sociedad civil.

Las alianzas estratégicas se establecen con: instituciones de salud y otras entidades públicas, con organismos no gubernamentales, con agencias de cooperación, escuelas y

universidades, grupos religiosos, medios de comunicación masivos y empresa privada, entre otras.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ADULTO MAYOR:** persona comprendida entre los 60 a más años de edad.
- **SALUD DE LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES:** Según MINDES las personas que envejecen no en términos de déficit sino en términos de su capacidad funcional.
- **PERSONA ADULTO MAYOR AUTOVALENTE:** es aquella persona adulto mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado y actividades instrumentales para la vida diaria.
- **PERSONA ADULTO MAYOR FRÁGIL:** Se define aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y ha presentado mayor morbilidad y mortalidad.
- **PERSONA ADULTO MAYOR DEPENDIENTE O POSTRADA:** Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- **ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL:** Se debe distinguir en envejecimiento individual como proceso que inicia en el nacimiento y

termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales de variadas consecuencias.

- **DEPRESIÓN:** Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y de disfrutar de las cosas, cansancio y fatiga, que empobrece la calidad de vida
- **ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:** Con el propósito de favorecer los factores que protegen la salud en la población, que contribuyan a lograr un envejecimiento activo, saludable y productivo.
- **CUIDADOS DE LA SALUD:** Se sabe que la salud en la vejez es el resultado de la forma en que se ha vivido a lo largo de la vida y que las enfermedades crónicas y discapacidades pueden ser reducidas mediante acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Una eficiente participación de la enfermera fortalecerá el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. 2017

2.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:**
 - Participación de la enfermera.

- **VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Cumplimiento de la estrategia sanitaria.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
X.1. PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA.	BUENA	-Conoce.
	REGULAR	- Conoce medianamente.
	MALA	-Desconoce.
Y.1. CUMPLIMIENTO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA	CUMPLE	- Aplica adecuadamente la norma.
	NO CUMPLE	-No aplica adecuadamente la norma.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es Básica porque ampliaremos el ámbito de los conocimientos fundamentales respecto a la salud y bienestar de los adultos mayores. Y el Nivel de Investigación fue Correlacional porque se examinó el grado de relación entre las variables.

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método empleado fue el Descriptivo, que tiene por objetivo identificar, clasificar, relacionar y delimitar las variables que operan en una situación determinada.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El Diseño trabajado fue el Cuasi experimentales puesto que se manipuló la variable independiente para ver su efecto y relación con la variable dependientes.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por las personas adultos mayores de la provincia de Tarma. La muestra fue constituida por 115 pacientes adultos mayores que recibieron atención médica en el Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA los meses comprendidos de junio a agosto del 2017.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **ENTREVISTA:** Las preguntas se formularán en persona, durante la entrevista, se harán preguntas para obtener información detallada sobre el participante acerca del tema en estudio. Las preguntas pueden ser similares a las formuladas en una encuesta.
- **CUESTIONARIO:** Es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Aunque a menudo están diseñados para poder realizar un análisis estadístico de las respuestas. Es un conjunto de preguntas elaboradas, para la recolección de datos aplicadas a través de una encuesta directa a los adultos mayores.
- **GUÍA DE OBSERVACIÓN:** Según PINEDA E.B. ET AL en “Metodología de la Investigación” (1994: 126) indica:
“Es el registro visual de los que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se

estudia. Generalmente se observa características y condiciones de los individuos conductas actividades o factores ambientales”.

RAUL TAFUR PORTILLA, en “La Tesis Universitaria” (1995: 214) conceptúa: “La Observación es una técnica de recopilación de datos semi primaria por la cual el investigador actúa sobre los hechos a veces con la ayuda de algún instrumento. Los hechos están ocurriendo hasta cuando el investigador observa: la observación permite el logro de la información en las circunstancias que ocurren los hechos y o cuando estos ya pasaron”.

- **REGISTRO DE DATOS:** En informática, o concretamente en el contexto de una base de datos relacional, un registro (también llamado fila o tupla) representa un objeto único de datos implícitamente estructurados en una tabla. En términos simples, una tabla de una base de datos puede imaginarse formada de filas y columnas o campos. Cada fila de una tabla representa un conjunto de datos relacionados, y todas las filas de la misma tabla tienen la misma estructura.

Un registro es un conjunto de campos que contienen los datos que pertenecen a una misma repetición de entidad. Se le asigna automáticamente un número consecutivo (número de registro) que en ocasiones es usado como índice, aunque lo normal y práctico es asignarle a cada registro un campo clave para su búsqueda.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la recolección de datos del estudio de investigación se usó las siguientes técnicas:

- **LA ENTREVISTA.** - Se establecerá una comunicación directa entre investigador y el paciente adulto mayor que asisten al Hospital Félix Mayorca Soto, tiene importancia desde el punto de vista educativo; los resultados a lograr en la misión dependen en gran medida del nivel de comunicación entre el investigador y los participantes en la misma.

- **LA ENCUESTA.** - La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración de los pacientes adultos mayores que asisten al Hospital Félix Mayorca Soto. En la encuesta a diferencia de la entrevista, el encuestado lee previamente el cuestionario y lo responde por escrito, en esta oportunidad se realizó con la intervención directa de la persona que lo acompaña o los que colaboran en la investigación por ser personas mayores.

Para el procesamiento de los datos se utilizó los modelos estadísticos y gráficos de tipo descriptivo, de análisis e interpretación de datos estadísticos obtenidos después de aplicados los instrumentos, elaboración del cuadro general de seguimiento y tabulación de datos cuantitativos y porcentuales.

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Método estadístico, con el uso del programa de Excel.

TABLA N° 1

Fórmulas Estadísticas a usar.

Nº	Estadígrafos	Formulas Estadísticas	Símbolos
1	Media aritmética de datos agrupados	$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot x}{n}$	\bar{X} = Media aritmética X = Valor central o punto medio de cada clase. f = Frecuencia en cada clase. $\sum f \cdot x$ = Sumatoria de los productos de las frecuencias en cada clase multiplicada por el punto medio de ésta. n = Número total de frecuencias.
2	Desviación estándar muestral para datos agrupados	$s = \sqrt{\frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{n}}{n-1}}$	s = Desviación estándar muestral X = Punto medio de una clase f = Frecuencia de clase n = Número total de observaciones en la muestra.

Para la Validación Estadística se aplicó la PRUEBA DE KARL PEARSON con la Fórmula siguiente para el cálculo de la correlación. Y LA DISTRIBUCIÓN DE JI CUADRADO.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE KARL PEARSON

$$r = \frac{(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2] [(n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

PARA LOS CÁLCULOS DE JI CUADRADO, se emplea la siguiente fórmula:

$$X^2 = \sum [(fo - fe)^2]$$

fe

Dónde:

fo = es la frecuencia observada en una categoría específica.

fe = es la frecuencia esperada en una categoría específica.

3.7 SELECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN VALIDEZ

Con la finalidad de dar consistencia a la investigación de carácter científico, los instrumentos propuestos deben ser confiables y válidos, por ello la validez es una forma de dar seguridad por ello debe ser sometido a evaluación.

Bajo los fundamentos de validez de Shadish, Cook y Campbell (2001), (51) quienes fundamentan que todo instrumento antes de aplicarlos debe ser sometidos a un proceso de validación, asimismo mencionan que la validez es un concepto unitario y propone que deben reunirse distintas evidencias para construirlo y describen una serie de amenazas potenciales a las conclusiones de la investigación; amenazas que permiten especificar los criterios de inclusión en estos apartados fundamentales. Las partes iniciales del informe, propias del nivel teórico-conceptual, vendrán marcadas fundamentalmente por la validez de constructo, esto es, las razones por las que pueden ser incorrectas las inferencias sobre los constructos que caracterizan las operaciones del estudio.

Así la investigación encontró la validez en los siguientes procedimientos:

- a. Validación de constructo: los instrumentos responden a los procedimientos de operacionalización de las variables desagregadas en dimensiones, indicadores y los reactivos correspondientes.
- b. Los instrumentos responden al objetivo de la investigación dado que este busca Determinar el grado de participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del

adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN.
2017.

- c. Validación de expertos. En este procedimiento se citó a docentes expertos de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- d. Las observaciones que se emitieron los expertos facilitaron el mejoramiento de las dimensiones, indicadores e ítems para la construcción final de los instrumentos.
- e. Las calificaciones indican una alta consistencia y se puede catalogar como bueno y muy bueno con lo que se considera aplicable para la investigación, quedando incluidos en el cuestionario los ítems donde hubo el 100% de coincidencia favorable entre los expertos, así como se eliminaron los ítems donde hubo el 100% de coincidencia desfavorable

CONFIABILIDAD.

Para Montero y León (2002) (52) la confiabilidad es la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes cuando las características que se miden no cambian, y estos tienen la posibilidad de medir algo en forma consistente o confiable, de un test para demostrar consistencia y estabilidad en las puntuaciones, de manera que la comprensión del fenómeno se va haciendo más precisa y comienzan a emerger los datos resaltantes de la situación, y la teoría comienza a ser fundamentada.

Para lograr, la validez el instrumento se sometió a una prueba piloto, a un grupo de pacientes adultos mayores que acuden al Centro

Médico de Es Salud, quienes no participaron de la investigación, los datos fueron recolectados mediante la aplicación del test utilizado, estos datos se tabularon y se procesaron mediante la aplicación de los procedimientos estadísticos cuyos resultados alcanzaron un alfa de 0.87 lo que indica consistencia para su aplicabilidad en la investigación.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital FELIX MAYORCA SOTO, RUC 20171344269, Razón Social Región Junín Salud Tarma con dirección en Av. Pacheco 362.

La provincia de Tarma es una de las nueve que conforman el departamento de Junín en el Perú. Limita por el Norte con la provincia de Junín; por el Este con la provincia de Chanchamayo; por el Sur con la provincia de Jauja; y, por el Oeste con la provincia de Yauli.

La Provincia de Tarma se ubica entre sierra y selva andino-amazónica, extendiéndose aproximadamente desde los 4000 msnm (Tierra fría o Quechua) hasta los 1000 msnm (Tierra caliente o Yunga). Alberga al Santuario Nacional Pampa Hermosa.

4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRABAJO DE CAMPO

Cuadro N° 01

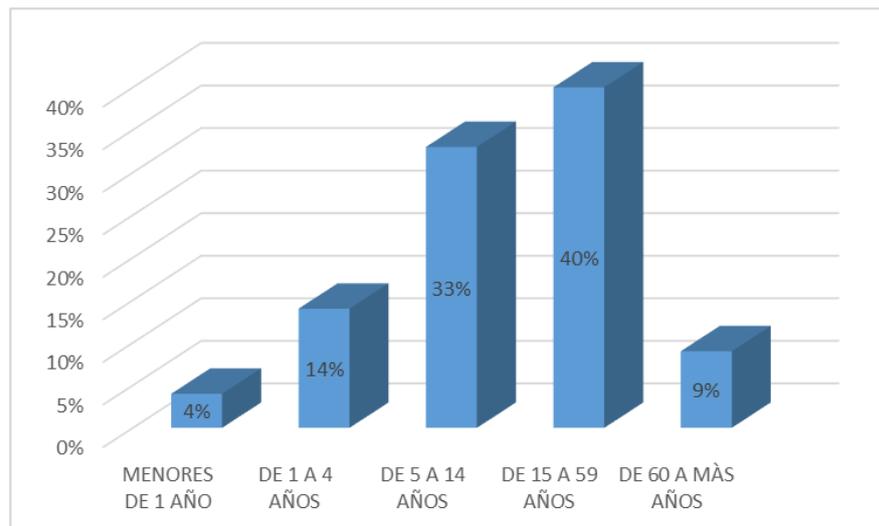
**ASISTENCIA DE LA POBLACION POR EDADES AL HOSPITAL FELIX
MAYORCA SOTO – TARMA**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENORES DE 1 AÑO	52	4
DE 1 A 4 AÑOS	187	14
DE 5 A 14 AÑOS	426	33
DE 15 A 59 AÑOS	522	40
DE 60 A MÀS AÑOS	115	9
TOTAL	1302	100

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 01

**ASISTENCIA DE LA POBLACION POR EDADES AL HOSPITAL FELIX
MAYORCA SOTO – TARMA**



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

La asistencia al Hospital Félix Mayorca Soto durante los meses junio – agosto 2017 de los cuales de 5 a 14 años es de 426 y de 15 a 59 años es de 522, que acuden para recibir asistencia de salud por diversos daños y

115 son pacientes adultos mayores lo que constituye nuestra población muestral.

Cuadro N° 02

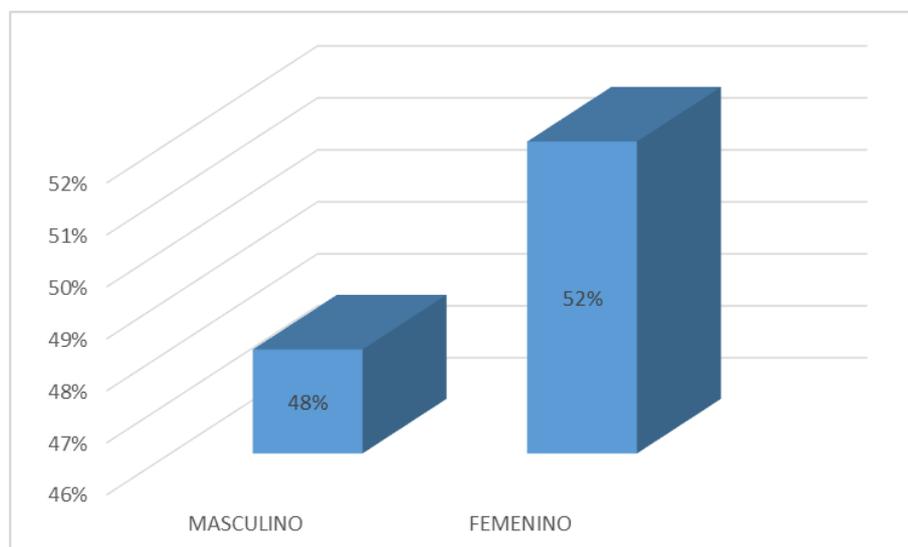
ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	55	48
FEMENINO	60	52
TOTAL	115	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 02

ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA



INTERPRETACION:

Se observa que el sexo predominante es el femenino, con un 52.2 % (60).

El sexo masculino obtuvo un 47.8 % (55).

Cuadro N° 03

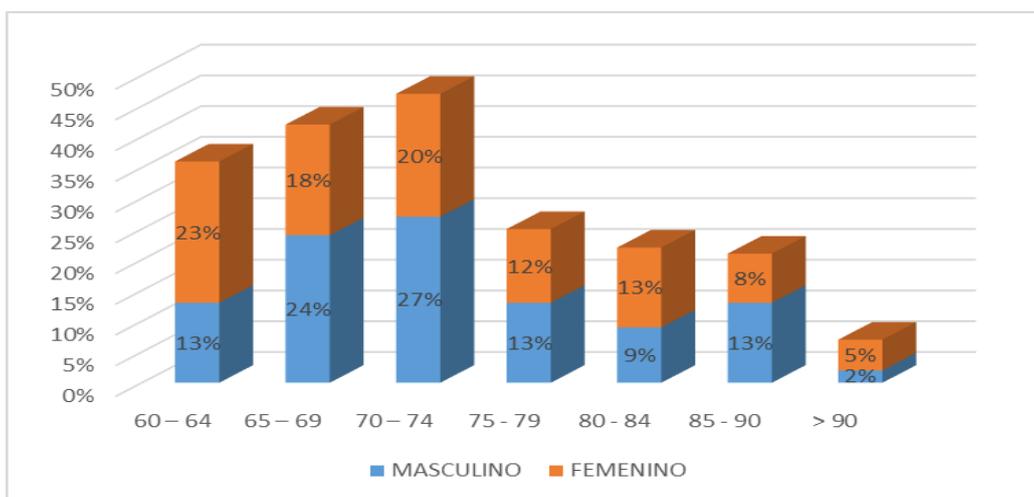
ASISTENCIA POR EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA

SEXO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 – 64	7	13	14	23	21	18
65 – 69	13	24	11	18	24	21
70 – 74	15	27	12	20	27	23
75 – 79	7	13	7	12	14	12
80 – 84	5	9	8	13	13	11
85 – 90	7	13	5	8	12	10
> 90	1	2	3	5	4	3
TOTAL	55	48	60	52	115	100

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 03

ASISTENCIA POR EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

Se evidencia que la mayor concentración de casos, para ambos sexos, correspondió al grupo de 70-74 años con un 23% (27), seguido por el grupo

de 65-69 años con un 21% (24), un 18% (21) para el grupo de 60-64 años, un 12% (14) para el grupo de 75-79 años, un 11% (14) para el grupo de 80-84 años, un 10 % (12) para el grupo de 85-90 años. El grupo de edad más reducido corresponde al de Mayores de 90 años, con un 3% (4).

La población de adulto mayor que asiste al Hospital Félix Mayorca Soto se constituye un grupo de riesgo, que requiere enfatizar en la asistencia de la promoción de la salud para facilitar una calidad de vida eficaz, optima y de menos riesgo.

Cuadro N° 04

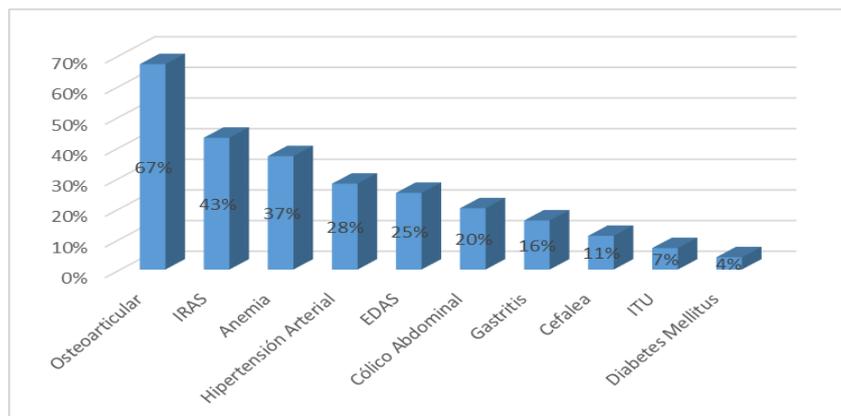
FRECUENCIA DE DAÑOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA MEDICA EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA

PATOLOGÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Osteoarticular	79	69
IRAS	49	43
Anemia	43	37
Hipertensión Arterial	32	28
EDAS	29	25
Cólico Abdominal	23	20
Gastritis	18	16
Cefalea	13	11
ITU	8	7
Diabetes Mellitus	4	4

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 04

FRECUENCIA DE DAÑOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA MEDICA EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

En orden de frecuencia de daños de pacientes que acudieron a su consulta médica encontradas fueron, las afecciones osteoarticulares en primer lugar con un 69% (79), seguido por las IRAS con un 43% (49), un 37 % (43) para la Anemia, un 28% (32) para la Hipertensión Arterial, en menor frecuencia encontramos a las EDAS con un 25% (29), Cólico Abdominal con un 20 % (23), Gastritis con un 16 % (18), Cefalea con un 11 % (13) , ITU con un 7% (8) y Diabetes Mellitus con un 4% (4).

Cuadro N° 05

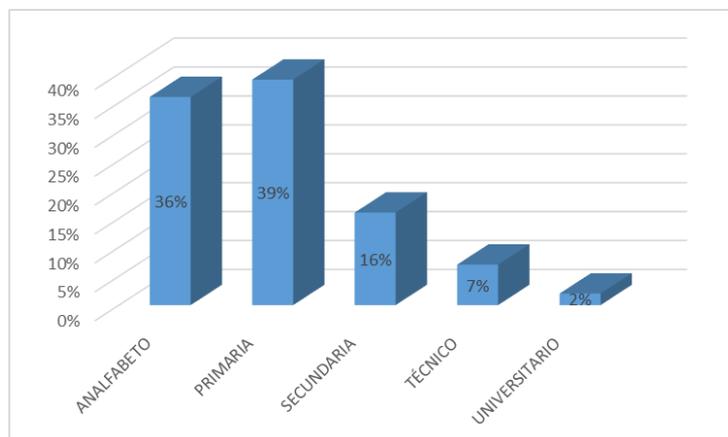
ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETO	41	36
PRIMARIA	45	39
SECUNDARIA	18	16
TÉCNICO	9	7
UNIVERSITARIO	2	2
TOTAL	115	100

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 05

ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

Se observa que la mayor parte de la población tiene un grado de instrucción primaria con un 39% (45), seguido por el analfabetismo con un 36 % (41), un grado de instrucción secundaria un 16% (18), , a nivel Técnico un 7% (9) y tan solo un 2 % (2) corresponden a Estudios Universitarios, no siendo factor determinante

Cuadro N° 6

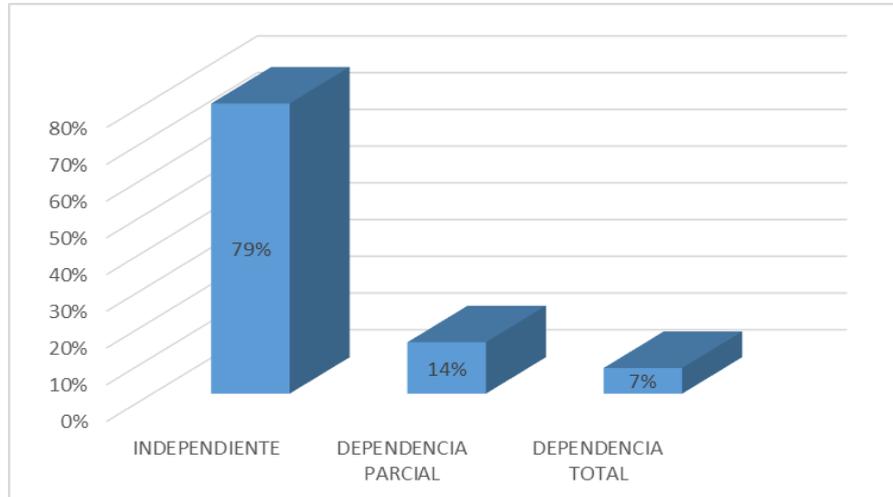
ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA

NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDEPENDIENTE (SOLO)	91	79
DEPENDENCIA PARCIAL (A VECES)	16	14
DEPENDENCIA TOTAL	8	7
TOTAL	115	100

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 6

**ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN
NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL HOSPITAL FELIX
MAYORCA SOTO – TARMA**



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

Se observa que la mayoría de la población Adulta Mayor es independiente para realizar las actividades de la vida diaria, con un 79 % (91), seguido con un 14 % (16) que tienen dependencia Parcial, y un 7 % (8) que tienen dependencia total.

La necesidad de asistir al hospital es cuando el paciente adulto mayor va por sus propios medios y realiza sus actividades en forma individualizada, la dependencia parcial es cuando acude al hospital en algunas ocasiones acompañado por un familiar y realiza algunas actividades con apoyo de acompañamiento familiar y la dependencia total es cuando requiere obligatoriamente de una persona permanente para el traslado al hospital y en otras actividades.

Cuadro N° 7

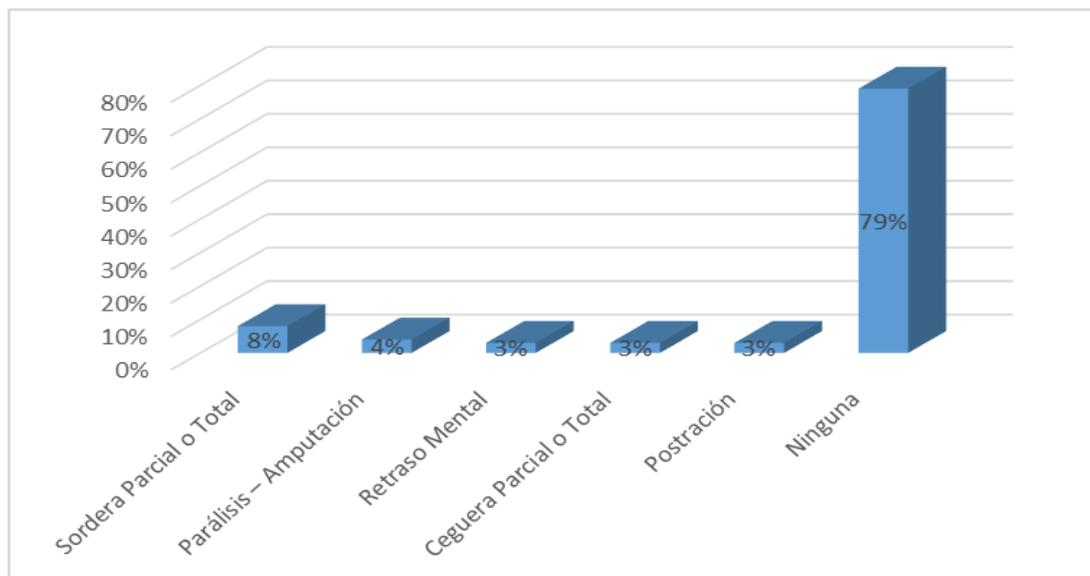
ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN DISCAPACIDAD FISICA EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA

DISCAPACIDAD FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sordera Parcial o Total	9	8
Parálisis – Amputación	5	4
Retraso Mental	4	3
Ceguera Parcial o Total	3	3
Postración	3	3
Ninguna	91	79
TOTAL	115	100

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 7

ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN DISCAPACIDAD FISICA EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

Se observa que el 79% de la población de Adultos Mayores del Hospital Félix Mayorca Soto no tienen ninguna discapacidad. La principal discapacidad encontrada fue la Sordera ya sea Parcial o Total con un 8% (8), seguida de la Parálisis-Amputación con un 4% (5), un 3 % (4) para el

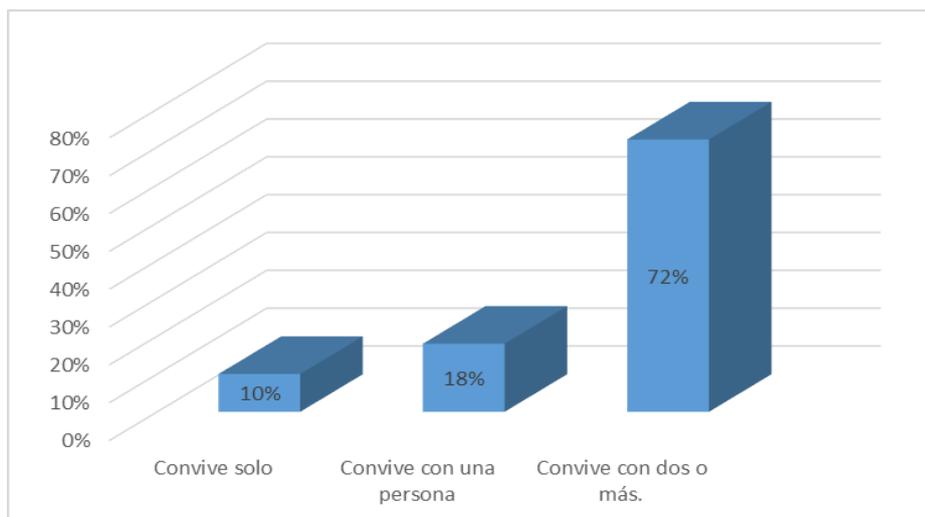
Retraso Mental y por último la ceguera y la Postración ambas con un 3% (3).

Cuadro N° 8
ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN
CONVIVENCIA FAMILIAR EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO –
TARMA

DISCAPACIDAD FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
vive solo sin familia	11	10
Convive con una persona	21	18
Convive con dos o más.	83	72
TOTAL	115	100

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 8
ASISTENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SEGÚN
CONVIVENCIA EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA



Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

Se observa que un 72% (83) de los pacientes Adultos Mayores conviven con dos o más personas, un 18% (21) convive con una persona, y un 10% (11) convive solo.

En cuanto a las condiciones de la vivienda se observa que un 43% convive en casas que tienen Buenas condiciones, un 34% en casas de Regular estado y un 23% conviven en casas de Malas condiciones.

Cuadro N° 9

CUMPLIMIENTO DE LOS EJES TEMATICOS POR PARTE DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCION DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR.

EJES TEMATICOS	SI CUMPLE	A VECES	NO CUMPLE
1.ALIMENTACION Y NUTRICION		X	
2.HIGIENE	X		
3.ACTIVIDAD FISICA			X
4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	X		
5. BUEN TRATO Y CULTURA DE PAZ.		X	
6. PROMOCION DE LA SALUD MENTAL	X		
7.SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRANSITO			X

Fuente: Ficha de encuesta realizada por los investigadores.

INTERPRETACION:

- En el presente cuadro observamos el cumplimiento de los ejes temáticos por parte de la enfermera en la promoción de la salud del adulto mayor, en el que cumple siempre el eje temático es de higiene, salud sexual y reproductiva, promoción de la salud mental, a veces cumple el eje de temático de alimentación y nutrición, buen trato y cultura de paz, nunca cumple actividad física y seguridad vial y cultura de tránsito.

Cuadro N° 10

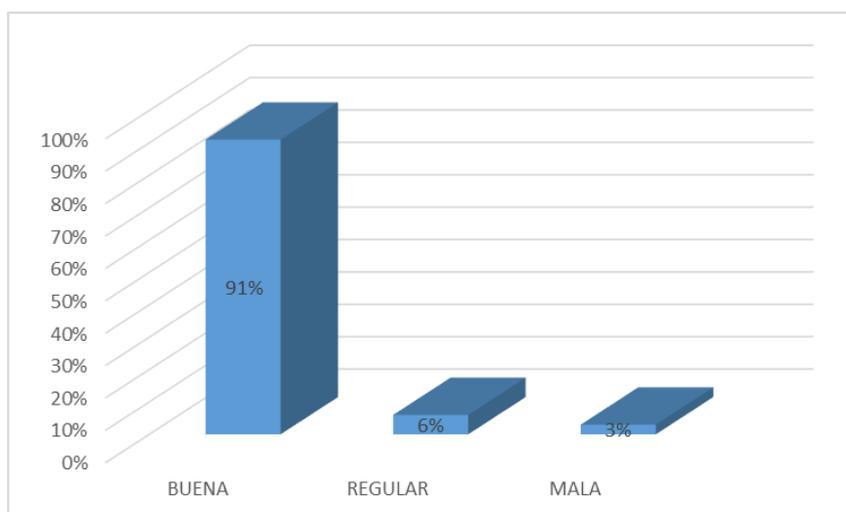
OPINION SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE ADULTO MAYOR

OPINION DE LOS PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	105	91%
REGULAR	7	6%
MALA	3	3%
TOTAL	49	100%

FUENTE: encuesta realizada por los investigadores.

Gráfico N° 10

OPINION SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE ADULTO MAYOR



FUENTE: encuesta realizada por los investigadores

INTERPRETACIÓN:

En relación al gráfico, según la opinión sobre la participación de la enfermera en la asistencia al adulto mayor se observa que de un total de 115 de pacientes, el 91% (105) refiere que es buena, el 6% (7) regular y el 3% (3) que es mala la participación de la enfermera.

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis

H = Una eficiente participación de la enfermera fortalecerá el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. 2017

Pruebas de chi cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,275 ^a	1	,600		
Corrección por continuidad ^b	,043	1	,835		
Razón de verosimilitudes	,267	1	,605		
Estadístico exacto de Fisher				,752	,406
Asociación lineal por lineal	,272	1	,602		
N de casos válidos	82				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La

frecuencia mínima esperada es 4,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

- Existe relación significativa entre la participación de la enfermera y el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: chi cuadrado

$$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,058	,600
	V de Cramer	,058	,600
N de casos válidos		82	

Medidas simétricas

El coeficiente Phi nos permite evaluar el grado de asociación entre dos variables, oscila entre 0 y 1.

La V de Cramer oscila entre 0 y 1 (valores cercanos a 0 indican no asociación y los próximos a 1 fuerte asociación).

INTERPRETACIÓN:

En el Cuadro, se presenta la prueba de hipótesis para probar la relación significativa que una eficiente participación de la enfermera fortalecerá el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor.

La prueba resultó ser significativa ($p < 0.05$). Por lo que se sostiene que hay Relación entre dichas variables.

4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- Según Aranibar Paula. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Proyecto Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y Centro. La población mayor de 60 años sobrepasa ya el 7%, grupo que ha experimentado un notable incremento proporcional en los últimos años, especialmente en las principales ciudades del país. La estructura poblacional entre los

últimos dos censos realizados, muestra un estrechamiento de la base de las pirámides poblacionales, lo que refleja una disminución de la natalidad. En el trabajo de investigación según La asistencia al Hospital Félix Mayorca Soto durante los meses junio – agosto 2017, se registró a pacientes de 5 a 14 años en un total de 426 y de 15 a 59 años de 522, que acuden para recibir asistencia de salud por diversos daños y 115 son pacientes adultos mayores lo que constituye nuestra población muestral. También refiere el autor que la población de Adultos mayores a nivel nacional e internacional se caracteriza por un mayor número de representantes del sexo femenino y por la disminución de esta a medida que avanza la edad y se sobrepasa la expectativa de vida, Otros autores igualmente han reportado predominio del sexo femenino, explicado sobre la base de la mayor preocupación de la mujer por su salud y por la protección estrogénica. Como se observa en nuestro trabajo que el sexo predominante es el femenino, con un 52% (60). El sexo masculino obtuvo un 48% (55).

- Según la OMS en 2003 en su Informe de Salud en el Mundo, donde se recoge que para los próximos 25 años la población de 60-65 años o más crecerá de forma global en un 2,6%. (Instituto Nacional de Estadísticas. Página web <http://www.ine.gob.bo/>). Y en el trabajo de investigación Se evidencia que la mayor concentración de casos, para ambos sexos, correspondió al grupo de 70-74 años con un 23% (27), seguido por el grupo de 65-69 años con un 21% (24), un 18% (21) para el grupo de 60-64 años, un 12% (14) para el grupo de 75-79 años, un

11% (14) para el grupo de 80-84 años, un 10 % (12) para el grupo de 85-90 años. El grupo de edad más reducido corresponde al de Mayores de 90 años, con un 3% (4). La población de adulto mayor que asiste al Hospital Félix Mayorca Soto se constituye un grupo de riesgo, que requiere enfatizar en la asistencia de la promoción de la salud para facilitar una calidad de vida eficaz, óptima y de menos riesgo.

- Según Padilla Nieto, Ernesto. Manual de Salud Física del Adulto Mayor. México. Editorial Plaza y Valdez, 2002. El buen envejecimiento o envejecimiento sano no depende únicamente de la ausencia de enfermedades, sino también de la ausencia, presencia o gravedad de otros factores que faciliten el desarrollo de los mismos.

La posibilidad de que existan ancianos sanos ha suscitado amplios debates en la actualidad, pues los cambios que acompañan al proceso de envejecimiento provocan insuficiencias funcionales en los ancianos. Esto entorpece como es natural el desenvolvimiento físico y social, lo que hace difícil hablar de "ausencia de enfermedad" o "pleno bienestar", por lo que la salud en los seniles se valora como la capacidad de atenderse a sí mismos y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad. Y los pacientes adultos mayores en orden de frecuencia de daños que acudieron a su consulta médica encontradas en el Hospital Felix Mayorca Soto fueron, las afecciones osteoarticulares en primer lugar con un 69% (79), seguido por las IRAS con un 43% (49), un 37 % (43) para la Anemia, un 28% (32) para la Hipertensión Arterial, en menor frecuencia encontramos a las EDAS

con un 25% (29), Cólico Abdominal con un 20 % (23), Gastritis con un 16 % (18), Cefalea con un 11 % (13) , ITU con un 7% (8) y Diabetes Mellitus con un 4% (4).

- En nuestro trabajo aplicamos la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), debido a que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems, también ha demostrado utilidad como método de valoración objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes. Se observa que la mayoría de la población Adulta Mayor es independiente para realizar las actividades de la vida diaria, con un 79 % (91), seguido con un 14 % (16) que tienen dependencia Parcial, y un 7 % (8) que tienen dependencia total. La necesidad de asistir al hospital es cuando el paciente adulto mayor va por sus propios medios y realiza sus actividades en forma individualizada, la dependencia parcial es cuando acude al hospital en algunas ocasiones acompañado por un familiar y realiza algunas actividades con apoyo de acompañamiento familiar y la dependencia total es cuando requiere obligatoriamente de una persona permanente para el traslado al hospital y en otras actividades. Y que el 79% de la población de Adultos Mayores del Hospital Félix Mayorca Soto no tienen ninguna discapacidad. La principal discapacidad encontrada fue la Sordera ya sea Parcial o Total con un 8% (8), seguida de la Parálisis-Amputación con un 4% (5), un 3 % (4) para el Retraso Mental y por último la ceguera y la Postración

ambas con un 3% (3). Un 72% (83) de los pacientes Adultos Mayores conviven con dos o más personas, un 18% (21) convive con una persona, y un 10% (11) convive solo

CONCLUSIONES

- La asistencia al Hospital Félix Mayorca Soto durante los meses junio – agosto 2017, se registró a pacientes de 5 a 14 años en un total de 426 y de 15 a 59 años de 522, que acuden para recibir asistencia de salud por diversos daños y 115 son pacientes adultos mayores lo que constituye nuestra población muestral.
- El sexo predominante es el femenino, con un 52% (60). El sexo masculino obtuvo un 48% (55).
- Se evidencia que la mayor concentración de casos, para ambos sexos, correspondió al grupo de 70-74 años con un 23% (27), seguido por el grupo de 65-69 años con un 21% (24), un 18% (21) para el grupo de 60-64 años, un 12% (14) para el grupo de 75-79 años, un 11% (14) para el grupo de 80-84 años, un 10 % (12) para el grupo de 85-90 años. El grupo de edad más reducido corresponde al de Mayores de 90 años, con un 3% (4).
- En orden de frecuencia de daños de pacientes que acudieron a su consulta médica encontradas fueron, las afecciones osteoarticulares en primer lugar con un 69% (79), seguido por las IRAS con un 43% (49), un 37 % (43) para la Anemia, un 28% (32) para la Hipertensión Arterial, en menor frecuencia encontramos a las EDAS con un 25% (29), Cólico

Abdominal con un 20 % (23), Gastritis con un 16 % (18), Cefalea con un 11 % (13) , ITU con un 7% (8) y Diabetes Mellitus con un 4% (4).

- La mayoría de la población Adulta Mayor es independiente para realizar las actividades de la vida diaria, con un 79 % (91), seguido con un 14 % (16) que tienen dependencia y un 7 % (8) que tienen dependencia total.
- El 79% de la población de Adultos Mayores del Hospital Félix Mayorca Soto no tienen ninguna discapacidad.
- El cumplimiento de los ejes temáticos por parte de la enfermera en la promoción de la salud del adulto mayor, en el que cumple siempre el eje temático es de higiene, salud sexual y reproductiva, promoción de la salud mental.
- La opinión sobre la participación de la enfermera en la asistencia al adulto mayor que de un total de 115 de pacientes, el 91% (105) refiere que es buena.

RECOMENDACIONES

1. Para el cumplimiento de las estrategias del adulto mayor la enfermera debe ser especialista en esta área.
2. La enfermera debe ser empática en el momento de tratar con los pacientes adultos mayores.
3. La municipalidad, los gobiernos regionales deben crear casas hogares para brindar apoyo psicológico, afectivo, humano y de salud a las personas adultas mayores.
4. Fomentar a través de la promoción de la salud a familias que brinden el apoyo a los pacientes adultos mayores.
5. Las enfermeras que laboran en las postas, Centro de Salud, Hospitales deben fortalecer las estrategias de promoción de la salud con la finalidad de disminuir los índices de morbi – mortalidad de la población adulta mayor.
6. La enfermera debe identificarse, asumir liderazgo para recibir confianza de la población con parientes adultos mayores con la finalidad de que participen en todas las actividades que realiza y programa el personal de salud.

BIBLIOGRAFIAS

1. ARANIBAR PAULA. ACERCAMIENTO CONCEPTUAL A LA SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA. Proyecto Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y Centro
2. CAMPOS ORTEGA CRUZ S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS; 2015.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) ÓRGANO RECTOR DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA EN EL PERÚ. 2017. Página web <http://www.ine.gob.bo/>
4. GONZÁLEZ SÁNCHEZ RL, FERNÁNDEZ TORRENTE E, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ R, ROMERO GUARDES M. Características biopsicosociales de los ancianos de dos consultorios del Policlínico California. Med Gen Integr 2008; 14(1):38-42.
5. GUILLÉN LLERA F. HIPERTENSIÓN EN EL ANCIANO. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Factores de riesgo en la patología geriátrica. 1 era. ed. Madrid: Editores Médicos, 1996; vol. 12:31-47.
6. KALACHE A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington

el 1-2 junio del 2017 [serie en Internet]. [citada 17 Nov 2017].

Disponible en:

www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm

7. MINISTERIO DE SALUD. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD. Ley 3323 de 16 de enero del 2006, Vega García E. Comentario al artículo: La evaluación geriátrica exhaustiva. Rev. Salud Pública 2016; 19(2):102-3.
8. OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA MINSA 2014.
9. PADILLA NIETO, ERNESTO. MANUAL DE SALUD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR. MÉXICO. EDITORIAL PLAZA Y VALDEZ, 2002.
10. PLAN NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS 2002-2006. MINDES.
11. SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. LAS PERSONAS MAYORES Situación avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. SENAMA.CHILE.
12. SIMÓN S. ÁNGELA Y COMPTON H. LINDA. *MEDICINA GERONTOLÓGICA*. MCGRAW HILL, 1. ed. México,
13. REVISTA PERÚ DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PUBLICA ARTÍCULO: ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL ADULTO MAYOR PERUANO – 2010
14. ROJAS OCHOA F. Editorial. Salud Pública 2017; 19(2):77-9.

15. REYES TORNÉS R, CAND HUERTA CM. Morbilidad y mortalidad geriátrica en medicina interna. Med 1996; 35(2):99-105.
16. GUIA PRÁCTICA CLINICA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA. MINSA 2008.
17. TESIS PREVALENCIA DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DEL IECN Y DEL ALBERGUE SAN VICENTE DE PAUL DE LIMA DE JANET MABEL ANGULO LOPEZ 2006.

FUENTES ELECTRÓNICAS

1. CIAM: CENTROS INTEGRALES DE ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/PAUTAS_CIAM.pdf
2. DEFENSORIA DEL PUEBLO
[http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/Defensoria del Pueblo \(Peru\).pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/Defensoria%20del%20Pueblo%20(Peru).pdf)
3. DIARIO EL PERUANO
<http://www.elperuano.com.pe/edicion/noticia-derechos-y-dignidad-del-adulto-mayor-2493.aspx#.U5g4nnJ5P4g>
4. EL ADULTO MAYOR EN EL PERU
<http://www.Monografias.com/trabajos15/adulto-mayor/adulto-mayor.shtml>
5. LEYES DEL CONGRESO
<http://www.cesen.ipifap.org/pdf/ley.pdf>

6. MAIS ADULTO MATOR. Dr. WILFREDO PINO CHAVEZ

7. NORMAS LEGALES

<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/28803.pdf>

ANEXOS



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

Estamos realizando un estudio con la finalidad de obtener información acerca de la participación de la enfermera en el cumplimiento de las estrategias sanitarias en la salud y bienestar del adulto mayor. Hospital FELIX MAYORCA SOTO. TARMA – JUNIN. 2017

ANEXOS 1

ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. 1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos 1
3. Contesta el teléfono, pero no marca 1
4. No usa el teléfono 0

B. IR DE COMPRAS

1. Realiza todas las compras necesarias con independencia 1
2. Compra con independencia pequeña cosas 0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra 0
4. Completamente incapaz de ir de compras 0

C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA

1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia 1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes 0
3. Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada 0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida 0

D. CUIDAR LA CASA

1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) 1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama 1
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable 1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa 1

5. No participa en ninguna tarea doméstica 0

E. LAVADO DE ROPA

1. Realiza completamente el lavado de ropa personal 1

2. Lava ropa pequeña 1

3. Necesita que otro se ocupe del lavado 0

F. MEDIO DE TRANSPORTE

1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche 1

2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público 1

3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 1

4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros 0

5. No viaja 0

G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN

1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas 1

2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas 0

3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación 0

H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO

1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos 1

2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. 1

3. Incapaz de manejar el dinero 0

Nota.- Debido a que no es accesible para la mayoría de la población el uso del teléfono, se decidió anular el inciso A.

Independiente 7-6

Dependencia Parcial 5-3

Dependencia Total 2-1

ANEXOS 2

ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - TARMA

Nombre:Fecha..... Sexo:.....
 Fecha Nacimiento.....Edad.....Sexo:.....

1.- Escolaridad

Analfabeto	
Primaria (menos de 6 años de estudio)	
Medio (6 años o más de estudio)	
Bachiller	
Técnico	
Universitario	

2. Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Capacidad de usar el teléfono	
Ir de Compras	
Preparación de la Comida	
Cuidar la Casa	
Lavado de Ropa	
Medio de Transporte	
Responsabilidad sobre la Medicación	
Capacidad de Utilizar el Dinero	

3.- Condiciones de la Vivienda

Buena	
Regular	
Mala	

4. Comparte la vivienda con:

Vive solo	
Con una persona	
Con dos o mas personas	

5. Discapacidades

Ninguna		Sordera Parcial o Total	
Postración por cualquier motivo		Parálisis- Amputación	
Retraso Mental		Otra discapacidad	
Ceguera Parcial o Total			

ANEXOS 3

ENCUESTA DE OPINION REALIZADA A LOS FAMILIARES Y/O PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - TARMA

ASPECTOS DE COMUNICACIÓN	BUENA	REGULAR	MALA
1. ¿Qué opina sobre el trato personal que recibió por parte del Personal de Enfermería?			
2. ¿Cómo cree que su familia ha sido debidamente atendida por el Personal de Enfermería?			
3. Cuando el Personal de Enfermería le iba a realizar algún tipo de cuidado (curas, sondajes, Rx...), ¿le informaban? Si – No. La información fue....			

4. -El Personal de Enfermería, ¿le ha transmitido seguridad y confianza? Si – No. Esto fue.....			
5. ¿Recibía información del Personal de Enfermería sobre la evolución de su enfermedad? Si – No. Esto fue....			
6. El Personal de Enfermería, ¿le ha ayudado a que su estancia fuera más llevadera en ausencia de sus familiares? SI – No. Y como fue su ayuda.....			