

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Carrera Profesional de Enfermería

CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR EL CUIDADOR. CENTRO
DE SALUD LA TULPUNA, CAJAMARCA - 2021.

Martha Socorro, Cabrera Marín

María Anita, Jara Gonzales

Asesora:

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Cajamarca - Perú

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



UPAGU

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera Profesional de Enfermería

**CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR EL CUIDADOR.
CENTRO DE SALUD LA TULPUNA, CAJAMARCA - 2021.**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el Título de licenciado en Enfermería.

Bach. Martha Socorro Cabrera Marín

Bach. María Anita Jara Gonzales

Asesora:

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Cajamarca- Perú

Septiembre - 2021

COPYRIGHT © 2021 by

MARTHA SOCORRO CABRERA MARÍN

MARIA ANITA JARA GONZALES

Todos los derechos reservados

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Dando cumplimiento a lo establecido por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, sometemos a vuestra consideración y elevado criterio profesional el presente trabajo de investigación intitulado: **Cuidado integral del adulto mayor por el cuidador. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca- 2021**, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. Es propicia esta oportunidad para expresar un cordial agradecimiento a nuestra Alma máter la “Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo”, y a su plana docente que con su aptitud y buen interés cooperaron a nuestra formación profesional.

Señores miembros del Jurado, dejamos a su disposición la presente tesis para su evaluación y sugerencias.

Cajamarca, septiembre del 2021

Martha Socorro Cabrera Marín

BACH. EN ENFERMERIA

María Anita Jara Gonzales

BACH. EN ENFERMERIA

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA
CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR EL CUIDADOR. CENTRO
DE SALUD, LA TULPUNA. CAJAMARCA – 2021.

JURADO EVALUADOR

Mg. Diana Jeovanna Roncal Terán

PRESIDENTE

M. Cs Lucy Elizabeth Morales Peralta

SECRETARIA

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios y Salvador que mora entre los querubines y serafines, que abre puertas y camino en el desierto, sendas en las aguas impetuosas y me imparte ciencia y sabiduría alegría y buena salud.

Martha

Esta tesis va dedicada a los pilares de mi vida, mi amada madre, Doctor Hugo Espinoza Rojas y Jovita Rojas Muñoz, quienes han contribuido con mi desarrollo personal y profesional y me han motivado para ser de mí una mujer emprendedora, y poder lograr mis objetivos trazados y contribuir a la sociedad.

AGRADECIMIENTO

A nuestros respetados padres y hermanos, quienes siempre estuvieron pendientes de nosotros brindándonos su apoyo incondicional, aconsejamos día a día para poder lograr nuestras metas.

A nuestros distinguidos y calificados docentes de la Carrera Profesional de Enfermería de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, quienes nos impartieron sus conocimientos los cuales pondremos en práctica en el área en que nos desempeñemos como profesionales de la salud.

A nuestra asesora Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera quien ha sido la guía idónea, en la realización de esta tesis; por habernos brindado su conocimiento, tiempo y paciencia para poder finalizar dicho trabajo.

Martha y Anita

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el cuidado Integral del adulto mayor por el cuidador en el Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca - 2021. El tipo de investigación es descriptiva y de corte transversal. La muestra conformada por 107 adultos mayores. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario a través de la encuesta. Se encontró que 93.5% de los adultos mayores se encuentran entre 60 y 91 años predominando el sexo masculino; 89,7 % son independientes; 77.0 % de la población presentan enfermedades del Sistema digestivo, respiratorio, urinario, nervioso y cardiovascular. Referente al cuidado integral, desde el aspecto físico y social, por parte de la persona cuidadora, predomina la alternativa nunca, menos de la mitad la alternativa a veces; desde el aspecto espiritual, predomina la alternativa nunca, y más de la tercera parte a veces; en cuanto al aspecto espiritual predomina la alternativa nunca y más de la alternativa a veces en el aspecto psicológico aproximadamente la mitad de la población en estudio refiere que a veces le escucha y conversa cuando está preocupado y ayuda a comunicarse con sus amigo y a familiares, en cambio 29.0%,38.0% nunca lo hace respectivamente. Concluyendo que el cuidado integral del adulto mayor por parte de la persona cuidadora es deficiente.

Palabras claves: Adulto mayor, cuidado integral, persona cuidador

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the Comprehensive care of the elderly by the caregiver at the Health Center, La Tulpuna. Cajamarca - 2021. The type of research is descriptive and cross-sectional. The sample made up of 107 older adults. For data collection, the questionnaire was applied through the survey. It was found that 93.5% of older adults are between 60 and 91 years old, predominantly male; 89.7% are independent; 77.0% of the population have diseases of the digestive, respiratory, urinary, nervous and cardiovascular systems. Regarding comprehensive care, from the physical and social aspect, by the caregiver, the alternative never predominates, less than half the alternative sometimes; From the spiritual aspect, the alternative never predominates, and more than a third at times; Regarding the spiritual aspect, the alternative never predominates and more than the alternative sometimes in the psychological aspect, approximately half of the population under study refers that sometimes listens and talks to them when they are worried and helps to communicate with their friends and relatives, in 29.0% change, 38.0% never does respectively. Concluding that the comprehensive care of the elderly by the caregiver is deficient.

Keywords: Elderly, caregiver, disease

ÍNDICE.....	Pág
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I.....	8
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2.1. <i>Problema general</i>	9
1.2.2. <i>Problemas específicos</i>	9
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	9
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	10
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
CAPÍTULO II.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. ANTECEDENTES.....	11
2.1.1. <i>A nivel internacional</i>	11
2.1.2. <i>A nivel nacional</i>	13
2.1.3. <i>A nivel local</i>	15
2.2. BASES LEGALES.....	16
2.3. BASES TEÓRICAS.....	17
2.3.1. <i>Teoría de necesidades de Maslow</i>	17

2.4.	BASES CONCEPTUALES	22
2.4.1.	<i>Adulto Mayor</i>	22
2.5.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	43
2.6.	VARIABLE DE ESTUDIO.	44
2.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
CAPITULO III		46
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	46
3.2.	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.3.	POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS.....	46
3.3.1.	<i>Población</i>	46
3.3.2.	<i>Muestra</i>	47
3.3.3.	<i>Unidad de observación y Análisis</i>	48
3.3.4.	<i>Métodos y Recolección de Datos</i>	48
3.4.	ELABORACIÓN DE INSTRUMENTO.	48
3.5.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	49
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	49
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	49
CAPITULO IV		51
4.	RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSIÓN	51
4.1.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.2.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	57
CAPITULO V		64
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1.	CONCLUSIONES	64

5.2.	RECOMENDACIONES	65
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
7.	ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01:	Factores sociodemográficos del adulto mayor, Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca – 2021.....	69
Tabla 02:	Número y porcentaje de adultos mayores que padecen de enfermedades según sistemas.....	71
Tabla 03:	Actividades de cuidadores frente a las necesidades fisiológicas del adulto mayor. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca-2021.....	73
Tabla 04:	Número y porcentaje de adultos mayores, según convivencia, y consanguinidad del cuidador. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca-2021	74
Tabla 05:	Atención de necesidades básicas de la persona cuidadora a los adultos mayores en el aspecto físico Centro de Salud, Tulpuna. Cajamarca.....	76
Tabla 06:	Asistencia espiritual por la persona cuidadora, a los adultos mayores Centro de Salud, Tulpuna Cajamarca-2021 Centro de Salud, La Tulpuna Cajamarca 2021.....	78
Tabla 07:	Asistencia de la persona cuidadora desde el punto de vista psicológico en adultos mayores. Centro de Salud, La Tulpuna.Cajamarca-2021	80

INTRODUCCION

La transición demográfica, en donde se presenta niveles de natalidad y fecundidad elevada y sin control, han sido traducidos a niveles bajos y controlados¹; los mismos que se ven traducidos en el cambio de la pirámide poblacional, desaceleración del crecimiento de las edades de menores de 15 años, disminución de la fecundidad y mortalidad adulta, crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años, denominada anciano, adulto mayor (AM)²; que se lo asocia con la palabra antiguo, algo que tiene muchos años o es de otra época; considerándose a toda persona de edad avanzada, mayor de 65 años, o que se encuentra dentro del tercer grupo etario³; en él se presentan cambios físicos a nivel de toda la economía humana; como es en el sistema esquelético, donde se presenta una disminución de la densidad del hueso a causa de una pérdida del calcio óseo, ya que el equilibrio de renovación de hueso se decanta por la destrucción³; esta pérdida de masa ósea hace que el hueso sea más frágil, dependiendo de las fuerzas a las que estará sometido; también la aparición de desgaste articular (artrosis) iniciándose con la deshidratación del cartílago articular que pierde sus propiedades elásticas⁴; además el número de células en los testículos, los ovarios, el hígado y los riñones disminuye de forma notable con la edad⁶. En el sistema endocrino del AM se presenta un aumento o descenso de hormonas, destacándose la disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina; en la mujer se evidencia disminución hormonal, manifestada por el cese de la menstruación, volviéndose infértil, deterioro de los caracteres sexuales secundarios, se producen cambios psicológicos y de la lívido; en los hombres existe una disminución de la secreción de testosterona, que conlleva una atrofia de los genitales y dificultades para conseguir y mantener una erección correcta, además retraso en la eyaculación y de menor volumen, aumento de tamaño de la próstata, disminución de la capacidad de reacción de la tiroides, de manera que al organismo le es más difícil compensar las necesidades del cambio de ritmo metabólico⁶.

En el sistema muscular existe una pérdida de 40% de masa muscular que puede generar mayor dificultad en la realización de las funciones motoras, menor resistencia al ejercicio y es uno de los principales factores determinantes de la dependencia de las personas mayores, a su vez la proporción de agua del organismo disminuye el 50% de forma progresiva, además existe un aumento de la grasa y es proporcional a la disminución de la masa corporal⁶. En el sistema cardiovascular, existe una pérdida de elasticidad de las arterias, debido al aumento del grosor de la capa media muscular, dificultando el paso de la sangre; se produce un depósito de grasas (colesterol) en la íntima, calcificándose y formando placas, lo que aumenta el tamaño de la pared arterial y empeora la rigidez, a nivel venoso se presentan cambios en las extremidades inferiores, pero son escasos⁶. Por consiguiente, el corazón aumenta de grosor en la pared del ventrículo izquierdo y de la capa interna de todas las cavidades cardíacas, de las válvulas cardíacas, disminución de las células “marcapasos”, con fibrosis del tejido de conducción del impulso eléctrico⁶.

En el sistema respiratorio, disminuye los cilios del árbol bronquial, la elasticidad de los bronquios y movilidad del tórax por las alteraciones esqueléticas y musculares; por lo que el volumen de aire movilizado por respiración es menor⁶. En la piel, aparecen las arrugas, manchas y flacidez, así como la aparición de cabellos blancos o canas, los AM presentan cambios debidos al paso del tiempo en todos los tejidos y órganos del aparato digestivo, de la boca hasta el intestino grueso, cambios que tienen múltiples implicaciones en su funcionalidad y salud, en el sistema digestivo, a nivel de boca presenta adelgazamiento de encías, disminución de la resistencia del esmalte dentario; pérdidas de piezas dentarias, disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, dificultad en la masticación, la deglución y disminución de la motilidad⁶; a nivel de estómago se da un descenso de la movilidad y una menor secreción ácida; el moco protector de la capa interna del estómago deviene de menor calidad, por otro lado el hígado presenta dificultad para metabolizar

sustancias, y disminuye la producción de bilis; la vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de litiasis vesicular⁶. El intestino delgado, recibe un menor riego sanguíneo, disminución de su movilidad y en el colon hay una disminución del peristaltismo, de la movilidad y la mucosa se atrofia, alterándose la absorción de agua de las heces⁶.

En el sistema nervioso, disminuye el número de neuronas y aumentan las células de soporte y conectivas, que no tienen actividad neuronal, se da un descenso de la producción de neurotransmisores y de sus receptores, además existe dificultad en la función de las neuronas; apreciándose enlentecimiento del pensamiento, disminución de la memoria, capacidad cognitiva y de las facultades de aprendizaje, también existen dificultades en la psicomotricidad, que se agravan por la pérdida de masa muscular, acarreado problemas en la coordinación de los movimientos y descenso de los reflejos⁶.

En el sistema urinario, se presenta pérdida de nefronas, el flujo sanguíneo renal disminuye, ocasionando dificultades en la función renal y en el equilibrio de líquidos corporales, además existe una disminución de la producción de las hormonas que secreta el riñón y que son importantes para el control de la producción de glóbulos rojos y el resto del control del medio interno (agua, sales minerales, etc.), a su vez la vejiga pierde elasticidad y la musculatura es débil, lo que hace más difícil su control, acarreado problemas como la incontinencia urinaria⁶. Durante el envejecimiento se presentan cambios psicológicos tales como: modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos, modificaciones en las funciones cognitivas, modificaciones en la afectividad: pérdida de motivaciones en la personalidad, lo que induce al adulto mayor a presentar estados de ánimo negativos, preocupación, ansiedad, ante las limitaciones que presenta, además fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración⁷. Asimismo, presentan cambios sociales cuando hay pérdidas y cambio de rol, en donde el AM debe adaptarse a las nuevas

situaciones; los hijos se van del hogar, uno del cónyuge fallece, pierde poder y valor dentro de la familia, pasando a ser relegado por otros miembros⁷. Además, los AM pierden contactos y entramado social, por muerte de familiares y amigos coetáneos, limitaciones, aumento de la dependencia propia y de otros individuos de su entorno; es relevante la pérdida de ingresos con la jubilación, que también desestructura el uso del tiempo y la percepción del lugar en la sociedad (pérdida del rol laboral), además la dificultad para adaptarse a los cambios tecnológicos⁶.

En el mundo, la tasa de crecimiento de los adultos mayores (AM) es mayor que los otros grupos poblacionales, para el 2050 la población de AM crecerá a una velocidad mayor que los otros grupos poblacionales⁸. Existiendo diferencias en el envejecimiento poblacional entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, en el 2009 en países desarrollados el 20.0%, fueron mayores de 60 años y en los no desarrollados el 8.0%, para el 2050 en países desarrollados será de 30.0% y en los no desarrollados el 20.0%⁸. El crecimiento de la población mayor en países en desarrollo es más rápido, las mujeres viven más que los hombres, constituyendo la mayor parte de los adultos mayores (AM), en un promedio de 80 años, las mujeres son 4 a 5 veces más numerosas que los varones⁸. Debido a la transición demográfica en América Latina, la relación entre las personas que tienen alta probabilidad de ser dependientes son los niños y los adultos mayores⁸. Entre el 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11.0% al 22.0%, lo que significa que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, el cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos, en Francia tuvieron que transcurrir 100 años para que el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7.0% a un 14.0%, en cambio en el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años, las personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces más hasta alcanzar los 395 millones entre el 2000 y el 2050⁹.

En la etapa de la vejez, se lleva a cabo procesos degenerativos, por la muerte de células, ya que ellas están programadas para ello¹⁰. La población de todos los países de las Américas se encuentra en proceso de envejecimiento, aunque en los distintos países envejece a velocidad y en momentos diferentes, la disminución de los indicadores de fertilidad y de mortalidad, fundamentalmente a edades tempranas de la vida, está dando lugar a una transición demográfica muy rápida en la Región, no solo se ha incrementado la proporción de personas mayores en la población del continente, sino que también ha aumentado de manera importante la esperanza de vida al nacer y por edades específicas¹⁰. Hoy en día, la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años, el 81.0% de las personas que nacen en la Región vivirán hasta los 60 años, mientras que 42.0% de ellas sobrepasarán los 80 años de edad⁹.

En países pobres, la mortalidad tiene como causa de padecer de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis, a la vez en todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas; en países desarrollados, entre un 4.0% y un 6.0% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa⁹. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad, no cambiarles la ropa sucia y negarles una buena asistencia, ocasionando el maltrato de los ancianos y generando daños físicos graves conllevando a consecuencias psíquicas de larga duración⁹. En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida, sin embargo, en algunas ocasiones las personas de edad avanzada han perdido totalmente su independencia, debido a enfermedades crónicas degenerativas que se agudizan con el pasar de los años⁹. Por ello, es una necesidad primordial para la sociedad el apoyo de la familia o de voluntarios capaces de ayudar y cuidar al adulto mayor¹¹. Para que el cuidador pueda seguir ejerciendo este gran servicio a la comunidad es indispensable que tenga las herramientas adecuadas, es decir se requiere poseer los conocimientos básicos que les confieran seguridad, estrategias que eviten

la sobrecarga, así como la información de los recursos que se disponen para aliviar el esfuerzo, con lo cual se pretende articular mecanismos de apoyo a los cuidadores que brindan este gran servicio a la sociedad¹¹.

Se cree que para el año 2050 la cantidad de ancianos discapacitados se multiplicará en países en desarrollo, perdiendo la capacidad de vivir independientemente por padecer de limitaciones de movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales, por lo que será necesario alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales⁹. También el riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo, en la relación del incremento de la esperanza de vida sin salud y la discapacidad, muestra que la prevalencia de vivir con algún tipo de discapacidad se va incrementando con la edad, los AM de 80 años con mayor frecuencia viven con algún tipo de discapacidad, y por ende, muestra un claro ejemplo de cómo se incrementará la demanda de cuidado a largo plazo en la Región⁹. Según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad grave se ha incrementado en un 47% en países como Canadá y Estados Unidos, este incremento responde a tres causas fundamentales que muchas veces concurren: los estilos de vida no saludables, los trastornos incapacitantes y la fragilidad asociada al propio envejecimiento¹².

En el Perú, el 78,57% de los adultos mayores no están afiliados a ningún sistema de pensiones¹³. En el caso de las mujeres, la marginación a su derecho a la pensión alcanza a 95%; 45,87% de hombres y 56,08% de mujeres no recibe pensión de jubilación, de viudez, orfandad, sobrevivencia, ni accede al Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, a su vez presentan menores tasas de participación económica, en consecuencia, todo ello

conlleva a una situación de vulnerabilidad mayor a la de los hombres¹⁴. Por su parte el 4,04% de los hombres, tienen una ocupación que no es remunerada, frente al 11,93% de mujeres y el 9,2% de mujeres viven en condiciones de pobreza¹⁵. En promedio, los adultos mayores 47,93%, reside en viviendas inadecuadas; 35,41% no cuenta con documento que acredite la propiedad de su vivienda registrado en la Superintendencia Nacional de Registros Públicos (SUNARP), 3,09% viven en condiciones de hacinamiento, 17,9% no cuentan con abastecimiento de agua mediante la red pública, 30,3% no cuenta con acceso a una red pública de desagüe y 28,6% usan con mayor frecuencia carbón, leña u otro elemento que no es electricidad o gas (GLP)¹⁵. Además, el 5.3% no tienen electricidad, 17,6% no tienen seguro de salud, 80,34% de mujeres y el 71,08% de hombres padecen enfermedad crónica, de larga duración y de progresión lenta; 12,9% de hombres y 13,74% de mujeres sufrieron algún malestar, síntoma, recaída de enfermedad crónica o accidente, y no acudió a ninguna consulta médica por carencia de dinero, por encontrarse lejos del centro de salud, demoras excesivas en la atención, desconfianza en los médicos, falta de seguro, falta de tiempo o por maltrato del personal de salud¹⁵. La atención a la salud como derecho universal debe ofrecerse al adulto mayor sin distinción y amerita atención y cuidados por su familia, porque existe una creciente disminución de las funciones cognitivas, fisiológicas y motrices, que se agudizan por el deterioro progresivo y daños a la salud, lo que da lugar a la dependencia funcional y por lo tanto las exigencias del cuidado aumentan con el nivel de dependencia del AM, constituyéndose la familia en su principal apoyo, sin embargo esto no siempre sucede existiendo familiares de personas AM que los marginan, maltratan o abandonan, deteriorando aún más su estado de salud¹⁷.

Esta situación no es ajena a la problemática encontrada, en el Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca – 2021, por lo que se pretende investigar la situación actual de los adultos mayores en dicho lugar.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema de investigación.

En la etapa de la vejez, se lleva a cabo procesos degenerativos, por la muerte de células, ya que ellas están programadas para ello generando diversas enfermedades². La población de todos los países se encuentra en proceso de envejecimiento, la disminución de los indicadores de fertilidad y de mortalidad, fundamentalmente a edades tempranas de la vida, está dando lugar a una transición demográfica muy rápida. Hoy en día, la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años, el 81% de las personas vivirán hasta los 60 años, mientras que 42% de ellas sobrepasarán los 80 años de edad².

La atención a la salud como derecho universal debe ofrecerse al adulto mayor sin distinción y amerita atención y cuidados por su familia, porque existe una creciente disminución de las funciones cognitivas, fisiológicas y motrices, que se agudizan por el deterioro progresivo y daños a la salud, lo que da lugar a la dependencia funcional y por lo tanto las exigencias del cuidado aumentan con el nivel de dependencia del AM, constituyéndose la familia en su principal apoyo, sin embargo esto no siempre sucede existiendo familiares de personas AM que los marginan, maltratan o abandonan, deteriorando aún más su estado de salud¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el adulto mayor es la persona mayor de 60 años; sinónimo de persona de la tercera edad. Algunos considerados, adultos mayores disfuncionales, cuando necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Son más vulnerables a diversas enfermedades, requiriendo de una constante observación y atención médica¹. Debido al aumento en la esperanza de vida, al proceso natural de envejecimiento y a la vulnerabilidad física, social y psicológica se ha incrementado el número de padecimientos y sus complicaciones, predominando las enfermedades crónico degenerativas, presentando un

detrimento de la calidad de la misma². Es posible considerar ser un adulto mayor saludable, ya que el envejecimiento es un proceso absolutamente natural e irremediable, por que atraviesa toda persona con el paso del tiempo, en donde se produce cambios en el organismo y puede ser negativo o positivo, según su estilo de vida³.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el cuidado integral al adulto mayor que brinda el cuidador en la jurisdicción del centro de salud La Tulpuna, Cajamarca - 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son características sociodemográficas que presentan los adultos mayores atendidos en el centro de salud La Tulpuna?
- ¿Cuáles son las principales actividades que realizan los cuidadores frente a las necesidades fisiológicas de los adultos mayores que son atendidos en el centro de salud La Tulpuna?
- ¿Cuáles son las principales enfermedades que padecen los adultos mayores, atendidos en el centro de salud La Tulpuna?

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar el cuidado Integral del adulto mayor por el cuidador en el centro de salud La Tulpuna, Cajamarca -2021.

1.3.2. *Objetivos Específicos*

- Describir las características sociodemográficas que presentan los adultos mayores atendidos en el centro de salud La Tulpuna.
- Explicar las principales actividades que realizan los cuidadores frente a las necesidades fisiológicas de los adultos mayores atendidos en el centro de salud La Tulpuna.
- Identificar las principales enfermedades que padecen los adultos mayores, atendidos en el centro de salud La Tulpuna.

1.4. Justificación de la investigación

De acuerdo a la problemática encontrada se pretende realizar la presente investigación con la finalidad de conocer el cuidado integral del adulto mayor por parte del o los cuidadores; además servirá como fuente bibliográfica para futuras investigaciones y también para dar a conocer a las autoridades de salud, para que dar una mejor solución de los problemas existentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Berrier A (2011)¹⁸ en su artículo titulado: El Adulto Mayor y su Calidad de Vida 2021. Se aplicó la escala de medición de calidad de vida a un grupo de ancianos donde predominaron los adultos mayores del sexo femenino en el grupo de edad de 60 a 64 años, con escolaridad secundaria, calidad de vida media para las dimensiones salud y satisfacción por la vida, además se encontró que la actividad física y social, la familia, la expectativa de futuro y la satisfacción por el presente no tienen interés, asimismo se logró investigar que el envejecimiento poblacional del mundo y de Cuba es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico técnica del siglo XXI; sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida, además el incremento de los niveles de esperanza de vida y la disminución de la natalidad ha determinado la inversión de la pirámide poblacional, a su vez la calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales.

Latta M, Carrera C (2011)¹⁹ en su artículo titulado: Perfil epidemiológico de patologías en el adulto mayor en el cantón Baños y en el cantón Pelileo de la provincia de Tungurahua. Se obtuvo como resultados que, a partir de los 65 años de edad, el individuo va perdiendo la capacidad funcional, aumento de enfermedades cardiovasculares, musculares, respiratorias, endocrino-metabólico, digestivas, neoplasias, mentales y neurológicas, disfunción de los diferentes órganos del cuerpo humano, asimismo las patologías con mayor prevalencia, son las cardiovasculares con mayor incidencia en las mujeres, seguido de las respiratorias.

Recalde A, Triviño B, Pizarro V, Vargas V, Zeballos C (2011)²⁰ en su artículo titulado: Diagnóstico sobre la demanda de actividad física para la salud en el adulto mayor Guayaquileño. En el estudio se observa el diagnóstico sobre la demanda de actividad física para la salud en el adulto mayor. Los autores concluyen que, se demuestra un insuficiente conocimiento sobre la importancia y potencialidades de la actividad física para la salud, además la existencia de poca disposición hacia la práctica de actividad física, bajo nivel de participación en actividades relacionadas y carencia de un programa coordinado en la parroquia.

Carmona S. (2015)²¹ en su artículo titulado: La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. Los resultados del análisis estadístico indican una relación predictiva significativa de la vida social, la autonomía y la salud con el bienestar personal de los adultos mayores, además se encontró que la edad, la escolaridad, el género, el estrato socioeconómico y el vivir en compañía no se consideran factores que contribuyan a predecir o mantener el bienestar en los adultos mayores. Los autores concluyen: es notable la relevancia de la vida social como un factor para lograr el bienestar personal en el adulto mayor.

Alvarado L. (2015)²² en su artículo titulado: La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. La evidencia revisada en los últimos 9 años señala que ha existido interés particular en la nutrición de los adultos mayores y se destaca el papel importante que cumple enfermería en la intervención y asesoría nutricional, por medio de las actividades de promoción de la salud, sin embargo, la evidencia continúa siendo débil, por ende la nutrición en el adulto mayor es una oportunidad para el cuidado de enfermería, a su vez se necesita continuar con la investigación con un abordaje más integral que incluya las conductas, las condiciones económicas, culturales, sociales de las personas al igual que las necesidades dietéticas específicas para la etapa de envejecimiento.

2.1.2. A nivel nacional

Barros C, Muñoz M (2001)²⁵ en su artículo titulado: La familia del adulto mayor: composición e interrelaciones. Se encontró que la red de relaciones de los entrevistados es adecuada, sólo un quinto de ellos carece de contactos frecuentes con otras personas, en cuanto al contenido de las relaciones de apoyo, se puede señalar que frente a la soledad y la tristeza casi no solicitan la ayuda de otros, sino que tratan de arreglárselas apelando a recursos propios. Asimismo, cuando requieren de consejos los buscan en amigos y especialistas. El cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados, con el cónyuge pueden contar incondicionalmente, con los hijos por plazos breves o frente a situaciones puntuales, a su vez los entrevistados están conscientes que, para sus hijos casados, tiene prioridad su familia de procreación, aceptando, no sin dolor, pasar a ocupar un segundo lugar en la jerarquía de afectos y dedicación de sus hijos.

Brown C (2005)³⁰ en su artículo titulado: Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León. Se encontró que los factores que influyen en la condición de salud de las personas adultas mayores en situación de pobreza son principalmente biológicos; los factores sociales, estructurales e individuales y estudiados no presentan una relación predictiva significativa con la condición de salud, asimismo dentro de los polígonos de pobreza en Nuevo León; sugieren que las actividades sociales generan más energía para vivir, disminuyen la presencia de disturbios mentales y reducen el deterioro en la salud. De igual forma, la actividad física como el deporte, libera endorfinas, aumenta el consumo de oxígeno, activa la circulación y eleva la fuerza muscular, por esto las actividades sociales y la actividad física son imprescindibles para la salud física y mental del adulto mayor, además de que evitan el sedentarismo, la frustración y la depresión.

Bonilla L, Córdón L (2007)²⁹ en su artículo titulado: Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. Obtuvieron como resultado, mediante un análisis descriptivo, en los cuales no se encontraron niveles significativos de ansiedad y estrés, lo que lleva a concluir que la condición de estos adultos mayores no los está afectando debido a la capacidad de adaptación que poseen, gracias a los beneficios que les brinda el hogar.

González A, Celis R (2010)³¹ en su artículo titulado. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. Se encontró el reflejo de una amplia variedad de actividades de la vida diaria en los participantes, consecuencia de la heterogeneidad en el proceso del envejecimiento y establecen las bases para estudios posteriores sobre mecanismos de adaptación en tal población ante los cambios asociados a la vejez, donde se atiendan sus necesidades. Además, indica que la salud se encuentra estrechamente relacionada con las actividades que se realizan en grupo, ya que la participación en actividades sociales prolonga la aparición de los efectos del envejecimiento en la medida que la persona se siente útil física, social y familiarmente.

Hernández P, Rosales I, Delgado H (2011)²⁷ en su artículo titulado: La familia y el adulto mayor. Se conceptualiza la familia según el criterio de diferentes autores, además se resumen otros aspectos relacionados con la diversidad y complejidad familiar, las funciones de la familia, el ciclo de vida y las crisis de la familia. Asimismo, se expone la importancia que tiene este grupo social en la atención y cuidados al adulto mayor, así como el papel que juega el anciano como parte integrante de ella.

Blouin C, Tirado R, Mamani F (2015)²³ en su artículo titulado: La situación de la población adulta mayor en el Perú: camino a una nueva política. Se encontró que en el primer trimestre del año 2018, el 42,2% de los hogares del Perú tenía entre sus miembros a al menos una

persona de 60 años o más; mientras que el 26,3% del total de hogares del país tenía como jefe o jefa del hogar a una persona adulta mayor (INEI 2018: 2). De este último grupo de hogares que tienen como jefes a PAM, el 47,6% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja o sus descendientes; mientras que el 26,3% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes (INEI 2018: 3). Cabe añadir que el 57,6% de los hogares nucleares de las PAM tienen como jefe de familia a un hombre, cifra que representa más del doble del número de hogares de este tipo cuyo jefe de familia es una mujer (26,7%) (INEI 2018). Asimismo, se encontró varias situaciones problemáticas que viven las personas adultas mayores en el Perú, las cuales incluyen la falta de acceso a los servicios de salud, a la educación y a los servicios de pensión, así como los bajos niveles de participación social y la violencia y la discriminación por motivos de edad. Adicionalmente, se espera que esta investigación sirva de base para el diseño de una política pública para las personas adultas mayores desde un enfoque de derechos humanos).

2.1.3. A nivel local

Saldaña E, (2015)⁶⁰ en su tesis titulada: Nivel de autoestima del adulto mayor y su relación con los factores biosociales. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y los factores biosociales de los adultos mayores - Chota. De enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional. La muestra en estudio fue 130 adultos mayores. Se utilizó como instrumentos la Escala de Rosenberg y un cuestionario de factores biosociales. Los resultados mostraron que el nivel de autoestima de los adultos mayores fue de un nivel promedio con 54,6%, seguido por un nivel de autoestima baja con 45,4% y ningún adulto mayor presentó autoestima alta. Entre los factores biosociales según la edad la mayoría de adultos mayores se encuentra entre 65 y 70 años con 41,5%; y un menor porcentaje de 76

años a 80 años con 21,5%; el 50% son de sexo masculino y de sexo femenino respectivamente. En su mayoría proceden de la zona rural con 65,4% tienen estado civil casado con 63,1%; grado de instrucción primaria incompleta con 43,1 % y profesan la religión católica con 75,4%. Tienen un ingreso económico familiar menor al sueldo mínimo vital con 76,9 % y se ocupan mayormente como amas de casa con 36,9%. Se concluye que los adultos mayores tienen un nivel de autoestima promedio a baja y al contrastar con la hipótesis planteada no existe relación entre el nivel de autoestima y los factores biosociales del adulto mayor.

2.2. Bases legales

Resolución Directoral N° 003-2020-MIMP/DGFC

Lima, 05 de mayo de 2020

Visto, el Informe Técnico N° D00003-2020-DGFC-BVA

Que, el Estado peruano ha reconocido el deber constitucional del Estado y la comunidad de brindar especial protección a los derechos de las personas adultas mayores, en atención al artículo 4 de la Constitución Política del Perú; Que, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) tiene por competencia la promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores, sobre la cual se ejerce rectoría de conformidad al literal h del artículo 5 del Decreto Legislativo 1098, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MIMP, en concordancia con el artículo 3 de la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, la misma que establece a este Sector el deber de supervisar, fiscalizar, sancionar, registrar información, monitorear y realizar las evaluaciones de las políticas, planes, programas y servicios en favor de esta población⁶¹; Que, la Dirección General de la Familia y la Comunidad, tiene como función formular, proponer y promover políticas, planes, programas y proyectos

referidos al fortalecimiento de las familias y los derechos de las personas adultas mayores, en concordancia con el artículo 61 del Decreto Supremo N° 003-2012-MIMP que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; Que, la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor establece en su artículo 15 que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables supervisa y fiscaliza los centros de atención para personas adultas mayores públicos o privados, en forma directa o en coordinación con instituciones públicas o privadas⁶¹; asimismo, en su artículo 26 es en su artículo 26 establece que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el marco de sus competencias, dicta medidas de protección temporal a favor de la persona adulta mayor que se encuentre en las situaciones de riesgo; Que, por su parte, el artículo 25 de la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor establece que el Estado, en sus tres niveles de gobierno, a través de sus órganos competentes, brinda protección social a la persona adulta mayor que se encuentre en las siguientes situaciones de riesgo, tales como pobreza o pobreza extrema, dependencia o fragilidad, o sufra trastorno físico o deterioro cognitivo que la incapacite o que haga que ponga en riesgo a otras personas; Que, la Organización Mundial de la Salud –OMS con fecha 27 de febrero de 2020 publicó el documento “Vigilancia mundial de la infección humana por el nuevo coronavirus (2019-nCoV)”⁶¹.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Teoría de necesidades de Maslow

Maslow, explica en su teoría de la jerarquía de necesidades a través de una pirámide en donde se representa las necesidades básicas o necesidades fisiológicas: alimentación (comer y beber), respiración, eliminación (orinar, defecar, sudar, etc.), descanso y sueño y en general, el

mantenimiento involuntario e instintivo de las funciones corporales que hacen posible la vida⁵³. El segundo es el de las necesidades de seguridad y protección: seguridad, orden y estabilidad; éstos dos son importantes para la supervivencia de la persona ya que una vez satisfechas tratan de satisfacer otras necesidades⁵³. El tercero es el de necesidad de amor y pertenencia, compuesto por necesidades psicológicas; cuando los seres humanos han cuidado de sí mismos físicamente, están listos para compartirse a sí mismos con otros⁵³. El cuarto nivel se alcanza cuando los individuos se sienten cómodos con lo que han conseguido; este es el nivel de necesidad de estima, que incluye el éxito y el estatus, fundamentalmente en la percepción propia (autoestima); la cima de la pirámide es la necesidad de autorrealización, y se supera cuando se alcanza un estado de armonía y entendimiento. Además, argumenta que las necesidades esenciales son satisfechas en sí mismas y juntos, estos dos elementos definen la experiencia humana⁵³.

2.3.1.1. Cuidado

El origen de la palabra cuidado en el latín “cogitatus”, integrada por el prefijo de globalidad “co” y por el verbo “agitare” que significa en el sentido de mover una cosa; además es definido como la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir); implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio, “cuidado” supone una relación horizontal y simétrica donde todos saben o deben saber algo, y, todos tienen responsabilidades y deberes⁵³. Asimismo, es una acción que se propone básicamente la preservación, la conservación y la guarda de algo o alguien, en tanto, ese cuidado que alguien despliega puede estar dirigido a sí mismo, es decir, la atención y vigilancia están orientadas a cuidar de su vida, de sus pertenencias o de cualquier otra cuestión que lo involucra directamente⁵³. A su vez el cuidado son las acciones de preservación de daños o ante la amenaza de sufrir un ataque, está vinculado a las necesidades del paciente y a la

tecnología; para cuidar es necesario saber lo que la otra persona necesita y como lo podemos ayudar, además emplear las técnicas y procedimientos adecuados para un cuidado integral y óptimo⁵³.

Asistir); implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio, “cuidado” supone una relación horizontal y simétrica donde todos saben o deben saber algo, y, todos tienen responsabilidades y deberes⁵³. Asimismo, es una acción que se propone básicamente la preservación, la conservación y la guarda de algo o alguien, en tanto, ese cuidado que alguien despliega puede estar dirigido a sí mismo, es decir, la atención y vigilancia están orientadas a cuidar de su vida, de sus pertenencias o de cualquier otra cuestión que lo involucra directamente⁵³. A su vez el cuidado son las acciones de preservación de daños o ante la amenaza de sufrir un ataque, está vinculado a las necesidades del paciente y a la tecnología; para cuidar es necesario saber lo que la otra persona necesita y como lo podemos ayudar, además emplear las técnicas y procedimientos adecuados para un cuidado integral y óptimo⁵³.

2.3.1.1.1. Cuidados del adulto mayor

El cuidado para las personas de la tercera edad debe ser bastante especial, ya que el organismo de estos sujetos no es igual al de una persona adulta, un niño o un recién nacido, pues hay cambios psicológicos y físicos en ellos, por lo que es recomendable que estos tengan una vida tranquila, que puedan disfrutar de su familia en paz y armonía, que tengan equilibrio, que puedan realizar algunas rutinas de ejercicios sencillas para fomentar la salud física, dejar a un lado las fatigas y los dolores articulares o musculares, y evitar enfermedades degenerativas; es imperativo que exista un buen cuidado de los adultos mayores, pues esto hace que ellos puedan vivir sus últimos años con felicidad, tranquilidad y generando nuevos recuerdos⁵³.

2.3.1.1.2. Cuidado del anciano por parte de su familia

Alrededor del 80% de los servicios de cuidados de salud ambulatorios (físicos, emocionales, sociales, económicos) es proporcionado por miembros de la familia y en un menor porcentaje de los amigos, vecinos⁵⁴. Cuando el paciente presenta un compromiso leve o moderado, la pareja (esposa/esposo) o un hijo adulto suele hacerse cargo de su atención, pero cuando el paciente presenta un compromiso grave, lo más probable es que el cuidador sea la pareja (en general, la esposa)⁵⁴. La cantidad y el tipo de cuidados provistos por los miembros de la familia dependen de los recursos económicos, la estructura familiar, la calidad de las relaciones y otras demandas que requieren tiempo y energía de los miembros de la familia, el cuidado familiar abarca desde asistencia mínima hasta un cuidado elaborado de tiempo completo, en promedio, el cuidado familiar para los adultos mayores consume aproximadamente 24 horas por semana, y aproximadamente el 20% de las veces más de 40 horas por semana⁵⁴. Los cuidadores de adultos mayores informan que el 63% de sus receptores de cuidados tienen enfermedades crónicas y el 29% tienen deterioro cognitivo, se sabe que el cuidado de adultos mayores con trastornos neurocognitivos es particularmente intenso y tiene efectos nocivos para los cuidadores⁵⁴. La sociedad considera que los miembros de la familia son responsables del cuidado del otro, el límite de las obligaciones filiales y maritales varía en las distintas culturas, de acuerdo con la familia, y cada miembro en particular. La disposición de los miembros de la familia para atender a un paciente anciano puede reforzarse con la contribución de servicios de apoyo, de salud mental y asesoramiento, en la orientación técnica en el aprendizaje de nuevas habilidades; además de servicios complementarios relacionados al cuidado personal dirigidos a la asistencia con la atención, la alimentación y la vestimenta⁵⁴. Los servicios complementarios pueden ser proporcionados en forma regular o en apoyo al familiar durante algunas horas o días (cuidado subrogante)⁵⁴. Lo más importante que se debe señalar es que los cuidadores suelen recibir apoyo, aprender informarse o aprender estrategias

útiles sobre cuidado de médicos, enfermeros, asistentes sociales o administradores de casos⁵⁴. Alrededor del 80% de los servicios de cuidados de salud ambulatorios (físicos, emocionales, sociales, económicos) es proporcionado por miembros de la familia, cuando el paciente presenta un compromiso leve o moderado, la pareja (esposa/esposo) o un hijo adulto suele hacerse cargo de su atención, pero cuando el paciente presenta un compromiso grave, lo más probable es que el cuidador sea la pareja (en general, la esposa)⁵⁴.

La cantidad y el tipo de cuidados provistos por los miembros de la familia dependen de los recursos económicos, la estructura familiar, la calidad de las relaciones y otras demandas que requieren tiempo y energía de los miembros de la familia, el cuidado familiar abarca desde asistencia mínima como puede ser sus controles periódicos, hasta un cuidado elaborado de tiempo completo. Se estima que, en promedio, el cuidado familiar para los adultos mayores consume aproximadamente 24 horas por semana, y aproximadamente el 20% de las veces más de 40 horas por semana. Los cuidadores de adultos mayores informan que el 63% de sus receptores de cuidados tienen enfermedades crónicas y el 29% tienen deterioro cognitivo. Se sabe que el cuidado de adultos mayores con trastornos neurocognitivos es particularmente intenso y tiene efectos nocivos para los cuidadores⁵⁴.

2.3.1.1.3. Cuidado familiar.

Es aquel familiar, amigo o vecino, perteneciente a la red de apoyo social del enfermo crónico, dedicando la mayoría de tiempo a su cuidado. No recibe retribución económica por las tareas que realiza y es percibido por los demás miembros de la familia como el principal responsable del enfermo⁵⁵. Los hallazgos demuestran que cuidar a una persona mayor con discapacidad es un proceso estresante que aumenta la probabilidad de padecer problemas físicos y mentales e incrementa la tasa de mortalidad, la literatura científica califica a los cuidadores como “segundas víctimas” de la enfermedad o “pacientes ocultos”. En su mayoría, quienes ocupan

el rol de cuidador son mujeres y, respecto al vínculo de parentesco con el paciente, predominan las esposas e hijas⁵⁵. Existe la mayor vulnerabilidad de las mujeres cuidadoras y más aún si se trata de adultas mayores, dicho cuidado consiste en contribuir al bienestar del adulto mayor, atendiendo con calidad y amabilidad sus necesidades⁵⁵.

2.3.1.1.4. Cuidado integral

El término “integral”, proviene de integralidad, se refiere al todo de una realidad compleja y no sólo a algunas pocas de sus partes integrantes; en sus dos sentidos complementarios: la interpretación integral de lo que es la salud, y, la consecuente respuesta también integral para su cuidado, donde es absurdo separar lo promocional, preventivo, reparador y de rehabilitación, lo individual de lo social, además de otros aspectos⁵⁶. Todo lo anterior corresponde y responde mayormente a un reconocimiento de la multicausalidad de los problemas de la salud, dentro de la cual casi no hay un factor, económico social o político, que no participe positiva o negativamente⁵⁶. Lo que más falta enfatizar es lo “integral” de la respuesta social a los problemas de la salud, a su vez debe de ser, no sólo interdisciplinaria sino también multidisciplinaria, transdisciplinaria, y principalmente de equipo⁵⁶. El cuidado integral es un fundamento del cuidado de enfermería, se caracteriza por ser competente, necesitar conocimientos previos, realizarse con humildad y respeto; se diferencia del cuidado específico porque este se enfoca en una sola área y no es tan completo, el cuidado integral cumple con su objetivo cuando es objetivo y subjetivo a la vez⁵⁶.

2.4. Bases Conceptuales

2.4.1. Adulto Mayor.

El término adulto deriva del latín “adultus” significa crecer o madurar, mientras que mayor procede nace del latín maior, que hace referencia a grande en edad; es un término reciente que

se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad³². Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, referido a los cambios de orden natural; social que son las relaciones interpersonales y psicológico que son las experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida; hace alusión a los últimos años de vida de una persona o a la edad máxima de un ser humano es una época de la vida enmarcada por la experiencia y la sabiduría³³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el adulto mayor es la persona mayor de 60 años; sinónimo de persona de la tercera edad. Algunos considerados, adultos mayores disfuncionales, cuando necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Son más vulnerables a diversas enfermedades, requiriendo de una constante observación y atención médica. Debido al aumento en la esperanza de vida, al proceso natural de envejecimiento y a la vulnerabilidad física, social y psicológica se ha incrementado el número de padecimientos y sus complicaciones, predominando las enfermedades crónico degenerativas, presentando un detrimento de la calidad de la misma. Es posible considerar ser un adulto mayor saludable, ya que el envejecimiento es un proceso absolutamente natural e irremediable, por que atraviesa toda persona con el paso del tiempo, en donde se produce cambios en el organismo y puede ser negativo o positivo, según su estilo de vida³⁴.

2.4.1.1. Cambios físicos del adulto mayor

En la masa muscular, grasa y agua corporal, la cantidad de tejido muscular (masa muscular) y la fuerza muscular tienden a disminuir a partir, aproximadamente, de los 30 años; dicha disminución continúa durante toda la vida³⁴. Parte de esta reducción está causada por la inactividad física y el descenso en las concentraciones de la hormona del crecimiento y de testosterona, que estimulan el desarrollo muscular. Además, los músculos no se contraen tan rápidamente porque se pierden más fibras musculares de torsión rápida que de torsión lenta.

Sin embargo, los efectos del envejecimiento no reducen la masa muscular y la fuerza más de un 10 o 15%, aproximadamente, durante la vida adulta³⁵. En los AM hay una pérdida de masa muscular, hasta el 40%, teniendo como causas la disminución de la ingesta de proteínas y desnutrición, disminución del ejercicio físico: vida sedentaria, enfermedades crónicas limitantes (respiratorias, cardíacas, osteoarticulares, etc.), alteraciones endocrinas (diabetes, problemas de tiroides, etc.), disminución del estímulo nervioso directo en el músculo, el uso de fármacos (corticoides, diuréticos, etc.) implican una mayor dificultad en la realización de las funciones motoras, menor resistencia al ejercicio y principal factor determinantes de la dependencia de las AM³⁶.

La proporción de agua en el organismo disminuye de forma progresiva; en la juventud el agua representa aproximadamente el 70% de la masa corporal, mientras que a partir de los 65 años puede disminuir hasta el 50% y es debida a la disminución de agua intracelular en todos los tejidos del organismo, así como a la alteración de la función renal, con una menor capacidad renal para concentrar la orina (es decir, una menor capacidad para ahorrar agua corporal). Una de las consecuencias de estos hechos es la facilidad de las personas mayores para deshidratarse, empeorándose al estar disminuida la sed. Con respecto a la grasa hay un aumento de la misma que es proporcional a la disminución de la masa muscular. La grasa se distribuye a nivel del tronco, así como a nivel intraabdominal y disminuyendo en las extremidades. Como consecuencia puede haber problemas en el mantenimiento de la temperatura corporal y una alteración en el metabolismo de muchos fármacos³⁶.

2.4.1.1.1. En los huesos y articulaciones.

En las mujeres, la pérdida de densidad ósea aumenta después de la menopausia porque se producen menos estrógenos, que ayudan a evitar una destrucción ósea excesiva en el transcurso del proceso normal de formación, reabsorción y remodelación de los huesos. En la

vejez se presenta la pérdida moderada de densidad ósea (osteopenia) y la pérdida grave (osteoporosis), por lo que los huesos son menos densos; predominando en mujeres, frente a la pérdida de estrógenos (evitan una destrucción ósea excesiva en el transcurso del proceso normal de formación, reabsorción y remodelación de los huesos)³⁵. El detrimento de la densidad del hueso se da porque éste contiene menos calcio (responsable de la dureza del hueso) y se da cuando el cuerpo absorbe menos calcio de los alimentos; además, los niveles de vitamina D, que ayuda al cuerpo a usar el calcio, disminuyen. El fémur (a la altura de la cadera), los extremos de los huesos del brazo (radio y cúbito) en la muñeca y los huesos de la columna vertebral (vértebras). Las vértebras se vuelven menos densas, y las almohadillas de tejido (discos) entre ellas pierden fluido y se vuelven finas, haciendo que la columna vertebral se acorte. Por lo tanto, la estatura de las personas de edad avanzada disminuye³⁵.

El cartílago de la articulación disminuye, debido al desgaste producido por los años de movimiento, se vuelve más fino. Las superficies de una articulación no pueden deslizarse una sobre otra tan bien como lo hacían antes, y la articulación puede ser ligeramente más propensa a las lesiones, que se deben a traumatismos repetidos o al empleo de las articulaciones durante toda la vida, conduciendo a sufrir de artrosis. Los ligamentos, que unen las articulaciones, y los tendones, que unen los músculos a los huesos, se vuelven menos elásticos, por lo que las articulaciones se notan rígidas o duras; perdiendo flexibilidad³⁵. Los ligamentos y los tendones suelen desgarrarse con mayor facilidad, y, cuando lo hacen, se curan más lentamente. Estos cambios se producen porque las células que reparan los ligamentos y los tendones se vuelven menos activas³⁵.

2.4.1.1.2. En la visión.

El adulto mayor aparece cambios a nivel del cristalino adquiriendo rigidez, por lo que se hace más difícil enfocar objetos de cerca (presbicia); se vuelve más denso, comportando que entre

menos luz por la retina hasta la parte posterior del ojo; además la retina, que contiene las células que perciben la luz, se vuelve más sensible lo que dificulta la visión cuando no hay suficiente luz. Se hace necesaria una luz intensa para poder leer, el cristalino se vuelve amarillo modificando el modo en que se perciben los colores; la pupila reacciona más lentamente a los cambios de luz; el número de células nerviosas disminuye, afectando la percepción de profundidad; los ojos producen menos líquido y en consecuencia se notan seco³⁵. Los ojos tienden a secarse, cuando disminuye el número de células productoras de fluidos lubricantes de los ojos, asimismo la producción de lágrimas puede disminuir. El aspecto de los ojos cambia; la esclerótica puede tomar un color amarillento o amarronado; debido a la exposición a la luz ultravioleta, al viento o al polvo; pueden aparecer, esporádicamente, manchas de color en el blanco de los ojos, especialmente en personas de tez oscura, además de un anillo gris blanco en la superficie del ojo³⁵.

2.4.1.1.3. En el oído

La membrana del tímpano se vuelve más gruesa, las articulaciones de los pequeñísimos huesos en el oído pierden elasticidad y eficiencia, y en general disminuyen el número de neuronas involucradas en el funcionamiento de varias estructuras del oído, que son responsables de la emisión del sonido al cerebro³⁵. La cera de los oídos se torna más dura y seca; afectando la conducción física del sonido, dificultando la acción de oír los sonidos de frecuencia baja, pero también puede afectar a la audición neurosensorial, haciendo más difícil oír los sonidos de alta frecuencia³⁷.

2.4.1.1.4. En el gusto y olfato.

Estos sentidos comienzan a disminuir gradualmente; la lengua identifica únicamente los sabores principales: dulce, ácido, amargo y salado; disminuye la sensibilidad de los receptores

del gusto localizados en la lengua³⁵. Estas modificaciones tienden a reducir la capacidad de percibir los sabores dulces y salados más que los amargos o ácidos³⁵. El olfato solo disminuye ligeramente ya que el revestimiento de la nariz se vuelve delgado y seco y las terminaciones nerviosas de la nariz se deterioran. Por consiguiente, la mayoría de las comidas suelen tener un gusto más amargo, y los alimentos con olores sutiles pueden resultar más insípidos³⁵. La boca se nota seca más a menudo, en parte porque se produce menos saliva, reduciendo la capacidad de degustar los alimentos³⁵.

2.4.1.1.5. En la piel.

El cuerpo envejecido produce menos colágeno (tejido fibroso resistente, que fortalece la piel) y elastina, además se transforman químicamente y se vuelven menos flexibles. La capa de grasa subcutánea, que actúa como un cojín para la piel, protegiéndola y ayudando a mantener el calor corporal disminuye³⁵. Como resultado, la piel se vuelve más fina, menos elástica, más seca, forma arrugas más finas y se desgarran con mayor facilidad. El número de terminaciones nerviosas de la piel también disminuye, Como resultado, las personas se vuelven más sensibles al dolor, a la temperatura y a la presión, y pueden producirse más lesiones³⁵.

En relación al número de glándulas sudoríparas y de vasos sanguíneos también se reduce y el flujo sanguíneo en las capas profundas de la piel disminuye. Normalmente, el calor se desplaza desde el interior del organismo, por los vasos sanguíneos, hacia la superficie³⁵. El calor que sale del organismo es menor y el organismo no puede enfriarse adecuadamente, por lo que los AM puedan padecer de trastornos por exceso de calor, como golpes de calor. La piel tiende a curarse lentamente cuando el flujo sanguíneo es menor. El número de células que producen melanina (melanocitos) disminuye, por lo que la piel está menos protegida de los rayos ultravioletas (UV), como los de la luz solar³⁵. La piel pierde capacidad de sintetizar vitamina D al exponerse a la luz solar; como resultado, aumenta la carencia de vitamina D³⁵.

2.4.1.1.6. En el cerebro y el sistema Nervioso

El reduce el número de células nerviosas del cerebro; pero éste puede compensar esta pérdida de varias maneras: Al perderse células, se establecen nuevas conexiones entre las neuronas restantes; también se pueden formar nuevas neuronas en algunas áreas del cerebro. El cerebro posee más neuronas de las que necesita para realizar la mayoría de las actividades (redundancia). Las sustancias químicas que ejercen de mensajeras en el cerebro la mayoría tienden a disminuir, pero algunas aumentan, además las células nerviosas pueden perder algunos de sus receptores para estos mensajes químicos, asimismo la irrigación sanguínea al cerebro disminuye³⁵. Los AM reaccionan y ejecutan tareas con mayor lentitud, por otro lado, el número de células de la médula espinal comienza a disminuir³⁵. Con la edad, los nervios conducen las señales más lentas, a menudo, este cambio es tan mínimo que la persona en cuestión ni lo nota. Además, los nervios suelen autorrepararse más despacio y de modo incompleto, por consiguiente, en las personas de edad avanzada que tengan los nervios dañados, las sensaciones y la fuerza pueden disminuir³⁵.

2.4.1.1.7. En el aparato circulatorio y sangre

El sistema de marcapasos natural que controla el latido cardíaco, puede desarrollar tejido fibroso y depósitos de grasa. El marcapasos natural (nódulo sinoauricular) pierde algunas de sus células, que pueden ocasionar una frecuencia cardíaca ligeramente más lenta. En algunos AM ocurre un leve incremento del tamaño del corazón, especialmente en el ventrículo izquierdo; la pared cardíaca se hace más gruesa, de modo que la cantidad de sangre en la cavidad puede de hecho disminuir a pesar del aumento del tamaño general del corazón; el corazón puede llenarse más lentamente³⁸. Las arritmias son comunes, éstos pueden ser causados por una enfermedad cardíaca, además existe la presencia de los depósitos del "pigmento del envejecimiento", la lipofucsina; las células del músculo cardíaco se degeneran

ligeramente, por ende, las válvulas del corazón, que controlan la dirección del flujo sanguíneo, se vuelven gruesas y más rígidas³⁸.

2.4.1.1.8. A Nivel de Vasos Sanguíneos

Con el envejecimiento, los barorreceptores que controlan normalmente la presión arterial y realizan cambios para ayudar a mantenerla más o menos constante cuando la persona cambia de posición o hace otras actividades, se vuelven menos sensibles³⁸. La arteria aorta se vuelve más gruesa, más rígida y menos flexible, probablemente está relacionado con los cambios en el tejido conectivo de la pared del vaso sanguíneo, conduciendo a una presión arterial más alta y que el corazón se esfuerce más, lo que puede llevar al engrosamiento del miocardio (hipertrofia). Las otras arterias también se hacen más gruesas y rígidas³⁸.

2.4.1.1.9. En la Sangre

Se presenta menos líquido en el torrente sanguíneo de tal forma que el volumen de sangre se reduce, esto se debe a la reducción total de agua corporal. En su mayoría los glóbulos blancos, se mantienen en los mismos niveles, aunque los neutrófilos, responsables de la inmunidad, disminuyen en cantidad y capacidad para combatir bacterias, esto reduce la capacidad para resistir infecciones³⁹. La hemoglobina y el hematocrito se reducen ligeramente, el volumen celular medio aumenta ligeramente, se reduce el contenido del 2,3 DPG (2,3-bisfosfoglicerato, la misma que controla el transporte de oxígeno de los eritrocitos a los tejidos; aumenta la fragilidad osmótica del hematíe; la supervivencia eritrocitaria no se modifica; la velocidad de sedimentación globular (VSG) aumenta de forma importante³⁹. Los conteos de plaquetas son normales o ligeramente disminuídas, la función plaquetaria, generalmente esta normal⁴⁰. En la médula ósea, la cantidad de médula ósea activa, disminuye, por lo que se genera menor cantidad de dichas células, pero generalmente la médula puede elaborar células sanguíneas

suficientes a través de la vida. Frente a una anemia, la médula es menos capaz de producir células sanguíneas como respuesta a las necesidades del cuerpo⁴⁰. También se presenta una reducción del espacio medular por tejido hematopoyética; además el número de células progenitoras en médula ósea se reduce; la eritropoyesis es más lenta, reduciendo la incorporación de hierro a los hematíes; a pesar que el intestino capta el hierro⁴⁰.

2.4.1.1.10. En los pulmones y los músculos de la respiración

Los músculos responsables de la respiración, el diafragma, tienden a debilitarse, el número de alvéolos y de capilares pulmonares disminuye; por lo tanto, se absorbe un poco menos de oxígeno del aire respirado, los pulmones se vuelven menos elásticos, disminuyendo su capacidad para combatir las infecciones³⁵. Del mismo modo en el Aparato digestivo y anexos, a nivel de boca presenta adelgazamiento de encías, disminución de la resistencia del esmalte dentario y por lo tanto pérdida de piezas dentarias, disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, dificultad en la masticación y la deglución³⁵. Las contracciones de los músculos esofágicos son con menos fuerza, el estómago se vuelve menos elástico, por lo que no puede retener grandes cantidades de comida, por lo que se da un descenso de la movilidad y una menor secreción ácida; se presenta una menor calidad del moco de la capa interna del estómago⁴. El hígado tiende a reducir su tamaño, por la disminución de hepatocitos y menos fluidez de sangre por él. Las enzimas que ayudan al organismo a procesar los fármacos y otras sustancias (metabolismo) no son tan eficaces, por lo que el hígado puede ser ligeramente menos capaz de eliminar del organismo los fármacos y otras sustancias. Por consiguiente, los efectos de los fármacos, intencionados o no, duran más tiempo³⁵. También disminuye la producción de bilis, mostrando dificultad para metabolizar sustancias; la vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de litiasis vesicular³⁵. El intestino delgado, recibe un menor riego sanguíneo, disminución de su

movilidad y en el colon hay una disminución del peristaltismo, de la movilidad y la mucosa se atrofia, alterándose la absorción de agua de las heces⁴. El tracto digestivo produce una cantidad menor de lactasa (enzima que digiere la leche) evidenciándose en los AM padezcan de intolerancia a los productos lácteos. En el intestino grueso, los materiales se mueven más lentamente, lo que en algunas personas contribuye al estreñimiento³⁵. En los riñones y aparato urinario, se presenta una disminución de nefronas, los riñones se reducen de tamaño, la filtración de la sangre es menos eficaz, a partir de los 30 años; a medida que avanza la edad, los desechos de la sangre no tienen una buena eliminación, y también pueden eliminar demasiada agua, aumentando el riesgo de sufrir deshidratación, asimismo el control de la micción es difícil³⁵. El volumen máximo de orina que puede contener la vejiga disminuye, los músculos de la vejiga pueden contraerse de forma esporádica, independientemente de la necesidad de orinar, cuando los músculos de la vejiga se debilitan, queda una cantidad mayor de orina dentro de la vejiga después de la micción³⁵. El músculo, esfínter urinario, pierde capacidad de cerrar correctamente y evitar pérdidas. Por eso, las personas mayores tienen más dificultades para posponer la micción³⁵. En las mujeres, la uretra se acorta, y su revestimiento se hace más delgado, debido a la disminución del nivel de estrógenos, producidos con la menopausia. En los hombres, la próstata tiende a aumentar de tamaño, interfiriendo el paso de orina e impedir que la vejiga se vacíe por completo; por lo que los AM orinan con menos fuerza, tardan más tiempo en iniciar el chorro de orina, la orina gotea al finalizar la micción y orinan más a menudo³⁵.

2.4.1.1.11. En el Aparato reproductor

En mujeres, se presenta descenso hormonal de estrógenos; reduciendo el tamaño de los ovarios y del útero. Los tejidos de la vagina se vuelven más finos, más secos y menos elásticos, los senos se vuelven menos firmes y más fibrosos, tienden a perder su turgencia³⁵. En los hombres,

los cambios en los niveles de hormonas sexuales son menos bruscos; los niveles de testosterona disminuyen, lo que conlleva a una menor producción de espermatozoides y una disminución gradual del deseo sexual (lívido), aunque el flujo sanguíneo hacia el pene tiende a disminuir, la mayoría de hombres presentan erecciones de corta duración, son menos rígidas. La disfunción eréctil (impotencia) se vuelve más común a medida que el hombre envejece³⁵. En el sistema endocrino, decrecen los niveles y la actividad de algunas de las hormonas producidas por las glándulas endocrinas, asimismo los niveles de hormona del crecimiento disminuyen, lo que provoca una disminución de la masa muscular, la aldosterona disminuye, con lo que aumenta la probabilidad de deshidratación; dicha hormona provoca que el organismo retenga sal y, por lo tanto, agua³⁵. La insulina, que ayuda a controlar los niveles de azúcar en sangre, es menos efectiva, y puede producirse en menor cantidad, la insulina permite que el azúcar pase de la sangre a las células, donde puede convertirse en energía. Los cambios en los niveles de insulina conllevan que los niveles de azúcar se eleven más después de una comida copiosa, y tarden más en volver a la normalidad. Para la mayoría de las personas, los cambios en el sistema endocrino no afectan a la salud en general, pero en otras pueden aumentar el riesgo de sufrir alteraciones en la salud, por ejemplo, los cambios en los niveles de insulina aumentan el riesgo de sufrir diabetes de tipo 2, por lo tanto, el ejercicio y la dieta, que pueden potenciar la acción de la insulina, adquieren mayor importancia a medida que las personas envejecen³⁵.

2.4.1.1.12. En el Sistema Inmunitario

Las células del sistema inmunitario actúan con más lentitud; estas células identifican y destruyen sustancias extrañas como bacterias, otros microbios infecciosos y, probablemente, células cancerígenas. Dicha identificación del sistema inmunitario podría explicar algunos cambios o trastornos asociados con el envejecimiento y que provocan que en las personas de

edad avanzada: el cáncer sea más frecuente, las vacunas tienden a ser menos eficaces en las personas mayores, pero las vacunas contra la gripe, la neumonía y las culebrillas (herpes zóster) son esenciales y ofrecen cierta protección³⁵. Algunas infecciones, como la neumonía y la gripe, sean más frecuentes y provoquen una mortalidad mayor, los síntomas de alergia puedan resultar más leves dado que el sistema inmunitario se ralentiza, los trastornos autoinmunitarios se hacen menos frecuentes³⁵. Las células que nos defienden de organismos infecciosos son los leucocitos (basófilos, neutrófilos, células naturales killer, linfocitos T, eosinófilos, monocitos, células cebadas, macrófagos, células B, células dendríticas, etc.).

2.4.1.2. Cambios psicológicos del adulto mayor

Durante la edad avanzada tienen lugar cambios en la mayor parte de funciones y procesos psicológicos, no produciéndose en forma equivalente en todas las personas, sino que se ven influidos por factores como la salud física, la genética o el nivel de actividad intelectual y social, existen 4 cambios psicológicos más estudiados en la vejez que son la memoria, atención, inteligencia y la creatividad⁴¹.

La memoria sensorial, es el más inmediato de los almacenes de memoria, muestra generalmente un declive ligero como consecuencia del envejecimiento, la memoria a corto plazo de tipo pasivo no parece verse afectada por la edad excepto por un pequeño descenso en la velocidad de recuperación de la información⁴¹. Los diversos estudios longitudinales revelan que la memoria operativa o de trabajo sí empeora a lo largo de la vejez, en especial a partir de los 70 años, esto se asocia a las dificultades para manejar los procesos atencionales que hemos descrito en el apartado anterior⁴¹. En relación a la atención, se presenta un declive en el funcionamiento de los procesos atencionales a lo largo de la vejez⁴¹. Para entender el deterioro propio de esta etapa vital es necesario describir la atención sostenida, la dividida y la selectiva, la atención sostenida, se da cuando una tarea requiere que mantengamos el foco atencional

fijo en un mismo estímulo durante un periodo de tiempo relativamente prolongado⁴¹. Los AM son menos precisos al iniciar las tareas; es más marcado el deterioro de la atención dividida, consistente en alternar el foco atencional entre distintas fuentes estimulares o tareas⁴¹. El grado de eficacia es más bajo cuanto mayor sea la dificultad y el número de las tareas a través de las cuales se evalúe este tipo de atención⁴¹. La atención selectiva nos permite atender de forma prioritaria a determinados componentes estimulares, por encima de otras experiencias perceptivas menos relevantes. La actividad creativa, se relaciona directamente con la variedad y la riqueza de la experiencia acumulada en el AM. El periodo de creatividad comenzó a partir de los 50 años, no obstante, en algunos AM, el deterioro cognitivo, sensorial o físico puede afectar a su rendimiento creativo, asimismo la creatividad declina con la edad cronológica: muchas personas mayores realizan actividades creativas y la participación en actividades creativas puede ayudarles a dar un sentido a su vida y a su proceso de envejecimiento, a su vez se considera que es un cambio cualitativo en el proceso creativo, debido a que con la edad se produce un incremento en la inteligencia cristalizada y en el pensamiento convergente⁴¹.

Por ende, el estrés "fuerza o peso causado por presión"; el organismo reacciona a estados prolongados de temor, ansiedad, preocupación o enojo, o también a lesiones corporales crónicas, tales como infecciones, enfermedad o fatiga, empezando por un período de inmovilización. En éste se activan sectores del sistema nervioso autónomo que estimulan algunas glándulas endocrinas⁴². Estos cambios pueden aumentar la resistencia al estrés por parte del organismo, en tal caso los procesos generados por el estrés aparecerían y finalizarían si los recursos del organismo son insuficientes para hacer frente a la situación estresante, comienza una segunda fase de la reacción del estrés, caracterizada por una activación, superior a la normal, de la corteza adrenal y de la glándula pituitaria; si el estrés continúa, se establece el estadio tercero, en el cual el cuerpo entra en un estado de agotamiento y el organismo comienza a perder la batalla contra el estrés. Tanto las causas psicológicas, como las

fisiológicas tienen el mismo efecto sobre el organismo, la teoría del estrés ha llegado a convertirse en uno de los fundamentos de la medicina psicosomática⁴².

2.4.1.3. Las Enfermedades más Frecuentes

Fracturas óseas, oclusión coronaria, hipertensión, angina de pecho, fiebre reumática, o diabetes, se han relacionado con causas psicosociales, asimismo las relaciones sociales muy alteradas, inseguridad o perturbaciones en las relaciones sexuales; ante la aparición de enfermedades y eventos críticos en la vida, como exposición a choques emocionales en el trabajo, la muerte de un ser querido, la separación o el divorcio, se reportaron percepciones asociadas a mayor o menor grado de fracaso en la vida⁴². El significado de la pérdida sólo se percibe después de un tiempo de la muerte del cónyuge, a su vez en el estado inicial prevalecen sentimientos de desamparo, persistiendo durante varios años; la percepción y valoración de la muerte de una persona cercana puede variar con la historia de las relaciones de pareja, la duración de una enfermedad grave y el sufrimiento de la pareja, la posibilidad de anticipación, la disponibilidad de redes sociales y algunas tradiciones culturales⁴².

Asimismo, la ansiedad, es definida como la respuesta emocional a una situación indeseada, que comprende tres componentes los cuales son el cognitivo, el fisiológico y las funciones motoras, en los cuales la percepción y características del individuo frente a los estímulos internos y externos es lo que genera dicha respuesta, por ende se observa como las alteraciones emocionales y físicas que presenta el adulto mayor pueden desencadenar, además del estrés, la inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar y el agotamiento físico causando una preocupación excesiva., situaciones de ansiedad, además de quebrantos de salud⁴³. Existe una estructura cognitiva que genera sesgos en el procesamiento de la información, denominadas distorsiones cognitivas, cumpliendo una función en el desarrollo de la ansiedad, las cuales se activan selectivamente asociándose al peligro representado en la

memoria a largo plazo. El individuo desarrolla la ansiedad por la interpretación que realiza de los eventos y no por estos en sí, la estrategia a utilizar es la reestructuración cognitiva, logrando así que el individuo modifique las interpretaciones de las vivencias, estimulando al individuo para que logre organizar los pensamientos de una forma realista y adaptativa⁴⁴.

2.4.1.3.1. La Depresión

Es un tipo de trastorno mental que afecta el estado de ánimo y el humor en las personas que lo padecen, se caracteriza por una serie de síntomas que se manifiestan en los individuos depresivos, como falta de motivación, tristeza, desesperanza, pérdida de apetito y de sueño, insomnio, falta de interés por las actividades cotidianas entre otros⁴⁵. Puede presentarse en cualquier edad de la persona, de manera prolongada o en episodios recurrentes ocasionando graves afectaciones en sus relaciones interpersonales y afectivas, alterando su estilo de vida, a su vez es común que las personas tiendan a confundir o malinterpretar el concepto de depresión utilizándolo para describir o relacionar con ciertos estados de ánimos negativos que pueden manifestarse ante determinadas situaciones pero que no trascienden o desaparecen fácilmente; hasta cierto punto, estos estados de humor son normales por la propia naturaleza de los seres humanos⁴⁵. Lo que se debe considerar para establecer un cuadro depresivo es la permanencia y la recurrencia con que se presente la sintomatología que caracteriza a este trastorno⁴⁵. Existen varios factores que pueden causar un trastorno depresivo: carácter genético, bioquímico y psicológico, sin embargo, también puede manifestarse en personas que no presenten antecedentes familiares⁴⁵. Los niveles bajos de dopamina, serotonina o noradrenalina pueden generar un bajo estado de ánimo, motivación o placer y sin un tratamiento adecuado para la estabilización de estos neurotransmisores, podría desembocar en un episodio de depresión⁴⁶. Existen casos en que el padecimiento de alguna enfermedad, crónica o terminal, constituye un factor de riesgo para que el paciente desarrolle un estado

depresivo; la preocupación y la incertidumbre acerca de su estado de salud y la condición incapacitante que le ocasiona, afecta considerablemente su estado emocional y si no cuenta con el apoyo moral y afectivo de sus seres queridos o personas allegadas para afrontar la adversidad, esto puede convertirse un factor precipitante de la depresión. Existen otros acontecimientos de carácter psicológico como la pérdida de un ser querido, problemas sentimentales, o traumas pueden ocasionar un estado depresivo⁴⁷. Las consecuencias que producen el padecimiento de un episodio o la permanencia de un estado depresivo son variadas y afectan multidimensionalmente en las personas y en diferentes ámbitos o contextos como el familiar, laboral, social etc; al estar deprimido el individuo se siente desmotivado y con falta de interés por las actividades básicas o cotidianas, las interacciones familiares y sociales; de manera que esta condición incapacitante lo sume en un estado de inutilidad y auto reproche por considerarse que no sirve para nada, arraigando aún más la depresión y reforzando las creencias irracionales que le causaron la perturbación emocional o conductual⁴⁸. Cambios en el adulto mayor. La jubilación en los adultos mayores, aquí experimentan un sentimiento de distanciamiento en relación con la corriente de la vida de su propio grupo de pertenencia, este empobrecimiento del contacto con el entorno se traduce en un empobrecimiento del tiempo que tiene para disfrutarlo, asimismo los adultos mayores tienen la impresión de que el tiempo es largo, que transcurre a un ritmo mucho más lento⁴⁹. La jubilación social de los adultos mayores lleva directamente a la soledad por el hecho de afectar a su comunidad de experiencias con los miembros de su grupo de pertenencia, siendo como extranjeros en la sociedad donde viven, sin comunidad de experiencias con los demás, sólo la tienen a ella. Por esto no se sienten auténticamente vivientes, además comprueban con amargura que la vida, más que la ausencia de la muerte, es en realidad la comunión con una corriente vital experimentada a través de un grupo de pertenencia⁴⁹. El cambio en las costumbres laborales, que llega con la jubilación tiene sus consecuencias, la adaptación es difícil porque la vida y

sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad⁵⁰.

Conforme las personas envejecen, tienden a pasar menos tiempo con otros; con frecuencia, el trabajo es una fuente conveniente de contacto social, por tanto, los que llevan mucho tiempo de jubilados tienen menos contactos sociales que los jubilados más recientes o quienes continúan trabajando⁵¹. Los ancianos con frecuencia pasan por alto oportunidades para aumentar el contacto social y es más probable que, a diferencia de los adultos más jóvenes, se sientan satisfechos con redes sociales más pequeñas. Sin embargo, el contacto social que los ancianos sí mantienen es más importante para su bienestar que nunca antes⁵¹.

2.4.1.4. Cambio de rol en la vejez, desde tres dimensiones:

2.4.1.4.1. El anciano como individuo.

Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca, la actitud frente la muerte cambia con la edad, uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte, esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad⁵⁰. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

2.4.1.4.2. El anciano como integrante del grupo familiar

Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos, las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas⁵⁰. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero, la segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia⁵⁰.

2.4.1.4.3. El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas

La ancianidad es una etapa caracterizada por la disminución de las facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, además las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad⁵⁰. Aunque es posible que los ancianos vean a las personas con menos frecuencia, las relaciones personales continúan siendo relevantes, quizás incluso más que antes. Las relaciones con los miembros de la familia continúan siendo importantes a una edad muy avanzada. Entre estas relaciones se encuentran los lazos con la familia en la que uno crece (con padres, hermanos y hermanas) y con las nuevas familias que los hijos construyen cuando son mayores⁵⁰. En muchos países la familia nuclear, es una familia de dos generaciones conformada por padres y sus hijos en crecimiento, es la unidad familiar común, el lazo entre los hijos en la adultez media y sus padres ancianos es fuerte, se nutre de los vínculos más tempranos y continúa a lo largo del resto de sus vidas⁵⁰. Las relaciones entre la mayoría de las personas en la adultez media y sus padres son cercanas y se basan en un contacto frecuente y en la ayuda mutua, muchas personas en la adultez media consideran a sus padres más objetivamente que antes, los ven como individuos que tienen tanto fortalezas como debilidades. Algo más ocurre durante estos años: un día un hijo o hija ve a su madre o padre y lo ve como anciano, y este descubrimiento puede ser estresante⁵⁰. Por otra parte, los ancianos pueden observar a un hijo en la adultez media que está en la cima de sus logros con una nueva y más respetuosa mirada, el equilibrio de la ayuda mutua que fluye entre los padres y sus hijos adultos tiende a cambiar conforme los padres envejecen, cuando los hijos proporcionan una mayor cantidad de apoyo. Sin embargo, incluso ahí, los ancianos realizan importantes aportaciones al bienestar familiar, por ejemplo, a través de labores domésticas y cuidado de los niños⁵⁰. Los padres ancianos cuyos hijos enfrentan problemas serios tienen más probabilidad de deprimirse, para las madres las relaciones más estresantes son aquellas en las

que una hija ha perdido contacto con la familia; para los padres, las relaciones más estresantes son con los hijos que continúan dependiendo emocional y financieramente de ellos. Aunque la mayoría de los adultos ancianos se encuentran físicamente en buenas condiciones, vigorosos e independientes, algunos buscan la ayuda de sus hijos para tomar decisiones e incluso pueden depender de ellos para las tareas diarias y apoyo financiero. Si los ancianos enferman o son frágiles, sus hijos pueden enfrentarse con el manejo de la vida de sus padres⁵⁰. La salud se encuentra estrechamente relacionada con las actividades que se realizan en grupo, ya que la participación en actividades sociales prolonga la aparición de los efectos del envejecimiento en la medida que la persona se siente útil física, social y familiarmente; las actividades sociales pueden ser deportivas (la natación, las caminatas), educacionales (el análisis de películas, la práctica de refranes, contar historias), sociales (juegos de mesa, lectura en grupo), artísticas (música, canto, baile, pintura, escultura, entre otras) y artesanales o manuales (tejido, bordado), etc⁵¹. Las actividades sociales pueden ser deportivas (la natación, las caminatas), educacionales (el análisis de películas, la práctica de refranes, contar historias), sociales (juegos de mesa, lectura en grupo), artísticas (música, canto, baile, pintura, escultura, entre otras) y artesanales o manuales (tejido, bordado)⁵¹. Además, las actividades realizadas en grupo se correlacionaban con una percepción de salud positiva; por lo tanto, las actividades sociales ofrecen diversos beneficios (pertenencia, contacto, compañía, percepción positiva de salud). Por el contrario, las personas que se encuentran aisladas se sienten solas y tienen la percepción de su estado de salud deteriorado⁵¹.

La importancia de las actividades sociales y su efecto en la salud se establece a través de los vínculos sociales que constituyen una necesidad fundamental de poder contar con los demás a través del apoyo e intercambio mutuo, a su vez la pertenencia está en gran parte ligada a la necesidad que tienen los individuos de vivir en sociedad, lo que representa un factor constitutivo del vínculo social e interviene de manera significativa en la salud, al amortiguar

las situaciones de estrés o de ansiedad, en cambio, la falta de vínculos sociales, el aislamiento y la soledad influyen negativamente en la salud, lo cual se manifiesta en un profundo sentimiento de abandono y depresión. De igual forma, los arreglos residenciales y la dinámica familiar representan factores significativos en la salud de los adultos mayores, la composición del hogar presenta características fundamentales que delimitan la atención de la salud, la solidaridad de los hijos, la ayuda en caso de dependencia, la compañía, por mencionar algunas. Al vivir en compañía, se establecen acuerdos importantes que determinan la forma de vivir la vejez, ya que las circunstancias y condiciones varían según la composición del hogar en el que residen los adultos mayores. Asimismo, existen factores individuales que contribuyen a mediar la salud como la actividad física, a diferencia del consumo de alcohol y/o tabaco que inciden en la salud en los adultos mayores. Además de factores de la estructura social que contribuyen a la salud como el acceso a medicamentos, a los sistemas de salud, entre otros⁵¹.

2.4.1.4.4. Principios de la Naciones Unidas a favor de las personas de edad

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91) el 16 de diciembre de 1991. Se exhortó a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. Algunos puntos salientes de los principios son los siguientes:

2.4.1.4.5. Independencia

Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia; tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos; poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales; tener acceso a programas educativos y de formación

adecuados; tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio; poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible⁵².

2.4.1.4.6. Participación

Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades, además poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada⁵². Cuidados Las personas de edad deberán, poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad, tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad; también a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado; asimismo a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro; poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida⁵².

2.4.1.4.7. Autorrealización

Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente

su potencial; tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

2.4.1.4.8. Dignidad

Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales; recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica⁵².

2.5. Definición de términos básicos

- **Adulto Mayor:** son aquellas que tienen 60 años a más, según la legislación nacional⁵⁷.
- **Autoestima:** es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter⁶⁰.
- **Cuidador:** son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario⁵⁸.
- **Jubilación:** es el acto administrativo por el que un trabajador en activo, por cuenta propia o ajena, solicita pasar a una situación pasiva o de inactividad laboral tras haber alcanzado la edad legal para ello⁶¹.
- **Orfandad:** es alguien privado a través de "la muerte o la desaparición, por abandono o deserción, o la separación o la pérdida de familiares⁶².
- **Psicológico:** es todo lo relativo a la manera de pensar, sentir y comportarse de un individuo o de un grupo de personas⁶³. **Salud mental:** La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social⁵⁹.

2.6. Variable de Estudio.

Variable 1: Adulo mayor

Variable 2: Cuidado integral

2.7. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento			
Variabele Independiente. Adulto mayor	<p>Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad. Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).</p>	1. Edad:	a. De 60 a 70 años b. De 71 a 80 años c. De 81 a más	Cuestionario Entrevista			
		2. Sexo:	a. Femenino b. Masculino				
		3. Estado Civil .	a. Soltero b. Casado c. Divorciado d. Separado e. Viudo				
		4. grado de instrucción	a. Analfabeto b. Primaria incompleta c. Primaria completa d. Secundaria incompleta e. Secundaria completa f. Superior incompleta g. Superior completa				
		5. Patología que padece:	a. Enfermedades del aparato digestivo y anexos b. Enfermedades del aparato respiratorio c. Enfermedades del aparato urinario d. Enfermedades del aparato cardiovascular e. Enfermedades de la piel y anexos aparato digestivo f. Enfermedades de los órganos de los sentidos				
		6. Grado de dependencia	a. Grado I de dependencia moderada b. Grado II de dependencia severa c. Grado III de gran dependencia				
		7. Con quien vive usted?	a. Con mi esposa b. Con mi esposa e hija/o mayor c. Con mi hijo /a y mi nuera y/o yerno d. Otros				
		8. Quien es la persona que cuida de usted?	a. Mi esposa b. mi hija y/o hijo c. Mis sobrinos) d. Otros				
		Variable dependiente	<p>Enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas.</p>		9. ¿Qué aspecto es lo mas cuida ud. Del adulto mayor?	1.Aspecto físico 2.Aspecto psicológico 3.Aspecto Social 4.Aspecto espiritual	Cuestionario Entrevista
		Cuidado integral					

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de investigación.

a). Descriptiva: es un tipo de investigación que se encarga de describir la población, situación o fenómeno alrededor del cual se centra su estudio. Procura brindar información acerca del, como, cuando y donde, relativo al problema de investigación, sin darle prioridad responder al “por qué” ocurre dicho problema.

b.) De corte transversal: en los que se determina la presencia de una condición o estado de salud en una población bien definida y en un marco temporal determinado: un día, una semana, un momento en particular en la vida, aunque no coincida temporalmente en todos los sujetos (por ejemplo, las cifras de tensión arterial al momento de entrar a la facultad o al iniciar las vacaciones, la prevalencia de diabetes en pacientes internados en un hospital un día determinado, etc).

3.2. Descripción del área de investigación

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud, con los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud La Tulpuna.

3.3. Población, muestra y unidad de análisis.

3.3.1. Población.

Constituido por 369 adultos mayores atendidos en el centro de salud la Tulpuna, Cajamarca - 2021.

✓ Criterios de inclusión:

- a) Personas mayores de 60 años de edad, que son atendidos en el Centro de Salud la Tulpuna, Cajamarca - 2021.
- b) Adultos mayores que voluntariamente admitieron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

✓ **Criterios de exclusión:**

- a) Adultos mayores que no desearon participar libremente en el estudio.
- b) Adultos mayores con discapacidad mental.

3.3.2. Muestra.

Cabe destacar que el tamaño se establece mediante muestreo aleatorio simple de proporciones poblacionales, con una confiabilidad de 95,0% y aceptando un error máximo tolerable del 5,0%, con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

- n= Tamaño de la muestra N= 369 adultos mayores.
- Z= 1,96 (Valor Probabilística de Confiabilidad al 95,0%)
- P= 0,5 (Cantidad de adultos mayores, que pueden tener un buen cuidado) Q= 0,5 (Cantidad de adultos mayores que no pueden tener un buen cuidado) E= 0,05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{369 \times (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2 (369-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

n = 107 pobladores.

La muestra estuvo constituida por 107 adultos mayores, atendidos en el centro de salud la Tulpuna, Cajamarca - 2021.

3.3.3. Unidad de observación y Análisis.

Cada uno de los adultos mayores de 60 años, atendidos en el centro de salud La Tulpuna, Cajamarca - 2021.

3.3.4. Métodos y Recolección de Datos

se utilizó un cuestionario estructurado y elaborado por las investigadoras. Este cuestionario consta de 18 preguntas cerradas, las 8 primeras preguntas se relacionan con aspectos sociodemográficos, antecedentes patológicos y grado de dependencia, a partir de la pregunta 11 Y 12 se consideran preguntas relacionadas al cuidado físico, de la pregunta 13 y 14 al concernientes al cuidado psicológico, de la 15 a la 16, preguntas orientadas al cuidado social y las preguntas 17 y 18 referente al cuidado espiritual sobre el cuidado integral del adulto mayor que brinda el cuidador.

3.4. Elaboración de instrumento.

Se elaboró un cuestionario de preguntas en donde se registró los datos del adulto mayor, edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, patologías que padece, con quien vive y persona quien cuidada del adulto mayor.

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

La encuesta fue validada ante el juicio de 3 expertos en la materia: Dra. Emiliana Chillón Moza, Mg. Enf. Liseth Yohana Correa Chávez, Mg. Enf. Diana Jeovanna Roncal Terán. A quienes se les hizo llegar la encuesta adjuntando la hoja de validez del instrumento. El juicio de expertos permitió hacer correcciones relacionadas con los siguientes aspectos:

- Tipo de preguntas más adecuados.
- Enunciado correcto y comprensible.
- Preguntas de extensión adecuada.
- Correcta categorización de las respuestas.
- Existencia de rechazo hacia algunas preguntas.
- Ordenamiento interno es lógico; si la duración está dentro de lo aceptable por los encuestados.

3.6. Procesamiento y análisis de datos.

Para el procesamiento de datos se evaluará la consistencia de la información recolectada, usando la hoja de cálculo Excel 2016 y el Software Estadístico SPSS v. 25, los cuales nos permitirán obtener tablas y porcentajes para llevar a cabo el análisis e interpretación de los datos recolectados.

La presentación de los resultados se hará en tablas simples, utilizando la escala Likert.

3.7. Aspectos Éticos de la Investigación

Consentimiento informado verbal para cada una de las unidades de estudio, manteniéndose en todo momento los principios éticos.

Para la aplicación de los instrumentos se solicitará permiso al Representante del Centro de Salud La Tulpuna y en todo momento se respetará las normas establecidas por dicha institución de salud.

En esta investigación se tuvo en cuenta:

- a) Confidencialidad, es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona. Dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a esta información.
- b) Veracidad, una afirmación puede ser verdadera o falsa y para saberlo se ponen en marcha criterios, pruebas o datos que lo demuestren
- c) Consentimiento informado, Consentimiento informado verbal para cada una de las unidades de estudio, manteniéndose en todo momento los principios éticos.

Para la aplicación de los instrumentos se solicitará permiso al Representante del Centro de Salud La Tulpuna y en todo momento se respetará las normas establecidas por dicha institución de salud.

CAPITULO IV

RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSIÓN

Una vez procesado y analizado la información se obtuvo los siguientes resultados:

4.1. Resultados de la investigación

Tabla 1. Factores sociodemográficos del adulto mayor. Centro de La Salud, La Tulpuna.

Cajamarca – 2021.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	< 67 años	30	28.0 %
	68 a 75	26	24.3%
	76 a 83	22	20.6%
	84 a 91	22	20.6%
	92 a 98	7	6.5%
Ocupación	Dependiente	11	10.3%
	Independiente	96	89.7%
Sexo	Femenino	49	45.8%
	Masculino	58	54.2%
Grado de Instrucción	Analfabeto	23	21.0%
	Primaria completa	19	18.0%
	Primaria incompleta	26	25.0%
	Secundaria completa	9	8.0%
	Secundaria incompleta	13	12.0%
	Superior completa	3	3.0%
	Superior incompleta	12	11.0%
	En blancos	2	2.0%
	Total	107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla 1 refiere que el 28.0 % de los adultos mayores tiene una edad menor de 67 años, 24.3% tienen entre 68 y 75 años, 20.6 % entre 76 y 83 años; 89.7 % son independientes; 10.3 % son dependientes, 54.2 % son del sexo masculino y el 45.8% femenino, el 25.0 % tienen primaria incompleta, 21.0 % son analfabetos y 18.0 % tiene primaria incompleta.

Tabla 2. Número y porcentaje de adultos mayores que padecen de enfermedades según sistemas. Centro de salud, La Tulpuna. Cajamarca – 2021.

Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Sistema Digestivo	17	16.0%
Sistema Digestivo y Respiratorio	35	33.0%
Enfermedades que Padecen Sistema Digestivo y urinario	6	6.0%
Invalidéz	3	3.0%
Sistema Digestivo, Urinario, Nervioso y Cardiovascular	30	28.0%
Artritis y osteoporosis	14	12.0%
Cáncer	2	2.0%
Total	107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

En la tabla 2. Se observa que, de la población adulta mayor en estudio, el 33.0% padecen del sistema digestivo y respiratorio, 28.0% del sistema digestivo, urinario, nervioso y cardiovascular y 16.0% del sistema digestivo.

Tabla 3. Actividades de cuidadores frente a las necesidades fisiológicas del adulto mayor. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca-2021.

Actividades de cuidadores	Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Sus alimentos les dan a sus horas indicadas	Siempre	44	41.0%
	A veces	50	47.0%
	Nunca	13	12.0%
Ayuda en su aseo personal	Siempre	15	14.0%
	A veces	21	20.0%
	Nunca	71	66.0%
Se preocupa por que descanse cómodamente	Siempre	28	26.0%
	A veces	51	48.0%
	Nunca	28	26.0%
La persona que cuida de usted le ayuda en sus necesidades fisiológicas	Siempre	9	8.4%
	A veces	25	23.4%
	Nunca	73	68.2%
Total		107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

Los resultados de la tabla 3 menciona que el 47.0% de los adultos mayores refieren que la persona cuidadora, a veces le dan sus alimentos en sus horas adecuadas; 66.0 % nunca recibe ayuda en su aseo personal, 20.0 % a veces; 48.0 %, 26.0 % responde que a veces y nunca respectivamente se preocupa por que descansa cómodamente; 68.2%, 23.4% contestan que nunca y a veces respectivamente le ayuda en sus necesidades fisiológicas.

Tabla 4. Número y porcentaje de adultos mayores, según convivencia y consanguinidad del cuidador. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca-2021.

	Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Personas con quien vive	Cónyuge	28	26.2%
	Hijos	30	28.0%
	Sobrinos	4	3.7%
	Cónyuge e hijos	11	10.3%
	Con nadie	34	31.8%
Consanguinidad del cuidador	Si	73	68.2%
	No	34	31.8%
Total		107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla 4. Detalla 31.8% no convive con nadie, 28.0% convive con sus hijos, 26.2% vive con su cónyuge; 68.2% con consanguinidad con el cuidador y 31.8% no tiene.

Tabla 5. Atención de necesidades básicas de la persona cuidadora a los adultos mayores en el aspecto físico. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca-2021.

Atenciones	Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Consulta sobre alimentos saludables de su preferencia	Siempre	15	14.1%
	A veces	53	49.4%
	Nunca	39	36.5%
Lo lleva a una consulta médica frente a un problema de salud.	Siempre	39	36.0%
	A veces	49	46.0%
	Nunca	19	18.0%
Le explica como tomar sus medicamentos.	Siempre	33	31.0%
	A veces	55	51.0%
	Nunca	19	18.0%
Le ayuda para que tome sus medicamentos	Siempre	39	36.0%
	A veces	44	42.0%
	Nunca	24	22.0%
Le hace compañía cuando se encuentra solo (a).	Siempre	30	28.0%
	A veces	60	56.0%
	Nunca	17	16.0%
Le permite que participe en reuniones sociales	Siempre	25	23.0%
	A veces	32	30.0%
	Nunca	50	47.0%
Permite que participe en actividades recreativas, paseos, juegos.	Siempre	19	18.0%
	A veces	31	29.0%
	Nunca	57	53.0%
	Total	107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla 5 indica que el 49.4% de los adultos mayores refieren, que la persona cuidadora, a veces le consultan sobre alimentos saludable de su preferencia, 36.5 % nunca le consultan; 46.0%, 51.0%, 42.0 % y 56 .0% de los adultos mayores refieren que, la persona cuidadora, a veces los llevan a una consulta, les explican cómo tomar los medicamentos, les ayudan para que tome sus medicamentos se acercan acompañarlos cuando están solos respectivamente, además el 47% y 53

% indicaron que nunca les permiten que participen en reuniones sociales y en actividades recreativas, paseos y juegos.

Tabla 6. Asistencia espiritual por la persona cuidadora, a los adultos mayores Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca-2021.

	Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Facilita que se comunique o asista a iglesias de la religión que profesa	Siempre	29	27.0%
	A veces	33	31.0%
	Nunca	45	42.0%
Le acompaña a orar a Dios	Siempre	25	23.0%
	A veces	37	35.0%
	Nunca	45	42.0%
	Total	107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla 6 indica que el 49.4 % de los adultos mayores respondieron que, las personas cuidadoras, a veces les facilitan que se comunique o asista a iglesias de la religión que profesan y un 36.5% que nunca.

Tabla 7. Asistencia de la persona cuidadora desde el punto de vista psicológico en adultos mayores. Centro de Salud, La Tulpuna. Cajamarca - 2021.

Atenciones	Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Le escucha y conversa con usted, cuando está preocupado.	Siempre	38	36.0%
	A veces	45	42.0%
	Nunca	24	22.0%
Le ayuda a comunicarse con sus amigos y/o familiares.	Siempre	22	21.0%
	A veces	44	41.0%
	Nunca	41	38.0%
	Total	107	100%

Fuente: cuestionario elaborado por las autoras.

La tabla 7 refiere que el 42. 0% y 41. 0% de los adultos mayores respondieron que la persona cuidadora a veces conversa con ellos cuando tienen preocupación, y les ayudan a comunicarse

con sus amigos y familiares respectivamente; mientras que el 22.0% y 38.0% respectivamente refieren que nunca.

4.2. Análisis y discusión

En la presente investigación se determinó que más de la cuarta parte de los adultos mayores son menores de 67 años y aproximadamente las tres cuartas partes de la población en estudio se encuentran entre 68 y 98 años, predominando el sexo masculino destacándose en su mayoría la ocupación de independiente, aproximadamente la mitad de ellos prácticamente son analfabetos, unos por no haber asistidos nunca a la escuela y otros porque ha pasado mucho tiempo en donde ellos han dejado de leer y escribir. Esta situación se torna difícil para el adulto mayor por encontrarse en su mayoría entre la década siete y nueve, el mismo que requiere de cuidados especiales. También porque en su mayoría trabajan a pesar de su edad avanzada, para satisfacer sus necesidades básicas mínimas; además por ser del sexo masculino no están preparados para satisfacer necesidades especialmente de alimentación.

Esta investigación coincide con los estudios de *Carmona S (2015)*,²¹ quien encontró que la edad, la escolaridad, el género, el estrato socioeconómico y el vivir en compañía si se consideran factores que contribuyan a predecir o mantener el bienestar en los adultos mayores.

Asimismo, las enfermedades que predominan en la población en estudio son las que afectan al sistema digestivo, respiratorio, urinario, nerviosos, cardiovasculares, osteomusculoesquelético; observándose un deterioro lento y progresivo que es propio de la edad y que deben ser manejados adecuadamente por las personas cuidadoras para evitar accidentes y complicaciones en los adultos mayores. Investigación que concuerda con la teoría, al referirse que en la vejez se presenta cambios como adelgazamiento de encías, disminución de la resistencia del esmalte dentario y pérdida de piezas dentarias, disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, dificultad en

la masticación y la deglución³⁵ ; contracciones de los músculos esofágicos con menos fuerza, el estómago se vuelve menos elástico, no pudiendo retener grandes cantidades de comida, produciéndose un descenso de la movilidad, una menor secreción ácida, menor calidad del moco de la capa interna del estómago⁴.

Además, el hígado tiende a reducir su tamaño, por la disminución de hepatocitos y menos fluidez de sangre por él, las enzimas que ayudan al organismo a procesar el metabolismo no son tan eficaces.³⁵ Disminuye la producción de bilis, mostrando dificultad para metabolizar sustancias; la vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de litiasis vesicular³⁵. El intestino delgado, recibe un menor riego sanguíneo, disminución de su movilidad y en el colon hay una disminución del peristaltismo, de la movilidad y la mucosa se atrofia, alterándose la absorción de agua de las heces, llevando al estreñimiento ⁴ Se produce una cantidad menor de lactasa, evidenciándose la intolerancia a los productos lácteos³⁵.

También en la vejez, a nivel del sistema respiratorio, los pulmones, los músculos responsables de la respiración, el diafragma, tienden a debilitarse, el número de alvéolos y de capilares pulmonares disminuye; por lo tanto, se absorbe un poco menos de oxígeno del aire respirado, los pulmones se vuelven menos elásticos, disminuyendo su capacidad para combatir las infecciones³.

Además, a nivel del sistema urinario, los riñones se reducen de tamaño por disminución de nefronas; la filtración de la sangre es menos eficaz, a partir de los 30 años; a medida que avanza la edad, los desechos de la sangre no tienen una buena eliminación, y también pueden eliminar demasiada agua, aumentando el riesgo de sufrir deshidratación, asimismo el control de la micción es difícil³⁵. El volumen máximo de orina que puede contener la vejiga disminuye, los músculos de la vejiga pueden contraerse de forma esporádica, independientemente de la necesidad de orinar,

cuando los músculos de la vejiga se debilitan, queda una cantidad mayor de orina dentro de la vejiga después de la micción³⁵. El músculo, esfínter urinario, pierde capacidad de cerrar correctamente y evitar pérdidas. Por eso, las personas mayores tienen más dificultades para posponer la micción³⁵. En las mujeres, la uretra se acorta, y su revestimiento se hace más delgado, debido a la disminución del nivel de estrógenos, producidos con la menopausia. En los hombres, la próstata tiende a aumentar de tamaño, interfiriendo el paso de orina e impedir que la vejiga se vacíe por completo; por lo que los AM orinan con menos fuerza, tardan más tiempo en iniciar el chorro de orina, la orina gotea al finalizar la micción y orinan más a menudo³⁵.

En el aparato circulatorio y sangre, el sistema de marcapasos natural que controla el latido cardíaco, pueden desarrollar tejido fibroso y depósitos de grasa. El marcapasos natural (nódulo sinoauricular) pierde algunas de sus células, que pueden ocasionar una frecuencia cardíaca ligeramente más lenta. En algunos AM ocurre un leve incremento del tamaño del corazón, especialmente en el ventrículo izquierdo; la pared cardíaca se hace más gruesa, de modo que la cantidad de sangre en la cavidad puede de hecho disminuir a pesar del aumento del tamaño general del corazón; el corazón puede llenarse más lentamente³⁸. Las arritmias son comunes, éstos pueden ser causados por una enfermedad cardíaca, además existe la presencia de los depósitos del "pigmento del envejecimiento", la lipofuscina; las células del músculo cardíaco se degeneran ligeramente, por ende, las válvulas del corazón, que controlan la dirección del flujo sanguíneo, se vuelven gruesas y más rígidas³⁸. También coincide con los estudios de Considerando lo antes mencionado según:

Latta M, Carrera C (2011)¹⁹ en su artículo titulado: Perfil epidemiológico de patologías en el adulto mayor en el cantón Baños y en el cantón Pelileo de la provincia de Tungurahua. considero que, al sobrepasar los 65 años de edad, el individuo va perdiendo la capacidad funcional, además pueden ser de carácter cardiovasculares, musculares, respiratorias, endocrino-metabólico,

digestivas, neoplasias, mentales y neurológicas, órganos de los sentidos, genitourinario, piel y hematológicas, a su vez los resultados de las patologías con mayor prevalencia, son las cardiovasculares con mayor incidencia en las mujeres, seguido de las respiratorias. Por tanto, existe similitud con los resultados obtenidos en la investigación realizada.

Asimismo, la mitad de la población en estudio manifiesta que la persona cuidadora, a veces les proveen sus alimentos en sus horas adecuadas, también no se preocupan que descansen cómodamente, más de la mitad manifiestan que nunca les ayudan en su aseo personal, menos en sus necesidades fisiológicas, por lo que inferimos que los adultos mayores pueden contraer enfermedades deficitarias, mentales gastrointestinales, inmunológicas; además pueden adquirir escoriaciones o laceraciones de la piel que pueden traer como consecuencias infecciones dérmicas, asimismo por presentar limitaciones en la marcha , muchas veces no pueden desplazarse fácilmente si no con la ayuda de la persona cuidadora, para realizar sus necesidades fisiológicas impidiendo esta manera una evacuación oportuna que podría traer como consecuencia infecciones del aparato urinario, además estreñimiento, obstrucción intestinal, etc.

En la base de la pirámide, Maslow incluye la alimentación como una necesidad fisiológica fundamental para el desarrollo físico psicológico, una alimentación variada y equilibrada es necesaria para que se desarrollen las capacidades cognitivas superiores: el lenguaje, el pensamiento, la memoria, la atención la alimentación sana facilita el desarrollo intelectual del adulto mayor a través de la percepción sensorial, lo que aumenta su capacidad de memorizar y, sobre todo, de pensar y razonar y contribuye al dominio motor y a la coordinación del cuerpo, la boca y las manos en todas las complejas acciones que requiere el hecho de alimentarse bien.

Necesidad de evacuación tiene una dimensión menos social, y su función es la eliminación de desechos de la nutrición y de toxinas.

Aproximadamente la tercera parte de la población, del ser humano adulta mayor, viven solos o con su cónyuge, la otra tercera parte viven con sus hijos; con lo podemos inferir en la primera situación, que los adultos están en estado de abandono, situación desfavorable para ellos en cuanto la satisfacción de necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

también, si bien es cierto que viven con sus hijos, que puede ser una ventaja, pero a la vez es una desventaja ya que ellos muchas veces no les prestan atención debida: además el vivir con el conyugue por coincidir de la misma edad tienen limitaciones para las satisfacciones de sus necesidades. Todo esto conlleva a presentar una mala calidad de vida; con respecto a la segunda situación, posiblemente se trata de otro adulto mayor (cónyuge) que cuida a otro adulto mayor, que también presenta limitaciones físicas imposibilitando un buen cuidado; también, si bien es cierto que viven con sus hijos, que puede ser una ventaja, pero a la vez es una desventaja ya que ellos muchas veces no les prestan atención debida. Esta investigación coincide en parte con los de *Llanos C (2007)*²⁸, quien concluye que el carácter humano y ético está presente en todos y cada uno de los programas del adulto mayor, además se añade la participación de la familia y la comunidad.

Asimismo, la mitad de los adultos mayores refieren que a veces le consultan sobre alimentos saludable de su preferencia, y la tercera parte nunca. En promedio, casi la mitad de los adultos mayores responden que, la persona cuidadora, a veces los llevan a una consulta, les explican cómo tomar los medicamentos, les ayudan para que tome sus medicamentos, se acercan acompañarlos cuando están solos; en cambio la mitad de ellos indicaron que indicaron que nunca les permiten

que participen en reuniones sociales y en actividades recreativas, paseos y juegos. Situación que demuestra la problemática del adulto mayor que depende de los familiares sin tener, otra alternativa de elección; también esta dependencia permite que muchas veces la salud del adulto mayor se va complicando al no tener una respuesta inmediata a la enfermedad. Asimismo, la no participación del adulto mayor en reuniones sociales y actividades recreativas, paseos y juegos, conduce a un aislamiento social que más tarde se traducirá en un deterioro mental.

Resultados que coinciden en parte con los de *González A, Celis R (2010)*³¹, quien indica que la salud se encuentra estrechamente relacionada con las actividades que se realizan en grupo, ya que la participación en actividades sociales prolonga la aparición de los efectos del envejecimiento en la medida que la persona se siente útil física, social y familiarmente; también con los de *Recalde A, et.al (2011)*²⁰ en donde concluye que se demuestra un insuficiente conocimiento sobre la importancia y potencialidades de la actividad física para la salud, la existencia de poca disposición hacia la práctica de actividad física, bajo nivel de participación en actividades relacionadas y carencia de un programa coordinado en la parroquia.

Finalmente, más de las tres cuartas partes de la población en estudio, la persona cuidadora no les facilitan una comunicación y asistencia de tipo espiritual, en este periodo de vida el adulto mayor opta por una conducta de arrepentimiento, de acercarse a Dios y al no tener un acercamiento espiritual se va a sentir triste, melancólico, depresivo, irritable; perjudicando su salud. Estos resultados coinciden con los de *Berrier A (2011)*¹⁸ donde encontró que la actividad física y social, la familia, la expectativa de futuro y la satisfacción por el presente no tienen interés. También coinciden en parte con los de *Barros C, Muñoz M (2001)*²⁵ quien concluyó también que sólo un quinto de ellos carece de contactos frecuentes con otras personas, en cuanto al contenido de las

relaciones de apoyo, se puede señalar que frente a la soledad y la tristeza casi no solicitan la ayuda de otros, sino que tratan de arreglárselas apelando a recursos propios, además cuando requieren de consejos, los buscan en amigos y especialistas. Con el cónyuge pueden contar incondicionalmente, con los hijos por plazos breves o frente a situaciones puntuales. Los entrevistados están conscientes que, para sus hijos casados, tiene prioridad su familia de procreación, aceptando, pasar a ocupar un segundo lugar en la jerarquía de afectos y dedicación de sus hijos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que el cuidado integral del adulto mayor por parte del cuidador, en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales es deficiente.

5.2. Recomendaciones

Al responsable del Programa de Salud del adulto mayor Centro de Salud la Tulpuna.

- La realización de campañas de sensibilización y capacitación a los familiares y personas cuidadoras sobre cuidado integral del adulto mayor de salud en el Centro de Salud la Tulpuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López Patarra Neide. Estudios demográficos y urbanos. Transición demográfica ¿Resumen histórico o teoría de población?. Brasil. [Internet]. 2011. Feb [Consultado el 12 de agosto del 2021]; 23 (1) Disponible en: <file:///C:/Users/LUIS%20ADAN/Downloads/231-233-1-PB.pdf>
2. Carmen A. Miró G. Transición demográfica y envejecimiento demográfico. Panamá. [Internet]. 2003. Abr [Consultado el 12 de agosto del 2021]; 1 (1) Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v9n35/v9n35a2.pdf>
3. Adulto mayor. [Internet]. De significados. 2015 [Consultado el 13 de agosto del 2021]; Disponible en: <https://designificados.com/anciano/>
4. Montse Queralt. Envejecimiento: Cambios Biológicos, Cambios Funcionales. México. [Internet]. 2013. Oct [Consultado el 12 de agosto del 2021]; 08 (3) Disponible en: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/>
5. Richard W. Besdine Cambios corporales relacionados con el envejecimiento. Inglaterra. [Internet]. 2019. Jul [Consultado el 12 de agosto del 2021]; 04(1) Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>
6. Castañedo C, Sarabia C. Enfermería en el Envejecimiento: Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Inglaterra. [Internet]. 2019. Jul [Consultado el 12 de agosto del 2021]; 04 (1) Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>.
7. Gálvez M. Epidemiología del envejecimiento. Perú. [Internet]. 2018. May [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 04 (1) Disponible en: <http://www.soperger.com/assets/transicion-demografica.pdf>

8. Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20est%C3%A1%20envejeciendo,el%20transcurso%20de%20medio%20siglo.>
9. Causaubon M, Rodríguez R. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. Mexico. [Internet]. 2014. En [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 10 (1) Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
10. Salud en las Américas. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2015. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es
11. Zavala M. Funcionamiento Social del adulto mayor. Chile. [Internet]. 2006. Dic [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 15 (1) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07195532006000200007
12. Garay S, Montes V. La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. México. [Internet]. 2009. Feb [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 02 (1) Disponible en: <file:///C:/Users/DANIEL/Downloads/DialneltaVejezEnMexicoUnaMiradaGeneralSobreLaSituacionSoc-3705692.pdf>
13. Zazzali F. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. Perú, [Internet]. 2019. Ag [Consultado el 10 de agosto del 2021]; Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/IA-N%C2%B0-006-2019-DPAAE-ENVEJECER-EN-EL-PER%C3%9A.pdf>
14. Olshansky B, Achenbaum, Davison F, Kalache G, Fernandez R. The Global Agenda Council on the Ageing Society. EE. UU [Internet]. 2011. Oct [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 12 (1) Disponible en: <https://www.globalpolicyjournal.com/articles/global-governance/global-agenda-council->

[ageing-society-policy-principles](#).

15. Aguilar F, Vega, Q, Gutiérrez G. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. México [Internet]. 2012. Nov [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 03 (1) Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/33pdf/33-081.pdf>
16. Alianiuska B. El Adulto Mayor y su Calidad de Vida. México [Internet]. 2021. Ag [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 05 (1) Disponible en: <http://www.cienciamayabeque2021.sld.cu/index.php/Fcvcm/Cienciamayabeque2021/paper/viewPaper/224>
17. Ceballos O, Guadarrama H. Efectos de la escolaridad en el consumo de calorías y nutrientes de las familias mexicanas. México [Internet]. 2015. Jul [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 07 (1) Disponible en: <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2020.203.69569>
18. Recalde A, Triviño B, Pizarro V, Vargas V, Zeballos C, Sandoval J. Diagnóstico sobre la demanda de actividad física para la salud en el adulto mayor guayaquileño. Ecuador [Internet]. 2016. En [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 09 (3) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81841>
19. Carmona S. La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. 2015. Universidad Autónoma de Nuevo León. México [Internet]. 2015. Abr [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 09 (3) Disponible en: [file:///C:/Users/DANIEL/Downloads/62101-180304-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DANIEL/Downloads/62101-180304-1-PB%20(1).pdf)
20. Alvarado L. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Colombia. [Internet]. 2017. Mar [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 05 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199
21. Blouin C, Tirado R, Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: camino a una nueva política. Perú. [Internet]. 2018. Ag [Consultado el 10 de agosto del 2021];

05 (1) Disponible en:

<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/133591>

22. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Perú. [Internet]. 2018. En [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 06 (1) Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext
23. Barros C, Muñoz M. La familia del adulto mayor: composición e interrelaciones. Perú. [Internet]. 2019. En [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 04 (1) Disponible en: http://bibliotecadigital.ucsh.cl/greenstone/collect/revista1_old/index/assoc/HASH0115.dir/Relaciones%20e%20intercambios%20familiares%20del%20adulto%20mayor..pdf
24. Buenaño R, Castillo O. Factores psicosociales que influyen en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 Riobamba. Ecuador. [Internet]. 2019. En [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 06 (1) Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6831>
25. Hernández P, Delgado I. La familia y el adulto mayor. México. [Internet]. 2001. Nov [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 09 (1) Disponible en Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
26. Llanos C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Cuba. [Internet]. 2007. May [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 07 (1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006
27. Buitrago L, Cordón L. NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE ABANDONO FAMILIAR. Colombia. [Internet]. 2017. Jul [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 07 (1) Disponible en: <http://integracion-academica.org/27-volumen-6-numero-17-2018/203-niveles-de-ansiedad-y-estres-en-adultos-mayores-en-condicion-de-abandono-familiar>
28. Brown C. Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León. México. [Internet]. 2005. Jul [Consultado el 10 de agosto del 2021]; 10 (3) Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/21747/28193>.

29. Acosta A, González L, Rangel C. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. México. Internet].2010. Jul [Consultado el 10 de julio del 2021]; 16 (3) Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29215980010.pdf>
30. Adulto mayor. [Internet]. ConceptoDefinicion. 2020 [Consultado el 03 de julio del 2021]; Disponible en: <https://conceptoDefinicion.de/adulto-mayor/>
31. Adulto mayor. [Internet]. OMS. 2019 [Consultado el 03 de julio del 2021]; Disponible en: Disponible en: <https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/>.
32. Arévalo L. Cambios sensoriales en el adulto mayor. California. [Internet].2010. Nov [Consultado el 29 de junio del 2021]; 06 (2) Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/prestar-cuidado/info-2018/cambios-sensoriales-en-adultos-mayores-lyda-arevalo-flechas.html>
33. Cambios en el corazón y los vasos sanguíneos por el envejecimiento. [Internet]. Medlineplus. 2017 [Consultado el 03 de julio del 2021]; Disponible en: Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004006.htm#:~:text=Los%20cambios%20normales%20en%20el,vuelven%20gruesas%20y%20m%C3%A1s%20r%C3%ADgida>
34. Tamayo J. Hematología Geriátrica. Colombia. [Internet].2019. Nov [Consultado el 29 de junio del 2021]; 17 (6) Disponible en:
[http://www.segg.es/download.asp?file=tratadogeriatria/PDF/S35-05% 2003_I.pdf](http://www.segg.es/download.asp?file=tratadogeriatria/PDF/S35-05%2003_I.pdf).
35. Figueroa A. Los 4 cambios psicológicos en la vejez (memoria, atención, inteligencia, creatividad). Psicología y mente. España. [Internet].2020. Mar [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (2) Disponible en:
<https://psicologiaymente.com/inteligencia/cambios-psicologicos-en-vejez>
36. Thomae H. Haciéndole frente al estrés en la vejez. Colombia. [Internet].2002. Feb [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (2) Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf>

37. Mayor J, Pinillos D. Tratado de psicología general: motivación y emoción. España. [Internet].1997. May [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (2) Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS8989110203A>
38. Beck A, Clark D. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Vasco. [Internet]. 2012. Dic [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (2) Disponible en: <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>
39. Zarragoitía L. Depresión, generalidades y particularidades. Cuba. [Internet]. 2012. Dic [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (2) Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf
40. Campagne R. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. España. [Internet]. 2015. Abr [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (2) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359312000056?via%3Dihub>
41. Torres C. Psicología y Mente: Obtenido de Las 5 causas psicológicas de la depresión, y sus síntomas. Cuba. [Internet]. 2015. Dic [Consultado el 29 de junio del 2021]; 02 (1) Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/causaspsicologicas-depresion>
42. Roca A. Abordaje compartido de la depresión: Consenso multidisciplinar. España. [Internet]. 2018. Mar [Consultado el 29 de junio del 2021]; 07 (8) Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323685480_Abordaje_compartido_de_la_depresion_Consenso_multidisciplinar
43. Cartensen C. Cambios psicológicos y sociales en la vejez. Argentina. [Internet]. 1992.Mar [Consultado el 29 de junio del 2021]; 02 (1) Disponible en: <https://portalgeriatrico.com.ar/cambios-psicologicos-y-sociales-en-la-vejez>.
44. Hernández N. El proceso del envejecimiento. Colombia. [Internet]. 2003. Dic. [Consultado el 29 de junio del 2021]; 03 (1) Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Dic2003/2753>
45. Rowe K. Cambios biopsicosociales en la vejez. México. [Internet]. 2015. May. [Consultado

el 29 de junio del 2021]; 03 (1) Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/psi/wp-content/uploads/2021/05/Unidad5.2.pdf>

46. Ceballos N. Los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. EE. UU. [Internet]. 1999. Jun. [Consultado el 29 de junio del 2021]; 12 (4) Disponible en: <https://www.acnur.org/5b6caf814.pdf>
47. Navas I. Participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado y factores relacionados de la propia familia, institución y del profesional de enfermería en las unidades médicas del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Chile. [Internet]. 2009. Jul. [Consultado el 29 de junio del 2021]; 12 (4) Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/31/participacion-de-la-familia-en-el-cuidado-del-adulto-mayor-hospitalizado-y-factores-relacionados-de-la-propia-familia-institucion-y-del-profesional-de-enfermeria-en-las-unidades-medicas-del-hospital/>
48. Kaplan D, Berkman J. Cuidado del anciano por parte de su familia. Colombia. [Internet]. 2019. Dic. [Consultado el 29 de junio del 2021]; 07 (4) Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>
49. Tartaglini M. Adultos mayores: Los nuevos cuidadores familiares. Argentina. [Internet]. 2020. Jul. [Consultado el 29 de junio del 2021]; 07 (4) Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/adultos-mayores-los-nuevos-cuidadores-familiares/>
50. Adulto mayor. [Internet]. Defensoría del pueblo. 2019. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/
51. Cuidador. [Internet]. DISCAP. 2019. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
52. Salud mental. [Internet]. medlineplus. 2019. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>

53. Autoestima. [Internet]. Wikipedia. 2017. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Autoestima>
54. Jubilación. [Internet]. Medlineplus. 2008. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Jubilaci%C3%B3n>
55. Orfandad. [Internet]. Significados. 2012. [Consultado el 10 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.significados.com/psicologico/>
56. Gutiérrez G, Gonzales J. Diferencias entre la artrosis, la artritis y la osteoporosis que debes conocer. México. [Artículo en internet]. 2009. [Citado el 30 de julio del 2021]; 07 (4) Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/diferencias-entre-la-artrosis-la-artritis-y-la-osteoporosis-que-debes-conocer/>
57. Garantía del cuidado del adulto mayor en México. [Internet]. CETYSTREDS. 2017. [Consultado el 30 de julio del 2021]; 09 (5) Disponible en: <https://www.cetys.mx/trends/ciencia/como-garantizar-el-cuidado-del-adulto-mayor-en-mexico/>
58. Dranoff G. CYTOKINES IN CANCER PATHOGENESIS AND CANCER THERAPY. Massachusetts [Internet]. 2004. May. [Consultado el 10 de junio del 2021]; 07 (4) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14708024/>
59. Neurotransmisor. [Internet]. Slideshare. 2014. [Consultado el 30 de julio del 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AlysonDomecht/neurotransmisores-33807140>.
60. Saldaña E. Nivel de autoestima del adulto mayor y su relación con los factores biosociales [Internet]. 2015. Jun. [Consultado el 30 de julio del 2021]; 05 (3) Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/986/tesis%20terminada.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
61. Resolución Directoral. [Internet]. República del Perú. 2008. [Consultado el 10 de agosto del 2021]; Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/685000/rd_003_2020_mimp_dgfc.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Yo..... con DNI

N°..... Con domicilio

en

.....

en

calidad de participante y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud he sido invitado(a) a participar voluntariamente en la investigación que tiene como finalidad determinar el cuidado integral del adulto mayor por el cuidador en el centro de salud la Tulpuna, Cajamarca - 2021.

La información que se obtenga será confidencial y anónimas por lo que no se determinará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, además me han explicado que puedo realizar preguntas sobre el tema en cualquier momento y retirarme en caso que lo deseara.

Si algunas de las interrogantes me parecen incómodas, durante la entrevista tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas. Por lo cual acepto contestar el cuestionario de preguntas.

Firma del Participante

ANEXO N° 02

ENCUESTA

CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR CUIDADORES EN EL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA, CAJAMARCA - 2021.

La presente encuesta es anónima; por tanto, se le solicita ser sincero al responder las respectivas preguntas, los resultados nos permitirán obtener información relacionada a cuidado integral del adulto mayor por cuidadores en el Centro de Salud la Tulpuna, Cajamarca – 2021, a fin de contribuir al uso de los recursos naturales para mejorar la calidad de vida de la comunidad en general.

Indicaciones: Marque con una X la respuesta de su opción. No hay preguntas incorrectas o correctas.

Datos generales

Edad.....

Sexo.....

Ocupación:

Grado de Instrucción:

Cuestionario de preguntas

1. ¿De qué enfermedades padece?

- a) Sistema digestivo ()
- b) Sistema respiratorio ()
- c) Sistema urinario ()

- d) Sistema cardiovascular ()
- e) Sistema digestivo ()
- f) Sistema nervioso ()
- g) Otros.....

2. ¿Con quién vive usted?

- a) Esposa(o) ()
- b) Hijos ()
- c) Sobrinos ()
- d) Otros.....

3. ¿Quién es la persona que cuida de usted?

- a) Esposa (o) ()
- b) Hijos ()
- c) Sobrinos ()
- d) Otros.....

4. ¿Cuándo usted tiene algún problema de salud, la persona que cuida de usted le refiere a una consulta médica?

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

5. ¿La persona que cuida de usted le explica como tomar los medicamentos?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()

- c) Nunca ()
6. ¿La persona que cuida de usted le ayuda para que tome sus medicamentos?
- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()
7. ¿Sus alimentos le dan a sus horas exactas?
- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()
8. ¿Le preguntan a usted sobre alimentos saludables de su preferencia?
- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()
9. ¿La persona que cuida de usted le ayuda en su aseo personal?
- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()
10. ¿La persona que cuida de usted se preocupa por que usted descanse cómodamente?
- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

11. ¿La persona que cuida de usted le ayuda con sus necesidades fisiológicas?

Miccionar u defecar.

a) Siempre ()

b) A veces ()

c) Nunca ()

12. ¿Cuándo usted se encuentra solo (a) la persona que cuida de usted se acerca a acompañarlo?

a) Siempre ()

b) A veces ()

c) Nunca ()

13. ¿Cuándo usted tiene alguna preocupación la persona que cuida de usted atiende su problema, escuchándole, conversándole y/o dándole soluciones?

a) Siempre ()

b) A veces ()

c) Nunca ()

14. ¿La persona que cuida de usted, le ayuda a comunicarse con sus amigos y/o familiares?

a) Siempre ()

b) A veces ()

c) Nunca ()

15. ¿La persona que cuida de usted, permite que participe en reuniones sociales?

a) Siempre ()

b) A veces ()

c) Nunca ()

16. ¿La persona que cuida de usted, permite que participe en actividades recreativas? (paseos, juegos)
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
17. ¿La persona que cuida de usted, le facilita que se comuniqué o asista a iglesias de la religión que usted profesa?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()
18. ¿La persona que cuida de usted, le acompaña en algunas prácticas religiosas como a orar a Dios?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()

ANEXO N° 03

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS) CUIDADO INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR POR CUIDADORES EN EL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA,
CAJAMARCA - 2021.

CRITERIOS	INDICADORES	PROPORCION DE CONCORDANCIA
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0,8
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables.	0,6
3. ACTUALIDAD	Esta adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0,6
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0,7
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0,7
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0,6
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0,8
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0,6
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0,7
TOTAL		6,8
Es validado si $P \geq 0.60$		0,75

ANEXO N° 04

**LISTA DE EXPERTOS QUE PARTICIPARON EN LA
VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

CUADRO DE PUNTUACION	
0,53 a menos	Concordancia nula
0,54 a 059	Concordancia baja
0,60 a 0,65	Existe concordancia
0,66 a 0.71	Mucha concordancia
0,72 a 0,99	Concordancia excelente
1,0	Concordancia perfecta

Nombre de evaluador: LISETH YOHANNA CORREA CHAVEZ

Grado académico: MAGISTER. CIENCIAS EN ENFERMERIA

.....
Liseth Y. Correa Chavez
LICENCIADA EN ENFERMERIA
C.E.P. 71587.....


Firma y sello

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR CUIDADORES EN EL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA, CAJAMARCA - 2021.

CRITERIOS	INDICADORES	PROPORCION DE CONCORDANCIA
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0,8
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables.	0,7
3. ACTUALIDAD	Esta adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0,8
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica en el instrumento.	0,5
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0,7
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0,6
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0,8
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0,5
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0,8
TOTAL		
Es validado st P ñ 0.60		

CUADRO DE PUNTUACION	
0,53 a menos	Concordancia nula
0,54 a 0,59	Concordancia baja
0,60 a 0,65	Existe concordancia
0,66 a 0,71	Mucha concordancia
0,72 a 0,99	Concordancia excelente
1,0	Concordancia perfecta

Nombre de evaluador: *Diana Jeovana Roncal Terán*

Grado académico: *Magister "Creación de los servicios de Salud"*

Cargo actual: *Enfermera Asistencial*

Diana
 Diana Jeovana Roncal Terán
 LIC EN ENFERMERIA
 C.E.P 39322 RNE 9110

Firma y sello



UNIV. PRIV. ANTONIO GUZMÁN URBELO
 Facultad de Ciencias de la Salud
[Signature]
 Dr. Romeo Bazán Zurita
 DECANO (e)

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR POR CUIDADORES EN EL CENTRO DE SALUD LA TULPUNA, CAJAMARCA - 2021.

CRITERIOS	INDICADORES	PROPORCION DE CONCORDANCIA
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0,7
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables.	0,6
3. ACTUALIDAD	Esta adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0,8
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0,7
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0,8
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0,7
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0,8
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0,8
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0,8
TOTAL		0,8
Es validado si $P \geq 0.60$		0,75

CUADRO DE PUNTUACION

0,53 a menos	Concordancia nula
0,54 a 0,59	Concordancia baja
0,60 a 0,65	Existe concordancia
0,66 a 0,71	Mucha concordancia
0,72 a 0,99	Concordancia excelente
1,0	Concordancia perfecta

Nombre de evaluador: *Emilia Chelón Moza*
 Grado académico: *Doctor en Gestión en Salud*
 Cargo actual: *Enfermera jefe de Emergencia*



 Lic. Enf. Emilia Chelón Moza
 ESP. EMERGENCIAS Y DESASTRES
 Firopa 355 sero 1080

ANEXO N° 06

GALERIA FOTOGRAFICA



Fotografía N°01. Centro de Salud la Tulpuna, Cajamarca – 2021.



Fotografía N°02. Encuesta a adultos mayores que se dedican al comercio.



Fotografía N°03. Encuesta a adultos mayores jubilados.



Fotografía N°04. Encuesta a adultos mayores amas de casa.



Fotografía N°05. Encuesta a adultos mayores sin ninguna actividad recreativa.



Fotografía N°06. Encuesta a adultos mayores que acuden al Centro de Salud la Tulpuna, Cajamarca – 2021.