

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera Profesional de Enfermería



TESIS

**CONDICIONES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN
DEL CENTRO SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA – PERÚ 2022.**

Bachiller en Enfermería Yolanda Chilon Cabanillas

Bachiller en Enfermería Berselinda Rojas Arevalo

Asesora:

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Cajamarca - Perú 2022

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera Profesional de Enfermería



TESIS

**CONDICIONES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN
DEL CENTRO SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA – PERÚ 2022.**

**Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para optar el título
profesional de Licenciada en Enfermería**

Bachiller en Enfermería Yolanda Chilon Cabanillas

Bachiller en Enfermería Berselinda Rojas Arevalo

Asesora:

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Cajamarca - Perú

Junio -2023

COPYRIGHT © 2021 by

YOLANDA, CHILON CABANILLAS

BERSELINDA, ROJAS AREVALO

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONA DE ENFERMERÍA

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESIS

**CONDICIONES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO
SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA – PERÚ 2022.**

JURADO EVALUADOR



Mg. Judith del Carmen Limay Leiva

PRESIDENTE



Mg. Diana Roncal Terán

SECRETARIA



Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

VOCAL

DEDICATORIA

A:

En memoria de mi esposo Quintín Huajan Ochante, fallecido a sus 64 años, el 26 mayo del 2021, a poco tiempo de culminar mi carrera. Por creer en mí, por su sacrificio y esfuerzo, para darme una carrera para el futuro de mis hijos, por ser el pilar fundamental de mi familia, fruto de nobles virtudes, enseñanzas y valores que los mantendré conmigo el resto de mi vida.

A mis hijos Melissa y King, por entender que, durante el desarrollo de esta tesis, fue necesario sacrificar situaciones y momentos a su lado, para así poder completar exitosamente mi trabajo universitario.

A mi madre, Elisa, hermano Willi, tía Nelyda, tío Eleuterio QDDG, a mis compadres, Gerardo y Mayra, por su apoyo y confianza leal.

Yolanda Chilon Cabanillas.

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación. A mis padres, por ser los pilares más importantes en mi desarrollo personal, profesional y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. Quiénes me motivaron día a día para salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi esposo por ser una parte muy importante de mi vida por el apoyo recibido desde el día que la conocí.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. Especialmente a Marleny, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

Berselinda Rojas Arevalo

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios, que nos brindó fortaleza y nos guio durante nuestra carrera universitaria.

Agradezco a la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo por darnos la oportunidad de culminar una carrera universitaria y a la facultad ciencias de la salud, carrera profesional Enfermería.

Agradezco a mi asesora: Dra. CHÁVEZ CABRERA, Dolores Evangelina; por brindarnos sus conocimientos y su apoyo desinteresado durante nuestra investigación para poder culminar esta bonita etapa universitaria y lograr nuestro objetivo.

Yolanda y Berselinda

RESUMEN

El presente estudio de investigación, tuvo como objetivo Determinar las condiciones de vida de adultos mayores, según las dimensiones bienestar físico, bienestar material, bienestar emocional y bienestar social, en la jurisdicción del Centro Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con una población de 271 y una muestra de 114; obteniéndose como resultados que las condiciones de vida según la dimensión Bienestar Físico, 43% vive acompañado de su cónyuge, 35% con sus hijos, 15% solo, 7% otros; 86% realizan sus actividades independientemente, 14% dependientemente, 57% no trabajan, 43% si; 74% tiene Seguro Integral de Salud, 16% con ningún seguro, 9% con EsSalud; 26% padece de enfermedades renales, 22% respiratorias, 15% cardiovasculares, 14% oculares. En cuanto a la dimensión Bienestar material, 44% no goza de asistencia económica, 38% tiene pensión 65, 12% de otros; 79% tiene vivienda propia, 15% alquilada, 6% otros; 98% consumen agua potable, 2% no potable; 79% eliminan la basura al carro recolector, 21% otros; 90% de sus viviendas tienen iluminación, 10% no; 78% con ventilación, 22% no; 17% la cocina está dentro dormitorio; 78% la disposición de excretas es a red pública y 22% en letrina. En relación a la dimensión Bienestar emocional, 58% refiere tener un estado de ánimo bueno, 38% regular y 4% malo; 58% perciben que nunca se sienten acompañados por las personas que lo rodean, 29% a veces y 13% siempre. Según la dimensión Bienestar social, 89% refieren que las personas con quién viven no le acompañan a rendir culto a Dios cuando ellos lo solicitan, solo 11% responden que si lo hacen; 82% responde que esporádicamente participa de reuniones familiares, 17% frecuentemente y 1% nunca.

Palabras claves: Adulto mayor, condiciones de vida: bienestar físico, material, emocional y social.

ABSTRACT

The objective of this research study was to determine the living conditions of older adults, according to the dimensions of physical well-being, material well-being, emotional well-being and social well-being, in the jurisdiction of the Health Center, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022. Quantitative study, descriptive, cross-sectional, with a population of 271 and a sample of 114; obtaining as results that the living conditions according to the Physical Well-being dimension, 43% live with their spouse, 35% with their children, 15% alone, 7% others; 86% carry out their activities independently, 14% dependently, 57% do not work, 43% do; 74% have Comprehensive Health Insurance, 16% with no insurance, 9% with EsSalud; 26% suffer from kidney diseases, 22% respiratory, 15% cardiovascular, 14% eye. Regarding the material well-being dimension, 44% do not enjoy financial assistance, 38% have a pension 65, 12% others; 79% have their own home, 15% rent, 6% others; 98% consume potable water, 2% non-potable; 79% dispose of the garbage in the collection car, 21% others; 90% of their homes have lighting, 10% do not; 78% ventilated, 22% not; 17% the kitchen is inside the bedroom; 78% excreta disposal is to public network and 22% in latrine. In relation to the Emotional Well-being dimension, 58% reported having a good state of mind, 38% regular and 4% bad; 58% perceive that they never feel accompanied by the people around them, 29% sometimes and 13% always. According to the Social Well-being dimension, 89% report that the people they live with do not accompany them to worship God when they request it, only 11% respond that they do; 82% respond that they sporadically participate in family gatherings, 17% frequently and 1% never.

Keywords: Older adults, living conditions: physical, material, emotional and social well-being.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables

Tabla 2. Datos para el cálculo del tamaño muestral

LISTA DE ABREVIATURAS

❖ PAM:	Población Adulta Mayor
❖ CVRS:	Calidad de Vida Relacionado a la Salud
❖ OMS:	Organismo Mundial de la Salud
❖ MINSA:	Ministerio de Salud
❖ IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
❖ INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
❖ WHOQOL-BREF:	Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta
❖ ESSALUD:	Seguro Social de Salud
❖ SIS:	Seguro Integral de Salud
❖ PAS:	Presión Arterial Sistólica
❖ PAD:	Presión Arterial Diastólica
❖ HTA:	Hipertensión Arterial
❖ IC:	Insuficiencia Cardíaca
❖ GNC:	Gastritis no Atrófica
❖ CAG:	Gastritis Atrófica Crónica
❖ EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
❖ IRAS:	Infecciones Respiratorias Agudas
❖ TB MDR:	Tuberculosis Multidrogorresistente
❖ IUE:	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
❖ IUU:	Infección Urinaria de Urgencia
❖ ITU:	Infección del Tracto Urinario
❖ PIO:	Presión Intraocular
❖ UV:	Ultravioletas
❖ INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
❖ UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
❖ IF:	Incapacidad Funcional

Índice General

DEDICATORIA	<i>i</i>
ABSTRACT	<i>iv</i>
LISTA DE TABLAS	<i>v</i>
LISTA DE ABREVIATURAS	<i>vi</i>
Índice General	<i>vii</i>
CAPITULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1. Planteamiento del problema	5
1.1. Realidad problemática	5
1.2. Definición del problema	8
1.3. Objetivos	8
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	8
1.3.2. <i>Objetivo específico</i>	8
1.4. Justificación	8
CAPITULO II	10
2. MARCO TEORICO	10
2. Fundamentos teóricos de la investigación	10
2.1. Antecedentes teóricos	10
2.1.1. <i>A nivel internacional</i>	10
2.1.2. <i>A Nivel Nacional</i>	12
2.1.3. <i>A nivel local</i>	14
2.2. Bases teóricas	16
2.2.4. <i>Características sociodemográficas</i>	18
2.2.5. <i>Condición de vida</i>	20
2.3. Definición de términos.....	55
2.4. Hipótesis.....	56
2.5. Variables.....	56
2.5.1. <i>Operacionalización de variable</i>	56
CAPITULO III	58

3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	58
3. Metodología de la investigación	58
3.1. Tipo de investigación	58
3.1.1. <i>Descriptivo</i>	58
3.2. Diseño de investigación	58
3.2.1. <i>Cuantitativa</i>	58
3.2.2. <i>Transversal</i>	58
3.3. Área de investigación.....	58
3.4. Población.....	59
3.5. Muestra	59
3.6. Unidad de análisis	60
3.7. Criterios de inclusión y exclusión	60
3.7.1. <i>Criterio de inclusión</i>	60
3.7.2. <i>Criterio de exclusión</i>	60
3.8. Técnicas e instrumento de recolección de datos	60
3.8.1. <i>Técnicas de recolección de datos</i>	60
3.8.2. <i>Instrumento de recolección de datos</i>	60
3.9. Validez y confiabilidad	61
3.9.1. <i>Validez</i>	61
3.9.2. <i>Confiabilidad</i>	61
3.9.3. <i>Técnicas para el procesamiento de datos</i>	61
3.10. Aspectos éticos de la investigación.....	61
3.10.1. <i>Consentimiento informado</i>	61
CAPITULO IV:	62
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	62
4. Resultados y discusiones	62
4.1. Resultados	62

4.1.1. Características sociodemográficas.....	62
4.1.2. Condición de vida	64
4.2. Discusión	74
CAPITULO V.....	80
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
5.1. Conclusiones.....	80
5.2. Recomendaciones.....	81
REFERENCIAS	82
ANEXOS.....	103

Índice de tablas

Tabla 1.	<i>Operacionalización de variables.....</i>	56
Tabla 2.	<i>Datos para el cálculo del tamaño muestral.....</i>	59

Índice de Figuras

Figura 1.	<i>Edad de los adultos mayores del Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú.2022.</i>	62
Figura 2.	<i>Población adulta mayor según sexo, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	63
Figura 3.	<i>Población adulta mayor según estado civil, atendidos en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	63
Figura 4.	<i>Población adulta mayor según grado de instrucción, atendidos en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	64
Figura 5.	<i>Población adulta mayor con quien vive, atendidos en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	65
Figura 6.	<i>Población adulta mayor según realización de actividades, atendidos en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	65
Figura 7.	<i>Población adulta mayor según trabajo actual, atendidos en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	66
Figura 8.	<i>Población adulta mayor según tipo de seguro de salud, atendidos en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	66
Figura 9.	<i>Población adulta mayor según enfermedades que padece atendidos, en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	67
Figura 10.	<i>Asistencia económica de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	67
Figura 11.	<i>Tenencia de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- peru2022.</i>	68
Figura 12.	<i>Consumo de agua de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	68
Figura 13.	<i>Disposición de basura en las viviendas de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	69
Figura 14.	<i>Iluminación de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	70
Figura 15.	<i>Ventilación de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	70
Figura 16.	<i>Ubicación de la cocina de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2023.</i>	71
Figura 17.	<i>Disposición de excretas en la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2023.</i>	71
Figura 18.	<i>Estado de ánimo de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	72
Figura 19.	<i>Percepción de los adultos mayores, sobre acompañamiento de las personas que lo rodean. Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.</i>	73
Figura 20.	<i>Acompañamiento a rendir culto a la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.</i>	73

Figura 21. *Participación de reuniones familiares de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud, Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022. 74*

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Las condiciones de las personas a nivel del mundo difieren de muchos factores dos son los universales, la política y la longevidad de vida que a su vez está relacionado con la salud y bienestar ¹. En la actualidad a nivel global en los países desarrollados, la condición de vida de los adultos mayores es óptima, debida a que tienen fácil acceso a una vivienda digna, alimentación sana, salud, seguridad, vida social y esparcimiento, lo que hace que no existan personas que tengan vedado el acceso a dichas necesidades básicas esto hace que el proceso de modificación demográfica debe orientar a gestores de políticas públicas al posible impacto social.²

Ramic y otros autores, en su estudio “Department of Occupational Health, School of Medicine, University of Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Health center Kalesija, Bosnia and Herzegovina”. Manifiesta que la población adulta se ha desarrollado en Europa y se pronostica un crecimiento mayor, asimismo el proceso del envejecimiento demográfico no es ajeno a ningún país, estudios realizados en todo el mundo sobre el creciente problema de la soledad entre los ancianos, y la ubicación de estos estudios varía en poblaciones de Australia, Irán, Malasia y EE. UU³.

La calidad de vida en la vejez está relacionada con la economía y con la inclusión social, por lo que la población envejece con más rapidez que hace 10 años, esta transición demográfica afecta a la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible manifiesta que el perfil de salud global de algunas personas de 60 años o más, supera los 1000 millones de personas, la mayoría de ellas en países de ingresos bajos y medios. Además, se señala que hay algunas personas que ni siquiera tienen acceso a los recursos básicos necesarios para una vida plena y digna

es por ello que el mundo se ha comprometido en tal documento. A no dejar a nadie desatendido y que cada persona pueda realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable⁴.

Garay y Macedo en México en el año 2017, manifestaron que el gobierno mexicano implementó programas que otorgan apoyos económicos a los adultos mayores, de tal forma que puedan cubrir algunas de sus necesidades básicas. Con respecto a la condición socioeconómica en adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios, se evidenció que el 80% tuvo derecho a servicios médicos, siendo las principales instituciones de salud para los beneficiarios: el IMSS y seguro popular; y para los no beneficiarios solo el IMSS. Asimismo, se encontró que una alta proporción representada en más del 66% tanto de población beneficiaria como no beneficiaria declaró padecer alguna enfermedad, entre las cuales se encontró: la hipertensión, diabetes y problemas con el colesterol. Finalmente, la mayoría de la población beneficiaria, representada en un 78.1% mencionó que el apoyo que reciben les ha permitido atenderse cuando se enferman. En el caso de las personas no beneficiarias, representadas en un 98.1% indican que si hubiesen recibido un apoyo económico se atenderían cuando presenten alguna enfermedad⁵.

En la actualidad la Pandemia provocada por la COVID, las personas adultas mayores fueron los más vulnerables. La Psiquiatra Sonia Zevallos, directora de la Deidae de Adultos Mayores del Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud; señaló que la pandemia causa temor y sufrimiento a los adultos mayores al saber que son personas vulnerables, por lo que necesitan de mucho afecto y paciencia. Hay casos donde los cuidadores los gritan, ignoran y aíslan, esto también es un tipo de maltrato que afecta sus emociones pudiendo generar depresión, estrés y ansiedad. Según la OMS uno de cada 6 personas mayores de 60 años ha sufrido algún tipo de abuso en sus entornos

comunitarios por lo que aumentara debido al envejecimiento de la población en todo el mundo por lo que se proyecta a unos 2000 millones para el 2050⁶.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en celebración del Día del Adulto Mayor el 12 de agosto, en el 2020 estimó que en el Perú existen 4 millones 140 mil adultos de 60 años en adelante representando el 12,7% de la población de este el 52,4% son mujeres y 47,6% hombres. En relación con el estado civil o conyugal, el 63,6% son casados o convivientes, el 19,3% viudos y el 17,1% otro estado civil. Con respecto a la edad el 15,6% de la población adulta mayor tienen 80 a más años de edad (56,4% mujeres y 43,6% hombres). Respecto al tipo de seguro de salud 40,8% de la población adulta mayor está afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), 39,1% a EsSalud y 6,2% a otro tipo de seguro de salud. Las enfermedades crónicas más frecuentes que padecen son artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, colesterol, entre otros. Según sexo, 82,3% y 72,9% de las mujeres y hombres adultos mayores, padecen de algún problema de salud crónico, respectivamente. De acuerdo con el nivel de educación alcanzado 36,8% de la población adulta mayor alcanzó a estudiar nivel educativo primaria, 26,8% secundaria, 23,0% educación superior y 13,4% no cuenta con algún nivel educativo y por último 16,3% de los hogares con adultos mayores acceden a Programas Alimentarios. De acuerdo con el lugar de residencia, en el área rural estos hogares representan 25,6%, en el resto urbano 15,2% y en Lima Metropolitana el 11,3%⁷.

En la Región la Libertad, Carranza manifiesta que la condición de vida en el adulto mayor está influenciada por el factor económico como por ejemplo el Programa de Asistencia Salarial Pensión 65 a parte de apoyarles económicamente participan en programas de sociales con la ayuda de los gobiernos locales promoviendo la protección de los adultos mayores. De acuerdo a distintos factores los adultos mayores principalmente de zonas rurales no tuvieron la oportunidad de poder acceder a servicios de educación, salud y

mejor en servicios básicos e incluso a poder mejorar su alimentación. Dichas limitaciones están asociadas a la vulnerabilidad del grupo social de adultos mayores de 60 años. A pesar de dichas limitaciones sociales y demográficas, los adultos mayores de la zona rural han sabido sobrellevar dicha situación por medio de formas de vida en relación con el campo y la naturaleza, a través de ello desarrolló habilidades y capacidades para poder vivir el día a día. Siendo la cosmovisión andina, uno de los factores que influyeron a que los adultos mayores puedan desarrollar prácticas ancestrales, adquirir nuevos conocimientos ancestrales los cuales fueron transmitidos por sus antepasados hasta la actualidad y estos actualmente forman y son parte de aquella cultura vida dentro de sus comunidades⁸.

Ante esta situación se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la condición de vida de los adultos mayores en la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec-Cajamarca 2022? Teniendo en cuenta como objetivos determinar las condiciones de vida de adultos mayores, según las dimensiones bienestar físico, bienestar material, bienestar emocional y bienestar social. Por tal motivo la presente investigación pretende ampliar la data estadística de la condición vida de los adultos mayores en la región de Cajamarca y la ves hacer de conocimiento a las autoridades competentes, para que se empleen programas, estrategias o soluciones, con la finalidad de brindar solución a dichos problemas que afectan las condiciones de vida de la población adulta, los mismos resultados que servirán como referencia para futuras investigaciones.

Planteamiento del problema

1.1. Realidad problemática

La población mundial está envejeciendo, por presentar la transición demográfica. El número de personas mayores de 65 años en el mundo ha ido en aumento en los últimos años, y está previsto que esta tendencia continúe al alza en las próximas décadas. Cerca del 10% de la población mundial tiene más de 65 años.

Según datos del Banco Mundial, en 2021 las personas de 65 años de edad o más representaban el 9,54% de la población mundial. Este porcentaje casi se ha duplicado en las últimas seis décadas, puesto que en 1960 este no alcanzaba el 5%. En números absolutos, este grupo de edad ha pasado de 150 millones en 1960 a 747 millones en 2021.

En 2019, por primera vez en la historia, el número de personas mayores de 65 años en el mundo superó al de niños menores de cinco años. Y es que el envejecimiento de la población es mayor en la actualidad que en años precedentes, con una esperanza de vida que ha ido incrementándose continuamente, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo⁹.

En Chile hay 3.449.362 personas mayores (60 años y más), lo que representa un 18% de la población. A su vez, la esperanza de vida al nacer ha aumentado más de tres años entre los quinquenios 2000-2005 y 2020-2025, al pasar de 77 años a 80,7 años; (CEPAL, 2019; Naciones Unidas, 2019). El grupo de la población que más ha crecido en estos 20 años es el de las personas de 80 años y más, que pasó de 214.000 en 2001 a 561.000 en 2021, lo que significa un incremento del 162%. De acuerdo con las proyecciones poblacionales de 2019 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, para 2050 la población de personas mayores en Chile representará un 32% del total (6.430.169 personas)¹⁰.

En Bolivia, los adultos mayores pasarán de representar 8,1% del total de la población el 2012, a 9,5% para el 2020 y a 11,5% el 2030, tendencia que refleja el inicio del proceso de envejecimiento de la población en el Estado Plurinacional de Bolivia, informó el Instituto Nacional de Estadística, al recordarse el Día de las Personas de la Tercera Edad¹¹.

En Colombia, hay 7.412.407 personas con más de 60 años. La cifra equivale al 14,4 por ciento de la población del país. Para 2031, se espera que la cifra ascienda a 10 millones¹².

En Ecuador, la característica demográfica de la población se encuentra transversalizada por la heterogeneidad, por su diversidad étnico-cultural y por su estratificación socioeconómica. Según las proyecciones poblacionales, presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ecuador al 2023 tendría 18,2 millones de habitantes, mientras que para el año 2050 se llegaría a contar con 23'4 millones de personas. A nivel de relación entre personas adultas mayores y población total, Ecuador presenta una proporción del 8.03% para el 2023, con lo que se ratifica que se encuentra en transición demográfica o envejecimiento poblacional¹³.

En el Perú, como en otras partes del mundo, el periodo de longevidad de las personas de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas del Perú (UNFPA), se espera que la cantidad de adultos peruanos que tienen más de 60 años aumente de 3 millones en 2015 a 8,7 millones en 2050 en la actualidad 3 345 552 de los habitantes del país son personas adultas mayores, lo que equivale al 10,4% de la población total (Instituto Nacional de Estadística e Informática. Según las proyecciones demográficas estimadas, para el año 2023 se espera que la cantidad de adultos peruanos de más de 60 años aumente a 3 593 054 personas¹⁴.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presentó el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad como sus condiciones de vida. Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2018 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018¹⁵.

Alvares informa que, sobre los distintos ámbitos sobre la situación social económica y política del adulto mayor, Platón decía se resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y la importancia de cómo ha de prepararse para la vejez en la juventud vista siempre desde una manera positiva. Por el contrario, Aristóteles consideraba la vejez como una enfermedad natural etapa de la que se llega al deterioro y a la ruina. Una persona adulta casi dentro del núcleo familiar se encuentra un Adulto Mayor, persona de más de 62 años, etapa donde se producen los cambios biológicos y sociales por el envejecimiento, pero también existe más conocimiento, prudencia, sensatez y experiencia. Generalmente los adultos mayores que se encuentran dentro del núcleo familiar son mujeres que pueden ser viudas, separadas, en fin, muy pocas veces son hombres¹⁶.

1.2. Definición del problema

¿Cuál es la condición de vida de los adultos mayores en la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec Cajamarca - Perú 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

Describir las condiciones de vida de adultos mayores, según las dimensiones bienestar físico, bienestar material, bienestar emocional y bienestar social de la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec Cajamarca - Perú 2022.

1.3.2. *Objetivo específico*

Describir las características sociodemográficas y económicas de los adultos mayores de la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec Cajamarca - Perú 2022.

1.4. Justificación

Debido a la situación que vive el adulto mayor en la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec en la Región de Cajamarca y según las estadísticas del INEI sobre los factores económicos, sociales y culturales, es sumamente importante y urge tener una data actualizada mediante las características sociodemográficas y económicas de los adultos mayores con los cuales servirán para tomar medidas más factibles en busca del desarrollo y bienestar del adulto mayor.

Los antecedentes citados respaldan y abala dicha investigación permitiendo comparar con la población experimentada, establecer el diagnóstico de determinación de las condiciones de vida del adulto mayor, que se utilizará de referencia para futuros estudios. Asimismo, será de gran aporte a la investigación, ya que cuyos resultados servirán para poner en práctica las teorías relacionadas con la condición de vida del adulto mayor.

Asimismo, es importante porque el estudio de la condición de vida del adulto mayor, mediante el uso de técnicas e instrumentos que permitió encontrar resultados actuales que se utilizarán de base para otros estudios tratándose de instrumentales novedosos como: el cuestionario, hoja de observación y test, por lo que se logrará tener resultados determinados y se logra muchos beneficios mediante esta realización. Así mismo servirá de base para la implementación de estrategias educativas por parte de los miembros del equipo de salud y la Universidad mediante los docentes y estudiantes que quieran contribuir al desarrollo de nuevas soluciones para tal problema ¹⁷.

Con el presente trabajo de investigación permitió conocer las características sociodemográficas y económicas de los adultos mayores, para lo cual se planteó recomendaciones y/o alternativas de mejora para restaurar y/o recuperar las condiciones de vida más saludables y dignas para los adultos mayores.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2. Fundamentos teóricos de la investigación

2.1. Antecedentes teóricos

2.1.1. *A nivel internacional*

En la investigación, La relación y el mecanismo entre la educación y la transición del estado de salud funcional entre las personas mayores en China, se determinó que, entre los adultos mayores sin discapacidad al inicio del estudio, 53.1% permaneció sin discapacidad, 14.6 % quedó discapacitado y 32.3 % falleció entre los discapacitados en 2008, 8.1% se recuperó, 21.6% permaneció discapacitado y 70.3% murió. En comparación con los adultos mayores sin ningún tipo de educación, aquellos que habían asistido a la escuela primaria tenían una mortalidad y una discapacidad más bajas, en tanto que aquellos que habían asistido a la escuela secundaria o superior solo tenían una tasa de mortalidad más baja¹⁸.

En un estudio, El aumento de personas mayores que viven solas en Irán: prevalencia y factores asociados, obtuvo como resultados que se determinó una proporcionalidad de personas mayores que vivían solas en 1986, 1996, 2006, 2011 y 2016 fue de 9,1, 9,0, 10,9, 14,5 y 14,9%, respectivamente. La probabilidad que los residentes de la ciudad vivían solos que los aldeanos siendo en su mayoría mujeres, en relación con el grado de educación la probabilidad de vivir solo entre analfabetos, escuela primaria, secundaria fueron mayores que aquellos con educación universitaria, el estudio también determinó que ser estudiante y ama de casa aumenta la vida en solitario en relación con los empleados, asimismo, las probabilidades de que los ancianos vivan solos en las etapas

temprana y media de la vejez son menores que en la vejez tardía. Además, las variables incluidas en el análisis explicaron el 16% de la variación en la vida en solitario¹⁹.

En la pesquisa, Incapacidad funcional y factores socioeconómicos y demográficos asociados en ancianos. Se determinó que las mayores prevalencias de IF fueron corroboradas entre ancianos de sexo femenino de 80 años o más de color blanco, viudos, pertenecientes a las clases D/E que vivían solos, con frecuencia de contactos de hasta 224 personas con diversidad de contactos de hasta 14 personas, donde se observó asociación estadísticamente significativa, después del análisis multivariado, entre IF y sexo y grupo etario concluyendo que la asociación entre la IF y sexo y grupo etario influyen en la salud²⁰.

En la investigación, Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia se obtuvo como resultados que, la edad promedio es de 49 años +/- 17,2 años, los ingresos mínimos de 23 dólares y los ingresos máximos de 23 000 dólares, el 88,9 % pertenecía al estrato socioeconómico alto. Un 61,6 % con calidad de vida buena. Se pudo concluir que así existe relación entre los ingresos mensuales del hogar con la salud psicológica, relaciones sociales y el ambiente y la vinculación laboral con todos los dominios excepto las relaciones sociales²¹.

En la pesquisa, Promoviendo el autocuidado de los adultos mayores en el primer nivel de prevención del Centro Salud José Olaya. Realizada en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Manifiesta que se fortaleció las capacidades de los adultos mayores para una cultura de autocuidado; y se desarrolló acciones de IEC (información, educación y comunicación) dirigido a las familias de los adultos mayores y se contó con recurso humano capacitado para la promoción de los estilos de hábitos saludables en los adultos mayores²².

En un estudio, Las condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México, se mostró que las condiciones en las que viven los adultos mayores se difieren de acuerdo con el perfil sociodemográfico desarrollado en la investigación y se observa que según la trayectoria laboral y escolar, la población masculina recibe una retribución económica más favorable que la femenina, por lo que las mujeres mayores recurren más a los programas de apoyo de gobierno y acuden más frecuentemente que los hombres a las instituciones de salud de las cuales son derechohabientes²³.

2.1.2. A Nivel Nacional

En la pesquisa, Determinantes de la salud en adultos de Chimbote, Perú. Se incluyeron 1496 adultos como determinantes del entorno biosocioeconómico, 62.2% mujeres 53.3% adultos mayores, en determinantes de estilos de vida, 52.4% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, 50.5% no consumen bebidas alcohólicas y 66.9% duerme de seis a ocho horas. En determinantes de apoyo comunitario, 53% se atendió en estos 12 últimos meses en un puesto de salud, 47.5% considera que el lugar donde se atendió se encuentra a regular distancia desde su vivienda y 64.6% tiene Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud peruano, SIS–MINSA²⁴.

En la investigación, Afrontamiento y calidad de vida en salud en adultos mayores de un centro de salud. Se determinó que 24.8 % de los adultos mayores refieren tener alto o muy alto nivel de afrontamiento a situaciones agobiantes, 28.6 % de los adultos mayores afirman tener una alta o muy alta calidad de vida en salud, asimismo existe relación significativa entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud, de forma que, cuando se incrementan el afrontamiento, mejora la calidad de vida en salud; quedando así

comprobada la hipótesis propuesta (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,454)²⁵.

En la investigación, Calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores del Asentamiento Humano Juan Pablo II de los Olivos, Lima – 2018, se obtuvo como resultado en calidad de vida relacionado a la salud (CVRS), 49.2% tienen calidad de vida muy alta; 34.4%, calidad de vida promedio; 8.4% calidad de vida baja y 8% calidad de vida alta. Concluyendo que La CVRS fue calidad de vida muy alta, en cuanto a las dimensiones, en función física, en rol físico, en dolor corporal, en vitalidad, en función social, en rol emocional y en salud mental predominó calidad de vida muy alta; en salud general predominó calidad de vida promedio²⁶.

En la pesquisa, Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá, se evaluó la calidad de vida en el adulto mayor en los municipios de Tenjo y Cajicá en el primer trimestre 2017, obteniendo como resultados que los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios²².

Un estudio, Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho, Chosica, se encontró que los elementos que afectan la calidad de vida son la salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, la institucionalización y el trato profesional por parte de las enfermeras por lo que los autores concluyeron que la salud que mantienen los adultos mayores en los centros de reposo afecta directamente a las habilidades funcionales y actividad y ocio y a su vez, se ve beneficiada por el trato profesional que brindan las enfermeras²⁸.

2.1.3. *A nivel local*

En la investigación, Calidad de vida en adultos mayores de un centro del adulto mayor en Cajamarca, se evaluó a 130 adultos mayores de 60 o más años de ambos sexos, se empleó un cuestionario WHOQOL-BREF, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, el cual evalúa la calidad de vida respecto a 4 dimensiones: dimensión física, dimensión psicológica, dimensión social y dimensión ambiente. Los autores encontraron que el 74% de los evaluados se ubican en un nivel de calidad de vida moderada. En cuanto a la dimensión física 92 % y psicológica 91% se ubican en un nivel de calidad de vida moderada y finalmente en las dimensiones social 51% y dimensión ambiente 52% se ubican en un nivel de calidad de vida baja²⁹.

En la investigación, Proyecto de desarrollo local: promoviendo un envejecimiento saludable en los adultos mayores – provincia de Santa Cruz - región Cajamarca. 2019, se identificó la presencia de enfermedades crónicas, familias con desconocimiento en el cuidado del adulto mayor, ocasionando serios problemas como ausencia de estilos de vida saludables, aumento de enfermedades y sedentarismo incluso viven en abandono de buscar el bienestar, se desarrollarán talleres educativos en estilos de vida saludable, talleres demostrativos de alimentación, talleres a la familia acerca del cuidado del envejecimiento saludable, terapia familiar en las familias de los adultos mayores, además talleres recreativos³⁰.

En la pesquisa, Cuidado integral del adulto mayor por el cuidador. centro de salud la Tulpuna, Cajamarca - 2021. Se determinó que 93.5% de los adultos mayores tienen 60 a 91 años, predominando el sexo masculino 89,7 % son independientes 77% de la población presentan enfermedades del sistema digestivo, respiratorio, urinario, nervioso y cardiovascular. En cuanto 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, respecto 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 amigos y a familiares, en cambio 41.0% y 38.0% a veces y nunca lo hace respectivamente. Los autores concluyeron que el cuidado integral del adulto mayor por parte de la persona cuidadora es deficiente³¹.

En la investigación, Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna Cajamarca 2016, se determinó y analizó la calidad de vida, donde el 44% de adultos mayores tenían de 70 a 79 años de edad, 62% eran mujeres, 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos, 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida, en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida, en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%³².

En la pesquisa, Características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión. Programa adulto mayor del hospital José Soto Cadenillas. Se obtuvo como resultados, respecto a las características socioeconómicas fueron 47,5% tenían 60 a 69 años, 33,8% tiene primaria, 31,3% fueron amas de casa, y 41,3%; estuvieron casados, así mismo 80% tiene religión católica, 52.5% vive con sus hijos y nietos, 48,8% gana un sueldo mínimo mensual. Todas las personas que tenían neumonía presentaban depresión, aquellos de 80 años a más 87.5 % de igual forma, las mujeres 86.4% padecen este

trastorno, el porcentaje más alto de depresión se presentó en los analfabetos con 90%, y comerciantes el 100% sufre de depresión, y los adultos mayores convivientes 94.1% presenta esta misma situación, los que ganan un sueldo mínimo el 87,9% sufre depresión, también el 93.8% de los católicos, los participantes que viven solos tienen más índices de depresión de 100%³³.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. El envejecimiento

Es producto de involución de las capacidades físicas, lo cual afecta directamente en la reducción de la funcionalidad de las personas³⁴. Estas transformaciones de los procesos conllevan a cambios demográficos importantes, los estudios internacionales datan un aumento de la población mayor, estimándose que pasaría del 10 al 30% en el 2050³⁵. Las partes más afectadas en los adultos mayores son la composición corporal y la condición física ya que están asociados con alteraciones como la sarcopenia y la dinapenia que afecta la funcionalidad de la calidad de vida³⁶. Estos cambios están influenciados por factores genéticos, conductuales y ambientales los cuales en su mayoría son variables³⁷.

La OMS ha declarado el periodo 2020 - 2030 como la década del envejecimiento saludable, haciendo énfasis especial y fundamental al ejercicio físico como forma segura en adultos mayores³⁸. Esta actividad física se sabe que regula y ayuda a mejorar la función física y mental de forma general, al igual que a revertir algunos efectos de las enfermedades crónicas y mantener a las personas mayores móviles, independientes y mejora de sus capacidades funcionales³⁹. Sin embargo, las condiciones y estilos de vida como el sedentarismo que predomina en las personas avanzadas de edad les permite de no gozar de una buena salud⁴⁰. Por lo tanto, las autoridades locales deben implementar y promover la actividad física entre las personas mayores.

2.2.2. La vejez

Es una etapa más en un proceso que constituye la totalidad del ciclo vital¹¹⁶. Así mismo, los recientes estudios sociales sobre la vejez muestran a la población adulta mayor, como una población heterogénea y compleja, activa y capaz de decidir sobre su vida, aunque en una situación de crisis y conflicto principalmente por la gran cantidad de prejuicios sociales sobre la vejez, que, al cruzarse con otras variables como la etnia, el género o la situación económica pueden poner al individuo en una situación de vulnerabilidad⁴¹.

Desde las ciencias sociales, abordar el tema de la vejez resulta una tarea bastante compleja. Como ha observado Ramos Bonilla, esto se debe principalmente a los siguientes motivos: no existe un significado preciso de la vejez; los aportes teóricos sobre la vejez son bastante heterogéneos e incluso divergentes; y el interés sobre la vejez surgió por la creciente presencia de la población adulta mayor. De esta manera, lo anterior “llevó a que la situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política academia desarrollará mayores aportes en la dimensión práctica y política que en la teórica”⁴².

2.2.3. Adulto mayor

El término adulto deriva del latín “adultos”, que significa crecer o madurar, mientras referencia a grande en que mayor procede del latín mayor, que hace edad¹¹⁹. Indica que es aquella persona que se encuentra en la etapa posterior a la adultez, en ese sentido, se toma como referencia un valor numérico específico para determinar el momento en que una persona llega a dicha etapa, dicho valor generalmente se establece alrededor de los 60 o 65 año⁴¹. Llamados de la tercera edad, son 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 humano⁴². Considerado como un grupo en situación de vulnerabilidad; factores como enfermedades, pobreza y marginación social que son determinantes de la vulnerabilidad⁴². Se caracterizan por la disminución creciente de las fuerzas físicas, donde experimentan cambios siendo el aspecto más notorio a nivel biológico, psicológico, social y emocional⁴².

La población adulta mayor es un grupo diverso con problemas particulares y diferentes para cada individuo persona de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad mayor o menor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. En el caso peruano, el artículo 2 de la Ley de la Persona Adulta Mayor establece que se debe entender por persona adulta mayor a “aquella que tiene 60 o más años⁴². Las personas adultas mayores (PAM) son consideradas un grupo en situación de vulnerabilidad no necesariamente por el hecho de llegar a determinada edad, sino por las características heterogéneas que surgen por su interacción social. De este modo, al momento de implementar medidas de todo tipo dirigidas a dichas personas, resulta necesario adoptar enfoques transversales, como los enfoques de derechos humanos, de género, de interculturalidad y el enfoque intergeneracional. Por consiguiente, este enfoque es un instrumento metodológico que utiliza el discurso de la teoría constitucional e internacional de los derechos humanos, además de incorporar una dimensión política en el análisis de las decisiones adoptadas⁴².

2.2.4. Características sociodemográficas

Es un conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. Modalidad en los diversos medios donde se desenvuelva el ser humano⁴¹.

a. Edad

Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez⁴². También implica cambios continuos en los individuos, a la vez supone formas de acceder o pérdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades. Pero uno de los cambios más relevantes es la llegada a la edad de jubilación y el proceso de adaptación a la nueva etapa, es un tema definido de estudio y aplicación de nuevos programas de formación dirigidos a este colectivo de personas⁴³.

b. Sexo

Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. De acuerdo con esta descripción, la OMS considera que "hombre" y "mujer" son categorías de sexo, mientras que "masculino" y "femenino" son categorías de género⁴⁴.

c. Estado civil

Se define como, la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del "estado de familia" en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil. Relaciones de familia, como el matrimonio o la filiación, al establecer un estado civil⁴⁵.

d. Grado de instrucción

Corresponde al nivel de educación que tiene un individuo determinado, indicando las etapas de estudio que se iniciaron o completaron, también puede definirse, como completo o incompleto; Analfabeto: individuo que no sabe leer ni escribir; Escuela primaria incompleta: no completó todos los años correspondientes a este ciclo de estudios (de 1° a 9° grado); Escuela primaria completa: educación básica completa (1 a 9 grado); Bachillerato incompleto: no completó todos los años correspondientes a este ciclo (1er a 3er años); Bachillerato completo: completado este ciclo (1er a 3er años); Título universitario (o licenciatura): educación superior completa (licenciatura o título); Postgrado: especialización dentro del curso de educación superior que se ha completado; Maestría: posgrado que garantiza la maestría en una definitiva área; Doctorado: posgrado que garantiza el título de doctor en un área de investigación determinada; Post-Doctorado: actividad de investigación o pasantía que puede realizarse después de la conclusión del doctorado⁴⁶.

2.2.5. Condición de vida

Es una noción que se refiere a un ligado de aspectos que aportan al bienestar de las personas y a la construcción de sus potencialidades para llevar una vida en sociedad que comprende componentes tanto objetivo y subjetivos. Entre los subjetivos se halla la perspicacia de cada persona de su bienestar a nivel social, físico y psicológico. En los objetivos, estarían en el bienestar material, es indicar una relación armoniosa con el ambiente físico, la salud y la comunidad. En una sociedad son las conveniencias, que las personas desarrollan su preexistencia con particularidades de cada persona, muchos aspectos afectan la condición de vida de una persona, a de partir los aspectos políticos, económicos, ambientales y sociales.

Celia y Tulsy, definen la condición de vida como la apreciación que la persona hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como pasible o ideal⁴⁷. Asimismo, son el conjunto de indicadores cualitativos que sirven para determinar la manera específica en la que viven las personas en un determinado tiempo y tipo de sociedad⁴⁸. Y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se lo mide por ciertos indicios observables. Cuando se vive con escasos recursos económicos, motivados por falta de trabajo, que a su vez puede provenir de escasa salud o educación, se dice que las personas tienen una precaria condición de vida, que puede afectar en general a una población, cuando existe una crisis económica global o ser específica de un individuo o grupo⁴⁹.

A. Bienestar físico

Tiene que ver con la salud, la alimentación y la protección frente a agentes nocivos para la salud⁴³. También se define como la capacidad de realizar actividades físicas y llevar a cabo funciones sociales que no están impedidas por limitaciones físicas y experiencias de dolor físico e indicadores de salud biológica⁵⁰.

a.1. Seguro de Salud

Es un seguro que brinda protección económica ante la ocurrencia de eventos que afecten los riesgos de salud específicamente previstos en el contrato y con el alcance que allí se especifique⁵¹.

a.1.1. Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Es el Seguro Social de Salud que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción,

recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos⁵².

a.1.2. Seguro Integral de Salud (SIS)

Es un seguro de salud dirigido para todos los peruanos y extranjeros residentes en el Perú que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS cubre medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados de emergencia, pero la cobertura varía según el plan de seguro SIS. Cubre más de 12 mil diagnósticos, incluidos varios tipos de cáncer.

Existen 5 planes de seguro SIS: a) SIS Gratuito, para personas en pobreza extrema, pobreza, madres gestantes, niños, bomberos, entre otros grupos incluidos por norma; b) SIS Para Todos, para personas que no cuentan con un seguro de salud, independientemente de su condición económica; c) SIS Independiente, para cualquier ciudadano a un bajo costo; d) SIS Microempresas, para los dueños de microempresas que quieran inscribir a sus trabajadores; e) SIS Emprendedor, para trabajadores independientes que no tengan empleados a su cargo (como peluqueros, modistas, gasfiteros, etc)⁵².

b. Enfermedades más frecuentes del adulto mayor

b.1. Cardiovasculares

b.1.1. Hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad caracterizada por un aumento de la presión en el interior de los vasos sanguíneos (arterias). Como consecuencia de ello, los vasos sanguíneos se van dañando de forma progresiva, favoreciéndose el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ictus, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca), el daño del riñón y, en menor medida, de afectación de la retina (los ojos); que afecta al 35% de los adultos en nuestro país y al 68% de los mayores de 65 años. Es responsable de una parte muy importante de las enfermedades cardiovasculares, por lo que se ha convertido en un problema social de primera magnitud⁵³. Esta afección no presenta síntomas claros en tanto que es recomendable que la persona que padece de hipertensión arterial realice un control exhaustivo y periódico de la presión arterial cardiopatías más frecuentes en las personas mayores. Por un incremento permanente de los valores de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm. Hg. o el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm. Hg⁵⁴.

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de futuras enfermedades vasculares (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal). La relación entre las cifras de PA y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo

más datos referentes al valor pronóstico de la HTA y los efectos beneficiosos de su tratamiento⁵⁵.

b.1.2. Insuficiencia cardiaca (IC)

Es una enfermedad crónica y degenerativa del corazón que impide que éste tenga capacidad suficiente para bombear la sangre y por lo tanto de hacer llegar suficiente oxígeno y nutrientes al resto de los órganos⁵⁶. Y proporcionar los requerimientos metabólicos; es un síndrome complejo que resulta de cualquier anomalía estructural o funcional que compromete el llenado o la eyección ventricular. Puede resultar de alteraciones del pericardio, del miocardio, de los vasos coronarios, de las válvulas, de los grandes vasos o de ciertas anomalías metabólicas⁵⁷. Representa en la actualidad un problema de salud pública y ha sido considerada junto a la fibrilación auricular (FA) como una epidemia emergente dentro de las enfermedades cardiovasculares, debido a su prevalencia en la población y a que los costos asociados a su tratamiento repercuten sobre el sistema de salud⁵⁶.

c. Digestivas

c.1. Diabetes

Es una enfermedad crónica que produce un aumento en los niveles de azúcar (glucosa) en sangre⁵⁸. El azúcar en la sangre es la principal fuente de energía y proviene de los alimentos. La insulina, es una hormona que produce el páncreas, ayuda a que la glucosa de los alimentos ingrese en las células para usarse como energía. Algunas veces, el cuerpo no produce suficiente o no produce nada de insulina o no la usa adecuadamente y la glucosa se queda en la sangre y no llega a las células⁵⁹. Puede ser causa de enfermedad cardíaca, vascular (de los vasos sanguíneos) y circulación deficiente, ceguera, insuficiencia renal, cicatrización deficiente, accidente cerebrovascular y de otras

enfermedades neurológicas (que afectan a la conducción de los nervios). La diabetes no puede curarse, pero puede tratarse con éxito. Pueden evitarse las complicaciones ocasionadas por la diabetes mediante el control del nivel de glucosa en sangre, de la presión arterial (tensión arterial) y de los niveles altos de colesterol⁵⁸.

c.1.2. Tipos de diabetes

c.1.2.1. Diabetes tipo 1.

La diabetes tipo 1, anteriormente llamada diabetes insulino dependiente o diabetes juvenil, generalmente se diagnostica en los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes, pero puede presentarse en personas de cualquier edad⁶⁰. En este tipo de diabetes, el páncreas no produce insulina⁶¹. O produce muy poca. La insulina es una hormona que ayuda a que el azúcar en la sangre entre a las células del cuerpo, donde se puede usar como fuente de energía. Sin insulina, el azúcar en la sangre no puede entrar a las células y se acumula en el torrente sanguíneo.

c.1.2.2. Diabetes tipo 2.

Denominada anteriormente como diabetes de aparición adulta⁶². Como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta⁶³. El organismo no produce ni usa bien la insulina, cuando ésta es insuficiente, la glucosa se acumula en la sangre y provoca niveles altos de azúcar en sangre⁶¹. Es una discapacidad en la forma en que el cuerpo regula y usa el nivel de azúcar (glucosa) como combustible; Eventualmente, los niveles elevados de glucosa en la sangre pueden provocar trastornos de sistema circulatorio, nervioso e inmunitario, el tipo 2 es más común en adultos mayores, pero el aumento en la cantidad de niños con obesidad ha dado lugar a la aparición de más casos de diabetes tipo 2 en personas más jóvenes, más de un 95% de las personas con diabetes presentan este tipo 2, que se debe en gran medida al exceso de peso y a la inactividad física⁶².

c.2. Gastritis

Es una enfermedad que se produce por la inflamación del revestimiento del estómago⁶⁴. Producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica⁶⁵. Constituye un problema importante de salud en el mundo y genera diversos efectos negativos en quien la padece; en los pacientes que sufren de esta enfermedad se produce un aumento en la producción de ácido clorhídrico, sin embargo, se ha registrado que en algunos casos existe una producción normal de ácido e incluso, puede presentarse una hiposecreción gástrica⁶⁶. También ocasionada por la misma infección bacteriana que provoca la mayoría de las úlceras estomacales o por el uso habitual de ciertos analgésicos. Es posible que la gastritis aguda aparezca repentinamente o lentamente con el tiempo “gastritis crónica”. En algunos casos, la gastritis puede producir úlceras y un mayor riesgo de sufrir cáncer de estómago. Sin embargo, para la mayoría de las personas, la gastritis no es grave y mejora rápidamente con tratamiento⁶⁴. Es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*⁶⁷. Las manifestaciones y su gravedad dependen de la zona afectada (cuerpo del estómago, antro, estómago entero); la profundidad de la lesión y la fase de la inflamación, según el agente causante o agente dañino (bacteriano, viral, autoinmune, inducido por quimioterapia). La gastritis puede ser aguda o crónica⁶⁸.

La gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países⁶⁴. Se considera una de las enfermedades más graves e

insidiosas en la población mundial⁶⁸. En el Perú, es una de las causas que con más frecuencia motivan la consulta gastroenterológica⁶⁹.

c.2.1. Clasificación de gastritis, según el curso del tiempo

c.2.1.1 Gastritis aguda

Es el tipo de gastritis que tiene correlación endoscópica, por lo general es provocada por ingesta de alcohol y más aún por la toma de antiinflamatorios no esteroideos⁷⁰. Es una enfermedad del sistema digestivo más frecuente en la clínica, por lo que se podría dividir en tres tipos. Gastritis no atrófica (GNC), gastritis atrófica crónica (CAG) y otros tipos especiales⁷¹. La primera se caracteriza por una infiltración celular inflamatoria crónica de la mucosa gástrica⁷¹. El principal causante de esta enfermedad es *Helicobacter pylori*.

c.2.1.2 Gastritis crónica

Es una de las enfermedades de gastritis más comunes, graves e insidiosas. Se estima que la gastritis crónica es una de las enfermedades pandémicas más comunes con estragos mortales como la úlcera péptica o el cáncer gástrico. Una inflamación agresiva y permanente en la gastritis da como resultado a gastritis atrófica o también llamada crónica; esto da como resultados disfunciones de la mucosa del estómago. La gastritis atrófica terminará finalmente en un estómago permanentemente de ácido en los casos más extremos⁷³.

d. Enfermedades respiratorias

d.1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Conocida también como enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica, obstrucción crónica del flujo aéreo, enfermedad pulmonar crónica inespecífica y síndrome pulmonar

obstructivo difuso; es causada por una respuesta anormal de las vías aéreas y los alvéolos ante la exposición crónica a partículas nocivas y gases, principalmente al humo del tabaco⁷⁴. Es un término en el que se incluye la bronquitis crónica, el enfisema y una combinación de ambas enfermedades⁷⁵. Es una enfermedad crónico degenerativa que se presenta en adultos mayores de 45 años y representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad⁷⁶.

Clínicamente se caracteriza por enfisema y bronquitis crónica que conducen al desarrollo de la obstrucción de las vías respiratorias. Actualmente se define como una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, caracterizada por persistentes síntomas respiratorios y limitación del flujo aéreo debido a anomalías de las vías respiratorias o alveolares, causadas por la exposición a partículas o gases nocivos. La limitación crónica del flujo aéreo característica de la EPOC es producida por una combinación de enfermedad de vías aéreas pequeñas y destrucción de parénquima, que varían de un individuo a otro⁷⁷. Puede causar falta de aire o sensación de cansancio debido al esfuerzo que realiza para respirar. Esta enfermedad ha incrementado su prevalencia en el mundo y se considera que para el año 2020 se convertirá en la cuarta causa de muerte a nivel mundial⁷⁷.

Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado y con una importante repercusión económica. Afecta a un individuo entre el 2.4 y el 3.5% de la población adulta, tasa que se eleva hasta un 19% en los mayores de 65 años. Aproximaciones de estimación cifran a la EPOC entre el 7 y el 10% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria y alrededor de 30% de los que acuden al neumólogo⁷⁸.

d.1.1. Infecciones respiratorias agudas (IRAS)

Es un conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías⁷⁹.

d.1.2. Tuberculosis

Es una enfermedad infectocontagiosa causada en la mayoría de los casos por un microorganismo llamado *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch⁸⁰. Este se disemina desde su ubicación inicial en los pulmones a otras partes del cuerpo por el torrente sanguíneo, el sistema linfático y las vías respiratorias o por extensión directa a otros órganos⁸¹. Se caracteriza por tos y expectoración por más de 15 días, con o sin hemoptisis, acompañado, en la mayoría de los casos, de síntomas generales como pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de apetito⁸². Suele entrar al cuerpo humano por inhalación⁸³. También pueden atacar otras partes del cuerpo, como los riñones, la columna vertebral y el cerebro. Si no se trata apropiadamente, la tuberculosis puede ser mortal⁸⁰. Es la enfermedad infecciosa que causa mayor mortalidad en el mundo y más del 95% de las muertes ocurre en países de ingresos bajos y medianos; afecta principalmente a adultos jóvenes en sus años más productivos, pero todos los grupos de edad están en riesgo⁸³. El 80% de los casos son de forma pulmonar, sin importar sexo, raza ni condición económica; repercute en grupos vulnerables, desprotegidos desde el punto de vista social, económico y de salud como migrantes, indígenas⁸⁴. El Perú se ubica en la lista de los treinta países con más alta carga de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR), y es el segundo con el mayor número de casos estimados de tuberculosis en la Región de las Américas, después de Brasil⁸⁵.

La tuberculosis extrapulmonar, es decir, la tuberculosis que afecta a otros órganos aparte de los pulmones, con mayor frecuencia la pleura (derrame pleural con exudado a predominio linfocitario), los ganglios linfáticos (adenomegalias grandes, asimétricas y en ocasiones dolorosas)⁸¹. Meninges (cefalea persistente, meningismo, síndrome confusional), pericárdica (derrame pericárdico con exudado linfocítico)⁸⁶. La columna vertebral y otros huesos o articulaciones, el aparato genitourinario, el sistema nervioso y el abdomen. La tuberculosis puede afectar a cualquier órgano e incluso puede volverse diseminada. Este tipo de tuberculosis no suele ser contagiosa⁸¹.

e. Nerviosas

e.1. Parkinson

Es una afección degenerativa del cerebro asociada a síntomas motores (lentitud de movimientos, rigidez, temblores, y desequilibrio) y a otras complicaciones, como el deterioro cognitivo, los trastornos mentales, los trastornos del sueño y el dolor y las alteraciones sensoriales⁸⁷. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en el mundo después de la enfermedad de Alzheimer. Se caracteriza por ser una enfermedad de curso lento manifestada por lo general alrededor de los 60 años de edad, existiendo también casos de inicio, anterior a los 50 años⁸⁸. Afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura⁸⁹. Según la Organización Mundial de la Salud, es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer. Es una de las enfermedades que tiene un gran impacto tanto en la vida de las personas que la padecen como de sus familiares, que afecta a la satisfacción de las necesidades básicas y produce situaciones de dependencia e incapacidad⁸⁹.

e.2. Alzheimer

Es un trastorno neurológico inevitable en el que la muerte de las células cerebrales provoca pérdida de memoria y deterioro cognitivo que desencadena en demencia, siendo la causa más común de demencia en ancianos. Generalmente, se desarrolla en personas mayores de 65 años incrementando su incidencia en aquellos pacientes de edad aún más avanzada. Se considera una de las principales causas de muerte a nivel mundial. El alzhéimer produce la reducción del cerebro debido a la progresiva pérdida de células nerviosas y conexiones⁹⁰. Se inicia paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. A medida en que avanza la enfermedad, se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas, y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas problemáticas. En sus etapas avanzadas, conduce a la demencia y finalmente a la muerte⁹¹.

f. Renales

f.1. Incontinencia urinaria

Es la pérdida involuntaria de orina sin control del llenado y vaciado de la vejiga urinaria, acompañado, en ocasiones, de un fuerte deseo de orinar⁹². Es un problema sanitario importante en todo el mundo manifestando un impacto social y económico importante sobre las personas y la sociedad, se presenta tanto en el sexo masculino como el femenino, existiendo causas y factores de riesgo diferentes; además, presenta mayor prevalencia en mujeres que hombres. El signo característico es la pérdida de orina con la tos o mediante el uso de registros diarios, (registro del número de micciones, escapes de orina y bebidas que se ingieren), la prueba de compresa o test de pañal, las puntuaciones de síntomas, los instrumentos de medición de calidad de vida que se encuentran validados y los estudios

isodinámicos, que brinda la condición fisiopatológica de hiperactividad del músculo detrusor o debilidad del esfínter.

f.1.1 Tipos de incontinencia urinaria

f.1.1.1 Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a la tos, pujo, esfuerzo físico o cambios súbitos de posición que provoca un aumento de la presión abdominal; esto es debido al aumento súbito de la presión intraabdominal, porque el esfínter no es capaz de soportar y como consecuencia se da el escape de orina; por otro lado, se produce también por el descenso de la posición normal del ángulo uretrovesical posterior, este tipo de incontinencia es la más frecuente en mujeres⁹³.

f.1.1.2. Incontinencia urinaria Mixta

Es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo; la única forma de identificarla es mediante un estudio urodinámico; además es más frecuente en mujeres premenopáusicas. La IU de urgencia (IUU) es la incapacidad para contener la orina en el tiempo suficiente para ir al baño, siendo la más frecuente en personas mayores; debido a las contracciones involuntarias del músculo detrusor, en un estudio urodinámico se denomina “detrusor hiperactivo”, en donde su causa puede ser una enfermedad neurológica⁹³.

f.1.1.3. Incontinencia urinaria por rebosamiento

Es más frecuente en varones por obstrucción prostática; en donde se produce en presencia de retención y residuos permanentes por hipoactividad del músculo detrusor; por otro motivo, la vejiga está sobre distendida y se producen escapes inadvertidos de escasa cantidad de orina, pero casi constantes⁹³.

f.1.1.4. Incontinencia urinaria Inconsciente

Es la pérdida involuntaria de orina sin deseo de miccionar e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal, puede ocurrir en pacientes sólo neurológicos⁹³.

g. Infección del tracto urinario

g.1. En función de su evolución

g.1.1. ITU no complicada

Son las infecciones que ocurren en mujeres sanas no gestantes con síntomas de vía urinaria baja (cistitis: polaquiuria, disuria, urgencia miccional y dolor suprapúbico), o de vía urinaria alta (pielonefritis: dolor en fosa renal, puñopercusión positiva y fiebre). Pueden ser esporádicas o recurrentes⁹⁴.

g.1.2. ITU complicada

Se presenta en pacientes que sufren de algunas condiciones que determinan mayor riesgo de avance de la enfermedad. Se da en mujeres gestantes, hombres, insuficiencia renal, obstrucción, hombres, inmunosuprimidos, insuficiencia renal, trasplante renal, uropatía obstructiva de causa neurológica, personas con factores de riesgo de ITU recurrente o persistente (litiasis, talla vesical, sondaje vesical, nefrectomías y otros tipos de drenaje de la vía urinaria)⁹⁴.

g.1.3. ITU asociada a catéter

ITU en presencia de catéter urinario permanente, sin evidencia de otras fuentes de infección. Se define por $\geq 10^5$ UFC/mL en una muestra de orina de catéter, o en muestra de orina obtenida 48h después de retirado el catéter⁹⁴.

g.1.4. ITU recurrente

Recurrencias de ITU (no complicada o complicada), con una frecuencia de ≥ 3 ITUs/año o ≥ 2 ITUS en los últimos 6 meses⁹⁴.

g.1.5. Urosepsis

Disfunción orgánica que causa riesgo vital debido a una ITU⁹⁴.

h. Oculares

h.1. Glaucoma

Con el pasar de los tiempos la definición de glaucoma ha ido cambiando, tradicionalmente se decía que es un grupo de enfermedades caracterizadas por la generación progresiva y multifactorial de las células ganglionares de la retina que conduce a la pérdida de fibras nerviosas provocando un daño del campo visual (VF) generalmente relacionado con el nivel de presión ocular (PIO)⁹⁵

h.2. Catarata

El término “catarata” deriva de la palabra latina catarata que a su vez proviene del vocablo griego kataraktes, que significa cascada (caída, colapso). Que es una opacificación del cristalino, aun siendo muy pequeña, pero desde el punto de vista clínico es una opacidad que produce alteración significativa de las funciones visuales, se desarrollan como parte del proceso natural de envejecimiento, por lo que, eventualmente, todos estamos en riesgo de desarrollarlas. Con la edad, poco a poco el lente del ojo se vuelve menos flexible,

menos transparente y más grueso⁹⁶. El cristalino pierde su flexibilidad, aumenta de tamaño y se enturbia de forma natural con la edad, dando como resultado una reducción progresiva de la visión, generalmente es bilateral y determinada genéticamente, aunque puede deberse a procesos infecciosos. Si se agrupan en forma de corona, en la periferia, se habla de catarata coronaria (también denominada cerúlea por su tono azulado) y se clasifica como Catarata congénita y anomalías del cristalino⁹⁷.

h.3. Retinopatía

Es un término genérico que se utiliza en medicina para hacer referencia a cualquier enfermedad no inflamatoria que afecte la retina, es decir, a la lámina de tejido sensible a la luz que se encuentra en el interior del ojo. No es, por tanto, una enfermedad única, sino que se designa con este nombre a un conjunto de afecciones diferentes, cada una con sus propias características⁹⁸. Existen varios tipos de retinopatía, pero todos involucran la enfermedad de los pequeños vasos sanguíneos de la retina. Los signos pueden observarse cuando se mira la retina a través de la pupila con un oftalmoscopio⁹⁹.

h.4. Cáncer

La OMS define la palabra “Cáncer “como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; asimismo se denominan (tumores malignos) o (neoplasias malignas)¹⁰⁰. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células. En condiciones normales, las células humanas se forman y se multiplican (mediante un proceso que se llama división celular) para formar células nuevas a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y las células nuevas las reemplazan. a Veces el proceso no sigue este orden y las células anormales o células dañadas se forman y se multiplican cuando no deberían. Estas células tal vez formen

tumores, que son bultos de tejido. Los tumores son cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos). se diseminan (o invaden) los tejidos cercanos. También podrían viajar más lejos a otras partes del cuerpo y formar tumores, un proceso que se llama metástasis. Hay muchos tipos de cáncer que forman tumores sólidos. Pero los cánceres de la sangre, como la leucemia, en general no forman tumores sólidos. Los benignos no se diseminan a los tejidos cercanos. Cuando se extirpan los tumores benignos, no suelen volver, mientras que los tumores cancerosos a veces vuelven. Pero los tumores benignos a veces son bastante grandes. Algunos podrían causar síntomas graves o poner en peligro la vida de la persona, como los tumores benignos en el cerebro o el encéfalo¹⁰¹.

i. Cambios del adulto mayor

i.1 Cambios físicos

i.1.1. A nivel de la visión

Disminuye el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, obteniendo rigidez, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina¹⁰². Hasta la parte posterior del ojo; asimismo, la retina, que sujeta las células que distinguen la luz, se revierte más sensible lo que obstaculiza la visión cuando no hay suficiente luz¹⁰³. Se hace necesario una luz intensa para poder leer, el cristalino se restituye de color amarillo cambiando de manera en que se ven los colores; las pupilas responden más lentamente a los cambios de luz; el número de células nerviosas reduce, afectando la percepción de hondura; los ojos producen menos líquido y empeora la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores, los ojos empiezan a secarse, cuando reduce el número de células productoras de fluidos lubricantes de los ojos¹⁰⁴.

Además, la producción de lágrimas pasa a disminuir, cambia la apariencia de los ojos; también puede haber aumento de lagrimeo por irritación, ausencia de lagrimeo, entropión

o párpados hundidos hacia dentro, ectropión o párpados caídos hacia fuera, reflejo de parpadeo deficitario, aumento de vello en las cejas, disminución del número de pestañas, cierta atrofia de los músculos peri orbitales del ojo, aumento de las “palmeras” o adherencias en el ojo. También se desarrollan las cataratas y pueden causar, visión doble o varias imágenes en un ojo, vista de halos o aureolas alrededor de los objetos, reducción de la visibilidad en la noche, visión borrosa y percepción de los colores como si estuvieran desteñidos¹⁰⁵.

i.1.2. A nivel de la audición

La membrana del tímpano se retorna más dura, por lo que aparece signos de rigidez en la membrana basilar y el tímpano, trastorno vascular local que influye en los cambios estructurales del oído interno, alteración histológica generalizada: en células sensoriales de la cóclea, órgano de Corti¹⁰³.

Las articulaciones de los pequeñísimos huesos en el oído degeneran elasticidad y eficiencia, en general reduce el número de neuronas implicadas en el funcionamiento de distintas estructuras del oído, que son responsables de la emisión del sonido al cerebro. La cera de los oídos es más dura y seca; afectando la conducción física del sonido, dificultando la acción de oír los sonidos de frecuencia baja, también puede afectar a la audición neuro sensorial, haciendo más difícil de oír los sonidos de alta frecuencia¹⁰⁶.

Además, la zona externa del oído observa modificaciones, aunque apreciables a simple vista a diferencia de las anteriores. Las marcas que deja la vejez podemos detectarlas rápidamente en la mayor cantidad de vello que se va cultivando en el pabellón auditivo. Otro signo visible y común es el continuo crecimiento de la oreja, más frecuente en las ancianas, que utilizaron durante años en ocasiones de exagerado peso, y que, en la vejez, provocarán autoclisis (caída del pabellón). Esto también se origina por la pérdida de elasticidad de las orejas. Así mismo se presenta menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender

conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas¹⁰⁷.

El oído, eje fundamental para la comunicación interpersonal, padece cambios anatómicos en la vejez, cuyos resultados perjudicarán a la persona en la relación con su entorno social por el consiguiente deterioro de la audición, provocando gran número de conductas de aislamiento. Por lo general la pérdida de la audición ocurre en ambos oídos a medida que uno envejece, esto se debe que el desgaste es gradual y muchas veces en su totalidad¹⁰⁸.

i.1.3. A nivel del Gusto y olfato

Los factores fisiológicos están asociados con una función gustativa deteriorada en las personas mayores. Existen tres cambios importantes que se asemejan al proceso de envejecimiento saludable y que afectan a la percepción del gusto. Uno de estos cambios es la disminución de la percepción quimio-sensorial, mientras que otro de esos cambios es la dificultad para mantener la salud bucal a medida que las personas envejecen, por último, como último cambio en el envejecimiento saludable, tenemos la función olfativa que también afecta en gran parte al gusto ya que están fisiológicamente conectados¹⁰⁹. Así, podría decirse que la capacidad químico-sensorial (capacidad de percibir un olor o sabor) disminuye con la edad¹¹⁰.

En tanto que el sentido del olfato durante mucho tiempo ignorado por la comunidad médica, el sentido del olfato aparece como un significado valioso, involucrado en los procesos de memoria¹¹¹. Además de su importante papel en el comportamiento social de muchas especies y su interés en términos de seguridad, el sistema olfativo influye en la calidad de vida de los sujetos debido a un fuerte componente emocional. De hecho, pueden aparecer trastornos del estado de ánimo o incluso síndromes de reacción depresiva genuinos en caso de déficit olfativo¹¹².

i.1.4. A nivel de la piel

Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: Aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad; todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno¹⁰². (Tejido fibroso resistente, que defiende la piel) y elastina, también se convierten químicamente y se vuelven menos flexibles¹⁰³. La pérdida de grasa subcutánea y masa muscular¹⁰². Que actúa como un cojín para la piel, protegiéndola y ayudando a mantener el calor corporal. 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 menos sensibles a la temperatura y a la presión, y pueden producirse más lesiones¹⁰³.

El número de glándulas sudoríparas, de vasos sanguíneos y el flujo sanguíneo en las capas profundas de la piel también se reduce. Regularmente, el calor se desplaza desde el interior del organismo, por los vasos sanguíneos, hacia la superficie. El calor que sale del organismo es menor y el organismo no puede enfriarse adecuadamente, por lo que los adultos mayores pueden 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 (melanocitos) disminuye, por lo que la piel está menos protegida de los rayos ultravioletas (UV), como los de la luz solar. La piel pierde capacidad de sintetizar vitamina D al exponerse a la luz solar¹⁰³.

i.1.5. A nivel de la estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular¹⁰³. se presenta disminuciones de la estatura, los huesos se convierten más frágiles y débiles que se pueden romper con más

facilidad, los huesos pierden calcio y otros minerales, la columna del ser humano se conforma de huesos conocidos como vertebrales, con el envejecimiento el tronco se vuelve más corto tiende a reducirse con la edad, a medida el disco pierde liquido se convierten en más delgados, donde la columna vertebral se vuelve en forma de curva, donde los arcos de los pies se ven menos pronunciados que contribuye a la pérdida de estatura en el adulto mayor, siendo los brazos y piernas frágiles debido a la pérdida de mineral pero no cambia de longitud¹¹².

i.1.6. A nivel del sistema esquelético

Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura, la masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos, estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación¹⁰². El adulto mayor va envejeciendo, el tronco se vuelve más corto porque los discos van perdiendo su liquido gradualmente lo que hace que se vuelva más delgado y frágil y las vértebras también pueden ser parte de su contenido mineral. Lo que hace posible que cada hueso sea más delgado, donde se pierde masa y densidad, calcio y minerales¹¹³.

i.1.7. A nivel de articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor¹⁰². El tejido muscular la consecuencia de la sarcopenia es una pérdida gradual de masa y fuerza de los músculos en el adulto mayor, las personas están expuestas a que puedan sufrir artropatías y caídas, esto puede evitar si se logra un programa de ejercicios regulares, las

fibras musculares se ven afectándose por el envejecimiento, y pueden disminuir más rápido, en consecuencia los músculos se contraen rápidamente en la vejez de cada adulto, las articulaciones se vuelven rígidas por que los tendones y ligamentos se vuelven más duros y quebradizos¹¹³.

i.1.8. A nivel del sistema cardiovascular

En el corazón, aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios, los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre, las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse, todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general¹⁰². El corazón del anciano presenta normalmente síntomas de debilitamiento, que se reconoce ligeramente marrón. Sus diferentes partes y afluentes sanguíneos sufren trastornos; cambios en miocardio, pericardio y endocardio. En cuanto al ritmo cardiaco, destaca los cambios de frecuencia y gasto cardiaco. 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 rígidas¹¹⁴.

i.1.9. A nivel de aparato respiratorio

El diafragma, los alvéolos y de capilares pulmonares, tienden a debilitarse; también se convierten químicamente y se vuelven menos flexibles, por lo tanto, se absorbe un poco menos de oxígeno del aire respirado, los pulmones se tornan menos elásticos, disminuyendo su capacidad para combatir las infecciones¹¹⁵. Se presenta atrofia y debilitamiento de músculos intercostales, cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y deterioro del tejido pulmonar (bronquios), produciendo disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre 10% y 15%, apareciendo enfermedad respiratoria, la más común el enfisema. Los músculos que se encuentran en las vías respiratorias son capaces de perder su cavidad para poder mantenerse abiertas, lo que hace que las vías respiratorias se puedan cerrar más fácilmente, lo que conlleva que el envejecimiento provoque que los alveolos pierdan su forma¹¹⁶.

i.1.10. A nivel del sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia, con el envejecimiento hay motivos para aumentar el riesgo en problemas renales y vesicales, así como también fugas o incontinencia urinaria se puede decir que padecerían de una incapacidad de contener la orina o no poder la retención urinaria, debido a que los riñones también son parte fundamental del sistema urinario lo que incluye los uréteres, la vejiga y la uretra, los cambios musculares y el aparato reproductor afectan al control vesical, los cambios con la edad siempre va afectar los riñones y la vejiga en el adulto mayor, esto puede afectar su funcionamiento de los riñones¹⁰².

i.1.11. A nivel del sistema digestivo

Se presenta, disminución de la producción de células y ácido estomacal, el vaciamiento gástrico se vuelve más lento y se retrasa la absorción de la glucosa, reducción en la metabolización del hígado, decrecimiento del porcentaje de síntesis de la albumina, la bilis contiene más grasa, disminución de las células pancreáticas, estas células son intolerancia a la glucosa y originar diabetes, menor absorción intestinal, tanto de vitamina D como de calcio, por lo que dicha reducción produce diarrea, así como intolerancia a la leche, disminución de los mecanismos sensoriales y efectores rectales, que da origen a la incontinencia fecal, cambios vasculares y fibrosos, aparición de bolsas, segmentación del colon, menor circulación, disminución de la fuerza y dificultades para la distensión rectal y deterioro significativo del intestino y estreñimiento habitual¹¹⁷.

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado, pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación, disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución, reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión, atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor, disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por estreñimiento, es así que en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado¹¹⁷.

i.2. Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos que sufre el individuo al llegar a la vejez, se basan en dos teorías principales: a) La memoria sensorial, es el más inmediato de los almacenes de memoria, muestra totalmente un declive ligero como consecuencia del envejecimiento. b) 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 información¹¹⁸.

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 éstas 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 inteligencia¹⁰².

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 psicosomática¹⁰³.

i.3. Cambios sociales

La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores; ésta se va reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo. Estos cambios difieren de los fisiológicos y psicológicos por ser estos dos últimos, cambios personales e individuales. Los sociales son cambios relacionados con la interacción con las demás personas y aunque incluyen cambios personales, se enfocan en las personas que los rodean¹⁰².

i.4. Cambio de rol en la vejez

i.4.1. Desde tres dimensiones

i.4.1.1. El anciano como individuo

Los individuos en la última etapa de su vida se hacen evidente la conciencia de que la muerte está cerca, la actitud frente a la muerte cambia con la edad, uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte, ésta es vivida por todos 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 enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia¹¹⁹.

a. El anciano como integrante del grupo familiar

Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos, la relación con ellos, pasan por distintas etapas. 1) Cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero, 2) cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia¹¹⁹.

b. 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 soledad¹¹⁹.

j. Evolución del entorno socio afectivo

El entorno social adquiere gran importancia para el individuo que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo recibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo social, entorno socio afectivo y red social se comprenden de forma intuitiva¹⁰².

El apoyo desde su entorno, puede ser de varios tipos:

j.1. Apoyo instrumental: Se refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos.

j.2. Apoyo emocional: Se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.

j.3. Apoyo de estima: Consiste en disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios.

j.4. Apoyo informativo: Se trata de facilitar la información necesaria que ayudará a resolver un determinado problema, para disminuir el sentimiento de confusión e impotencia, e incrementar la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico.

j.5. Compañía social: La actividad social, sobre todo de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres.

Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física¹⁰².

Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido el individuo se transforma: los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona; en las mujeres, sobre todo, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida; aparece el rol de abuelo/a. Lo que ocurre es que con el tiempo esta relación va cambiando: de ser una fuente de ayuda, pasa a ser una carga familiar (es en este momento cuando la familia se plantea el ingreso en una institución); pierden vínculos, como los compañeros de trabajo; también fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares, etc, pero se pueden ganar otros muchos, dependiendo de la actitud que adopte la persona ante su nueva situación.

Las relaciones sociales de las personas mayores, determina que, los adultos mayores que mantienen su red social tienen mejor salud física y psicológica que las que no la mantienen, la relación con otras personas con las que el adulto mayor, realizan alguna actividad, es importante, para mejorar nuestro bienestar y para llevar una vida saludable. Además, reduce el impacto de circunstancias vitales estresantes que pueden vivirse y degradar la salud de los adultos mayores¹⁰².

k. Envejecimiento saludable

Para que el envejecimiento sea saludable es necesario que a los adultos mayores se les garantice a) Empleo, previsión y seguridad social, promover oportunidades para las personas adultas mayores mediante mecanismos que permitan mejorar su calificación e inserción en el mercado laboral garantizando un nivel mínimo de ingresos y su acceso a los servicios de previsión y seguridad social, b) Participación e integración social, incrementar los niveles de participación social y política de las personas adultas mayores

de manera que la sociedad los integre como agentes del desarrollo comunitario, c) Educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez, elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor, promover una imagen positiva del envejecimiento e incrementar en la sociedad el reconocimiento hacia los valores y experiencia de vida de las personas adultas mayores¹²⁰.

El principal instrumento normativo que recopila y profundiza en los derechos de las personas adultas mayores, Ley 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor, establece sus principios generales para la aplicación de sus disposiciones. Estos principios, contemplados en el artículo único del Título Preliminar, son los siguientes¹²⁰.

k.1. Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores

Toda acción pública o privada está avocada a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y autorrealización de la persona adulta mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo¹²⁰.

k.2. Seguridad física, económica y social

Toda medida dirigida a la persona adulta mayor debe considerar el cuidado de su integridad y su seguridad económica y social¹²⁰.

k.3. Protección familiar y comunitaria

El estado promueve el fortalecimiento de la protección de la persona adulta mayor por parte de la familia y la comunidad¹²⁰.

k.4. Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor.

Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biopsicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos,

emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico¹²⁰.

B. Bienestar material

b.1. La vivienda

Es domicilio que expresa la residencia de la persona como una identidad social y su pertinencia de un determinado grupo social; es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan; el entorno de la vivienda o medio ambiente es el espacio geográfico donde viven las personas y el conjunto de elementos y condiciones que se encuentran en ese espacio¹²¹.

b.1.1. Vivienda Saludable

Es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables de sus moradores, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud. La vivienda saludable incluye no sólo la casa, sino el entorno físico y social, la familia y la comunidad¹²¹.

Dentro de las condiciones físicas de la vivienda saludable, ésta debe contar con estructuras firmes y seguras, las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la proliferación de vectores como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades, los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza, de lo contrario un suelo húmedo o de tierra es el sitio ideal para que vivan muchos parásitos e insectos que pueden poner en peligro la salud; los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales como ratas o murciélagos que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia¹²².

b.1.2. Iluminación

Es la transformación de toda energía ya sea eléctrica en radiación visible mediante dispositivos utilizados para producir efectos luminosos que hace referencia alumbrar o dar luz; es fundamental para dar un ambiente agradable. A lo largo del día es esencial aprovechar la luz natural al máximo ya que es la forma más sostenible, tanto desde el punto de vista ecológico como económico, una vez que llega la noche es importante pensar en iluminar cada habitación en función de las actividades que realiza cada integrante de la familia¹²².

b.1.3. Ventilación

La ventilación natural favorece las condiciones (mediante diferencias de presión y/o temperatura) para que se produzcan corrientes de aire de manera que el aire interior sea renovado por aire exterior, más frío, oxigenado y descontaminado. Es, por tanto, una estrategia de enfriamiento pasivo que facilita que se produzcan corrientes de aire para lograr la renovación del aire interior; es fundamental para renovar el aire viciado interior y para eliminar sustancias que pueden resultar perjudiciales para la salud; gracias a ella se elimina la sensación de entrar a un espacio y respirar “aire concentrado”, el aire interior se libera de partículas que pueden ser nocivas para la salud como el humo de los cigarrillos o de las velas con parafina, ciertas sustancias que liberan barnices y pinturas; favorece la desaparición de partículas acumuladas en alfombras y moquetas (hongos, bacterias, ácaros) que de otro modo terminarían respirando las personas¹²³. La distribución del espacio en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana. Debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes.

b.1.4. Cocina

Del latín coquina¹²⁴. Hace referencia a la habitación o espacio de una vivienda; es el ambiente que está especialmente diseñado y equipado para permitir la preparación de los alimentos a consumir, el mismo que debe contar por lo menos con maquinarias de cocción (como el horno), de preservación de los alimentos (como la heladera o la alacena) y con instrumentos que permiten trabajar y preparar los ingredientes (utensilios, electrodomésticos, herramientas). De acuerdo al tipo de diseño, la cocina puede ser más o menos grande, pero es importante que sea un espacio luminoso, cómodo y fresco. Este aparato, que puede funcionar a leña, a gas o con electricidad, es el encargado de cocinar los ingredientes a fin de volverlos seguros y saludables para el consumo humano¹²⁵.

Las cocinas deben estar distribuidas en cinco zonas. 1) La zona de preparación de alimentos: es un espacio amplio entre la zona de lavado y de cocción cuya función es la preparación de los alimentos y debe tener un material apropiado. 2) La zona de cocción: incluye la estufa, el horno y el microondas, requiere también de un sistema de extracción para el vapor y los olores. 3) la zona de lavado: el lavaplatos cumple con la función de lavado de alimentos, loza y utensilios. 4) La zona de almacenamiento de alimentos. 5) La zona de almacenamiento de utensilios: allí se almacenan la vajilla y los demás utensilios, requieren un lugar especial en los muebles de la cocina, preferiblemente cerca del lugar de cocción y preparación de los alimentos, para tenerlos a mano en caso de necesitarlos.

La cocina presenta diversos riesgos potenciales debido a los elementos y acciones que en ella se realizan, estos aumentan en los adultos mayores con disminución en los sentidos pues cambia su percepción del espacio en el que se encuentran y disminuye su capacidad de distinguir las señales de alerta. Algunos de los riesgos son: estar en contacto con superficies de altas temperaturas, dejar el gas abierto, perder la percepción del tiempo en

la preparación de alimentos, combinación de líquidos, no percibir cuando algo se está quemando, falta de concentración, suelo húmedo, objetos corto punzantes, uso del fuego, entre otros¹²⁶.

b.1.5. Los dormitorios

La falta de espacios influye negativamente en las relaciones familiares, los padres deben dormir en un espacio diferente al de los hijos, los hijos pueden dormir juntos si son del mismo sexo, niños con niños y niñas con niñas, algunos problemas como el incesto, la violación y el abuso sexual infantil están asociados al hacinamiento. Además, para evitar el contagio de una persona enferma por enfermedades respiratorias, de la piel y otras, ésta debe dormir en espacios separados para no contagiar a los demás miembros de la familia¹²⁷.

b.2. Saneamiento básico

b.2.1. Abastecimiento y calidad de agua

Lo ideal es que la vivienda tenga un abastecimiento de agua de red pública, la misma que goza de un tratamiento para ser segura; el agua tiene una estrecha relación con la vida humana por su utilidad directa y por ser un elemento esencial para la conservación del ecosistema; es también un agente básico de la salud o enfermedad, especialmente cuando el agua que consumimos no es segura o de buena calidad. Si en la vivienda, el abastecimiento del agua no es a través de la red pública sino mediante camiones cisterna, pozos, pilones o de otras fuentes superficiales, el agua no es garantía para el consumo del ser humano. El agua contaminada puede contener virus parásitos o bacterias que originan enfermedades como la diarrea, el cólera, la disentería, infecciones parasitarias, la fiebre tifoidea, la hepatitis y la amebiasis, que afectan especialmente a los niños, disminuyendo sus capacidades para crecer y desarrollarse normalmente¹²⁷.

b.2.2. Disposición de excretas

Es un conjunto de elementos del saneamiento ambiental que están relacionados con la salud de la población. Existe una clara relación entre la disposición de excretas y el estado de salud de la población. Esta relación puede ser. a) Directa, cuando en una comunidad existe una disposición de excretas adecuada se observa una reducción de la incidencia de ciertas enfermedades como: fiebre tifoidea y paratifoidea, disentería, gastroenteritis, ascariasis y otras infecciones intestinales o infecciones parasitarias. b) Indirecta, la disposición de excretas es uno más de los diversos factores del medio ambiente que influyen en la salud de la comunidad. Las excretas son la fuente de infección que contaminan el agua, las manos, artrópodos y el suelo, a través de los alimentos y contaminan al hospedero¹²⁸.

b.2.3. Disposición de basura o residuos sólidos

Son elementos, objetos o sustancias generados y desechados producto de actividades realizadas en los núcleos urbanos y rurales, de origen doméstico, comercial, institucional, asistencial e industrial no especial asimilable a los residuos domiciliarios (Jaranillo, 2011); se definen como todo aquel material que mediante cualquier forma de aprovechamiento se puede reincorporar al ciclo económico. Son objetos que han dejado de desempeñar las funciones para la cual fueron creados, se considera que ya no sirven porque no cumplen su propósito original; y por tal motivo, son eliminados. Los efectos de las basuras en la salud del hombre, esta principalmente relacionados a factores indirectos, debido a vectores: moscas, mosquitos, cucarachas, roedores, que pueden influir en la calidad y contaminación de los alimentos, del ambiente, debiendo tomarse medidas para el control de la población, por la propia comunidad, participando en forma permanente en la recolección, almacenamiento y eliminación correcta y adecuada de

basuras. Las condiciones de la insalubridad, resultante del manejo inadecuado de las basuras, constituyen un peligro para la salud física¹²⁹.

El bienestar material se refiere a los recursos materiales, en esencial el dinero para satisfacer las necesidades, como por ejemplo tener una vivienda, lugar de trabajo adecuados (vivienda, lugar de trabajo, salario como pensión). En la región de Cajamarca urge nuevos empadronamientos en el programa pensión 65, ya que este apoyo ayuda a tener una vida más digna y justa.

C. El bienestar emocional

Comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional¹³⁰. Tiene que ver también con la protección frente al abuso y la libre práctica espiritual o religiosa¹³¹. Las condiciones de vida de las personas tienen un impacto directo sobre su desarrollo futuro e incluso sobre su esperanza de vida estimada. Una persona sin hogar, sin un trabajo que le permita cubrir sus necesidades y sin una red de apoyo emocional que le permita conservar la cordura, vivirá una vida probablemente breve y desamparada, al margen de lo que el mundo tiene para ofrecerle a quienes tienen en cambio condiciones objetivas de vida más benevolentes¹³².

D. El bienestar social

Está vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad. Como la existencia de una red de apoyo familiar, de amistades importantes, o de una comunidad a la cual integrarse¹³². El bienestar social se relaciona con la participación e interrelación del ser humano con su comunidad o nicho ecológico y ayudar a los demás de forma sencilla, estudios datan que dedicar un poco de tiempo y energía para ayudar a los demás puede mejorar la salud, bienestar y felicidad¹³³.

2.3. Definición de términos

2.3.1. Envejecimiento: consecuencia del acaparamiento de una cantidad de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, que lleva a un descenso progresivo de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad, en última instancia a la muerte.

2.3.2. Envejecimiento saludable: es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida.

2.3.3. Envejecimiento no saludable: son los que se encuentran en extrema pobreza sufren de maltrato, violencia y el abandono, padecen de enfermedades agudas, crónicas y descontroladas, son dependientes de las actividades básicas de la vida diaria alimentación, vestido, higiene y deambulación.

2.3.4. Vejez: es el último período de la vida de todas las personas.

2.3.5. Adulto mayor: personas que tienen 60 años a más, hay situaciones de riesgo que afectan sus derechos a la vida, salud, integridad, dignidad, igualdad y la seguridad social, son discriminados por la edad la cual impiden que continúen participando activamente en la sociedad.

2.3.6. Artrosis: es una enfermedad reumática que afecta el cartílago articular.

2.3.7. Condición de vida: es la forma específica en la que viven las personas en un determinado tiempo y tipo de sociedad.

Hipótesis: en esta investigación, por ser un trabajo descriptivo no existe hipótesis.

2.4. Variables

2.4.1. Operacionalización de variable

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
I. Características sociodemográficas	Es un conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. Modalidad en los diversos medios donde se desenvuelva el ser humano	1. Edad	a) De 60 a 70 años	1	Cuestionario
			b) De 71 a 80 años		
			c) De 81 a más años		
		2. Sexo	a) Hombre	2	
			b) Mujer		
		3. Estado civil	a) Casado	3	
			b) Separado		
			c) Viudo		
			d) Soltero		
			e) Conviviente		
			f) Divorciado		
		4. Grado de instrucción	a) Analfabeto	4	
			b) Primaria incompleta		
			c) Primaria completa		
			d) Secundaria incompleta		
			e) Secundaria completa		
f) Superior incompleta					
g) Superior completa					
II. Condiciones de vida	Es una noción que se refiere a un ligado de aspectos que aportan al bienestar de las personas y a la construcción de sus potencialidades para llevar una vida en sociedad que comprende componentes tanto objetivo y subjetivos. Entre los subjetivos se halla la perspicacia de cada persona de su bienestar a nivel social, físico y psicológico. En los objetivos, estarían en el bienestar material, es indicar una relación armoniosa con el ambiente físico, la salud y la comunidad. En una sociedad son las	a) Bienestar físico 5. Con quien vive	a) Sola (o)	5	Cuestionario
			b) Esposa(o)		
			c) Hijos, esposa (o)		
			d) Otros		
		6. Realización de actividades	a) En forma independiente	6	
			b) En forma dependiente		
		7. En la actualidad se encuentra trabajando	a) Si	7	
			b) No		
		8. Seguro de salud	a) EsSalud	8	
			b) SIS		
			c) Ninguno		
			d) Otros		
		9. Enfermedades que padece	a) Cardiovasculares (hipertensión, Insuficiencia cardiaca, arritmias)	9	
			b) Digestivas (diabetes, gastritis, hígado graso)		
			c) Cardiovasculares (hipertensión, Insuficiencia cardiaca, arritmias)		

<p>conveniencias, que las personas desarrollan su preexistencia con particularidades de cada persona, muchos aspectos afectan la condición de vida de una persona, a partir los aspectos políticos, económicos, ambientales y sociales.</p>		d) Digestivas (diabetes, gastritis, hígado graso)	
		e) Renales (Incontinencia urinaria, Infecciones urinarias)	
		f) Oculares (Glaucoma, catarata, Retinopatía)	
		g) Cáncer de Mama, Cérvix, Colon, Próstata, Ovario, Pulmón y Piel	
	b) Bienestar material	a) Por jubilación	10
	10. Asistencia económica	b) Por pensión 65	
		c) Ninguno	
		d) Otros	
		11. Tendencia de vivienda	a) Propia
		b) Alquilada	
		c) Otros	
	12. Consumo de agua	a) Agua potable	12
		b) Agua no potable	
	13. Disposición de basura	a) Carro recolector	13
		b) Relleno sanitario	
		c) Campo abierto	
		d) Otros	
	14. Iluminación de vivienda	a) Con iluminación	14
		b) Sin iluminación	
	15. Ventilación de vivienda	a) Con ventilación	15
		b) Sin ventilación	
c)			
16. Ubicación de la cocina	a) Dentro de la habitación donde duerme	16	
	b) Fuera de la habitación donde duerme		
17. Disposición de excretas en la vivienda	a) Red pública	17	
	b) Letrina		
	c) Pozo séptico		
	d) A campo abierto		
c) Bienestar emocional	a) Bueno	18	
18. Estado de animo	b) Regular		
	c) Malo		
19. Se siente usted acompañado (a)por las personas que le rodean	a) Nunca	19	
	b) A veces		
	c) Siempre		
d) Bienestar social		20	
20. Las (s) personas(s) con quien usted vive, le acompañan a rendir culto a Dios, cuando usted lo solicita	a) Si		
21. Participa de reuniones familiares o amicales	b) No	21	
	c) Frecuentemente		
	d) Esporádicamente		
	e) Nunca		

CAPITULO III

3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3. Metodología de la investigación

Para la presente investigación se hizo uso del:

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. *Descriptivo*

Porque analizó las características de una población o fenómeno sin entrar a conocer las relaciones entre ellas¹³⁴.

3.2. Diseño de investigación

3.2.1. *Cuantitativa*

Es de diseño cuantitativa ya que la información recopilada, fue ingresada a un programa Excel, Windows 11 y los resultados fueron presentados estadísticamente en figuras.

3.2.2. *Transversal*

Es de diseño transversal ya que se realizó las encuestas a los adultos mayores del Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca en el mes de febrero del 2022.

3.3. Área de investigación

El presente trabajo de investigación se realizó en la jurisdicción del Centro de salud Pachacútec Cajamarca, ubicado en la Av. Perú S/N Cajamarca, a 2750 m sobre el nivel del mar.

3.4. Población

La población está conformada por 271 adultos mayores que se atendieron en el 1er. Trimestre año 2022, pertenecientes a la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec-Cajamarca.

3.5. Muestra

La muestra estuvo conformada por 114 adultos mayores, dicha muestra fue estimada mediante la fórmula estadística para la población conocida. La muestra se calculó considerando los datos de la tabla adjunta:

Tabla 2. Datos para el cálculo del tamaño muestral

Dimensiones	Símbolo	Valor
Tamaño de la población	N	271
Nivel de confianza 95%	Z	1.96
Proporción esperada	P	0.5
Complemento de P	Q	0.5
Margen de error	e	0.07
Tamaño de muestra	n	114

Sustituyendo datos en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2(N - 1) + z^2(P)(Q)}$$
$$114 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)271}{0.07^2(271 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 114$$

3.6. Unidad de análisis

Cada uno de los adultos mayores considerados en la muestra de estudio.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión

3.7.1. *Criterio de inclusión*

- Adultos mayores que pertenecen a la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec-Cajamarca.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio con el consentimiento informado.
- Adultos mayores orientados en tiempo lugar y persona.

3.7.2. *Criterio de exclusión*

- Adultos mayores que no pertenecen a la jurisdicción del Centro Salud Pachacútec-Cajamarca.
- Adultos mayores que no acepten participar en el estudio.
- Adultos mayores, no orientados en tiempo, lugar y persona.

3.8. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.8.1. *Técnicas de recolección de datos*

Se utilizó como técnica la entrevista.

3.8.2. *Instrumento de recolección de datos*

Se utilizó como instrumentos el cuestionario, en la cual se formuló las interrogantes de acuerdo a las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y grado de instrucción,); condiciones de vida (bienestar físico, bienestar material, emocional y social).

3.9. Validez y confiabilidad

3.9.1. Validez

Para el presente trabajo de investigación, el instrumento de recolección de datos (encuesta) fue validado por un grupo de expertos conocedores del tema.

3.9.2. Confiabilidad

La investigación se trabajó con un grado de confianza del 95 % (1.96) poniendo en un rango de perfecto confiable.

3.9.3. Técnicas para el procesamiento de datos

Los datos obtenidos fueron ingresados al programa de Excel donde fueron procesados en figuras tipo pastel.

3.10. Aspectos éticos de la investigación

Para la presente investigación se tuvo en cuenta:

3.10.1. Consentimiento informado

A cada persona adulta mayor se explicó la finalidad de la presente investigación mediante la aplicación del cuestionario y además se entregó el documento de consentimiento informado a cada uno de los adultos mayores, donde ellos firmaron o colocaron su huella digital, como prueba de su consentimiento.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. Resultados y discusiones

4.1. Resultados

4.1.1. *Características sociodemográficas*

1.1.1.1 Edad

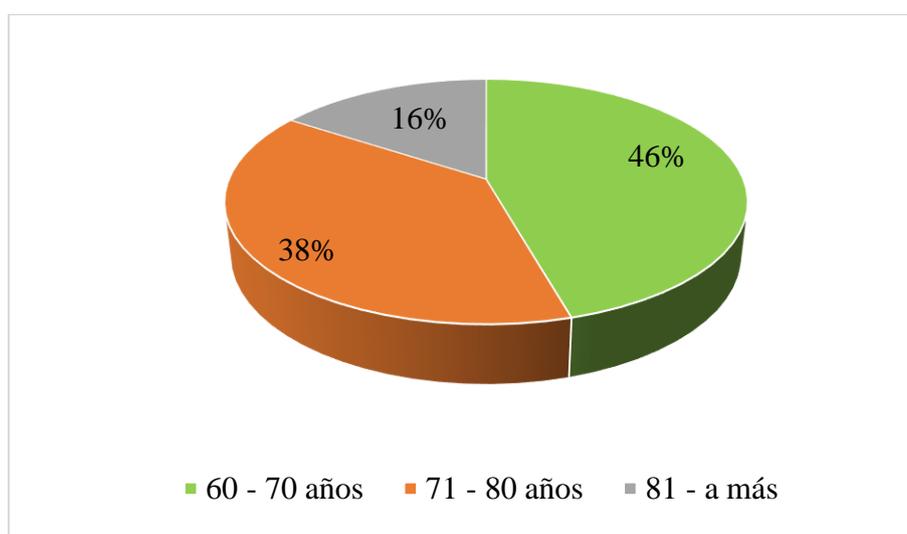


Figura 1. Edad de los adultos mayores del Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú.2022.

Los resultados muestran 46% de los adultos mayores están comprendidos entre las edades de 60 a 70 años, 39% de 71 a 80 años, y 16% son octogenarios.

1.1.1.2 Sexo

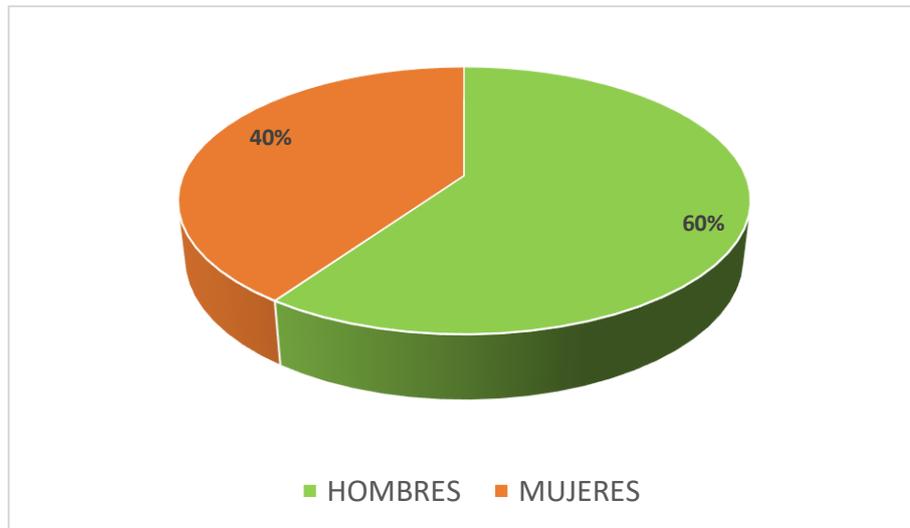


Figura 2. Población adulta mayor según sexo, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

La figura muestra que de la población adulta mayor 60% son hombre y 40% son mujeres

1.1.1.3 Estado civil

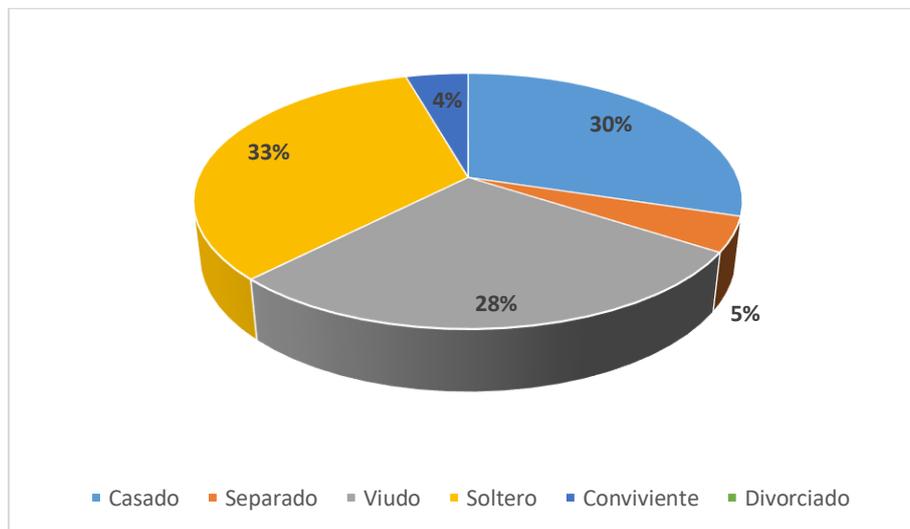


Figura 3. Población adulta mayor según estado civil, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

La figura muestra que de la población el 33% son solteros, el 30% son casados, el 28% son viudos, el 5% son separados, el 4% son conviviente.

1.1.1.4 Grado de instrucción

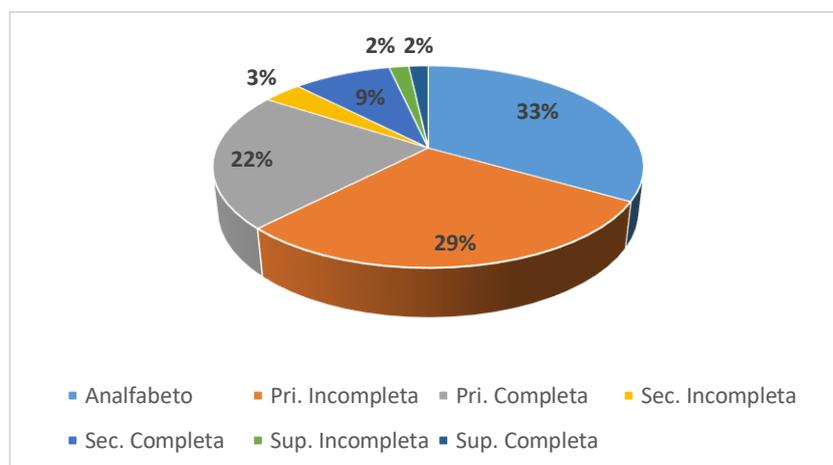


Figura 4. Población adulta mayor según grado de instrucción, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

El 62 % de la población adulta mayor, su grado de instrucción es analfabeto y primaria incompleta, 22% con primaria completa.

4.1.2. Condición de vida

a. Bienestar físico

1.1.1.5 Con quien vive

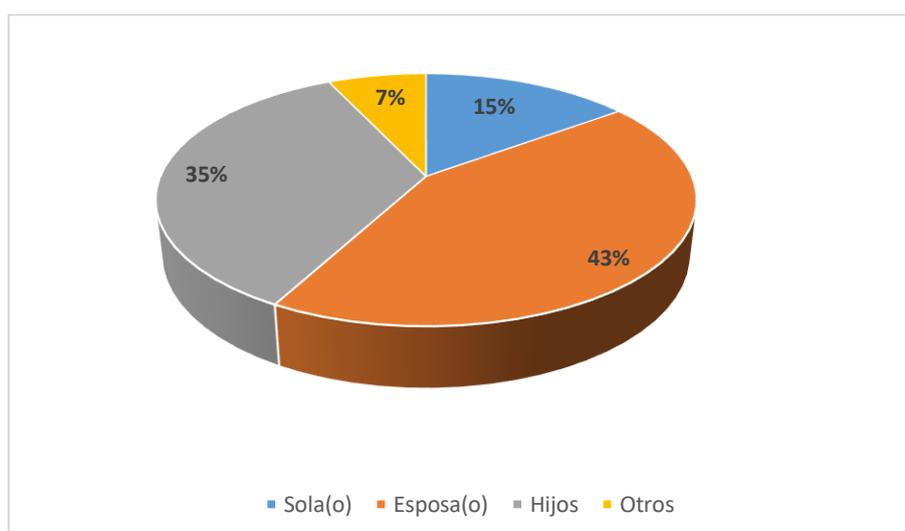


Figura 5. Población adulta mayor con quien vive, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

La figura muestra que el 43% de la población adulta mayor vive acompañado de su esposa o conyugue, 35% con sus hijos, 15% solo, 7% otros (familiares o amigos).

1.1.1.6 Realización de actividades

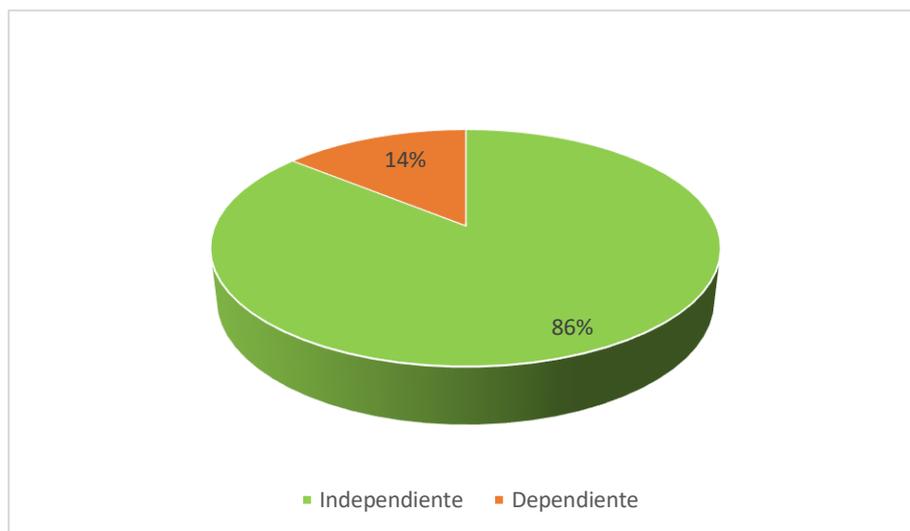


Figura 6. Población adulta mayor según realización de actividades, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

86% de la población adulta mayor realizan sus actividades en forma independiente, 14% dependiente.

1.1.1.7 En la actualidad usted se encuentra trabajando

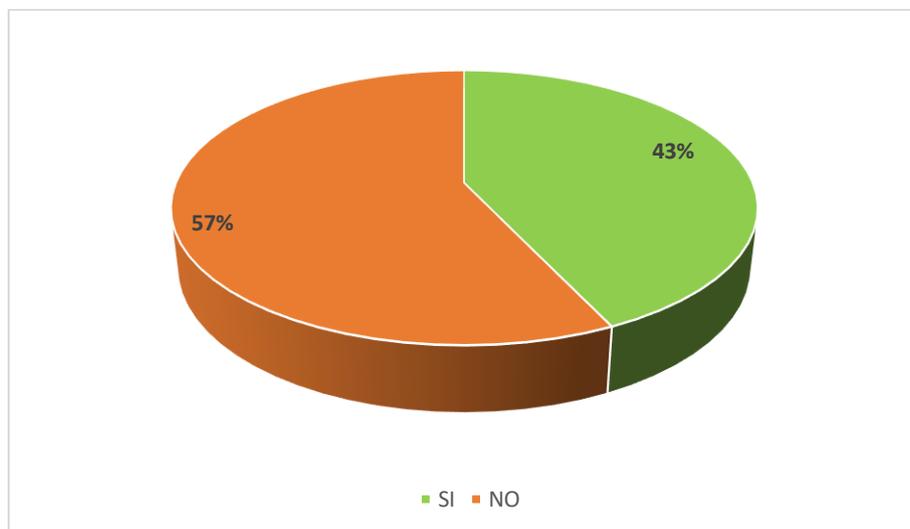


Figura 7. Población adulta mayor según trabajo actual, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

Los resultados muestran que en la actualidad 57% no se encuentran trabajando, 43% si trabajan.

1.1.1.8 Seguro de salud

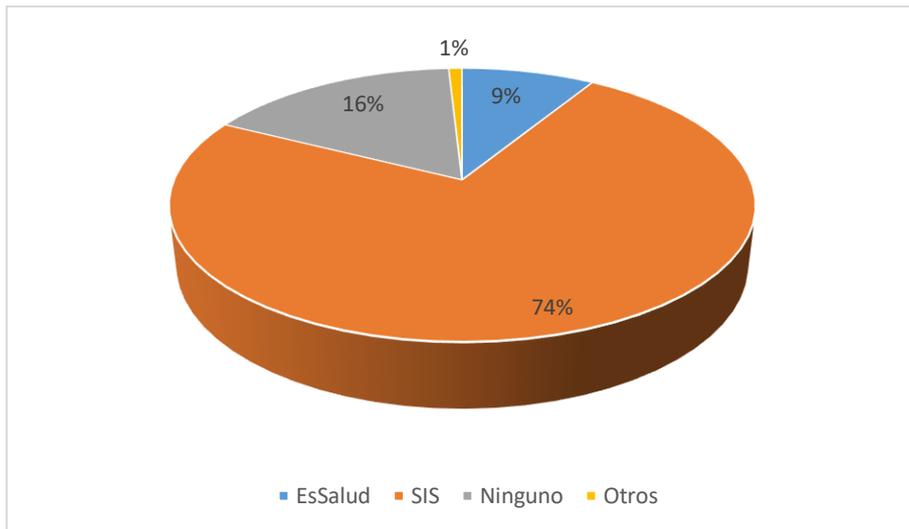


Figura 8. Población adulta mayor según tipo de seguro de salud, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

74% de la población adulta mayor pertenecen al seguro integral de salud, 16% no cuenta con ningún seguro, 9% pertenecen a EsSalud.

1.1.1.9 Enfermedades que padece

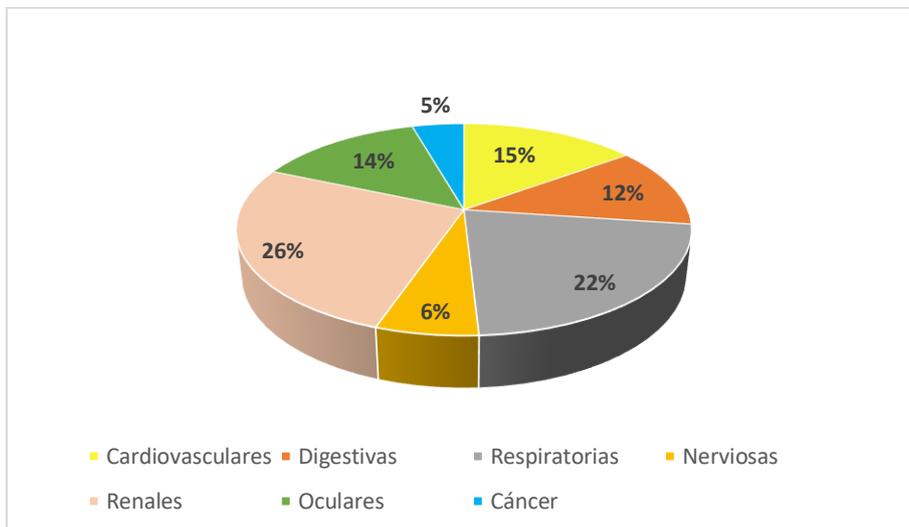


Figura 9. Población adulta mayor según enfermedades que padece atendidos, en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

La figura refiere que 26% padece de enfermedades renales,22% respiratorias,15% cardiovasculares,14% oculares.

b. Bienestar material

1.1.1.10 Asistencia económica

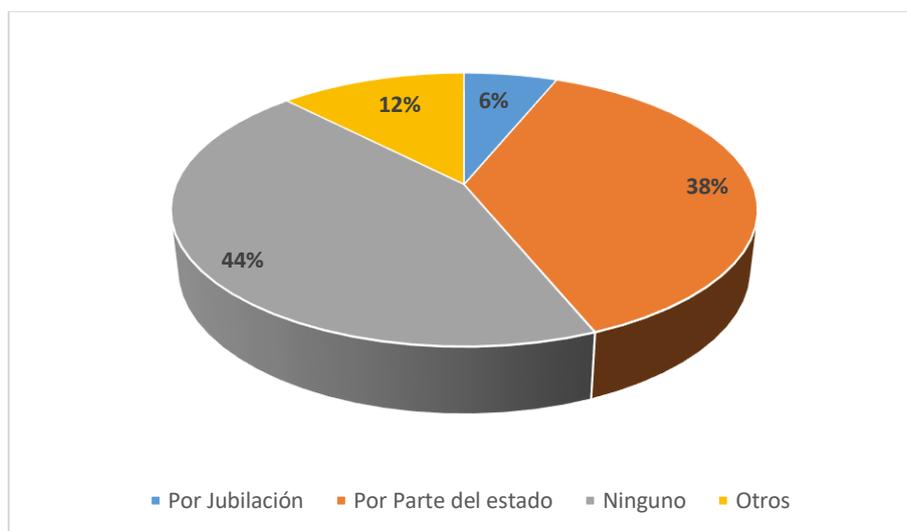


Figura 10. Asistencia económica de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

La figura muestra que 44% de la población adulta mayor no goza de una asistencia económica,38% tiene asistencia económica por parte del estado (pensión 65),12% otros (hijos)

1.1.1.11 Tendencia de vida

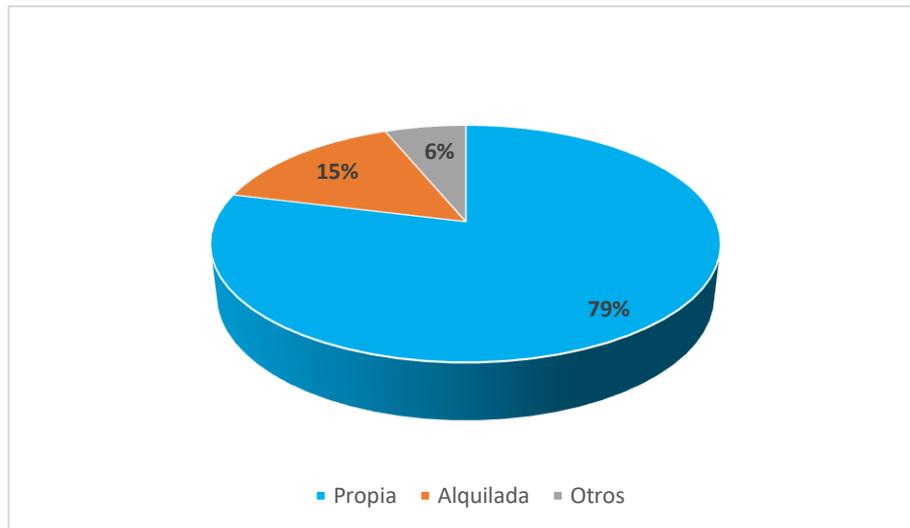


Figura 11. Tenencia de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- peru2022.

En cuanto a tenencia de vivienda de los adultos mayores 79% es propia, 15% alquilada, 6% otros (encargado).

1.1.1.12 Consumo de agua

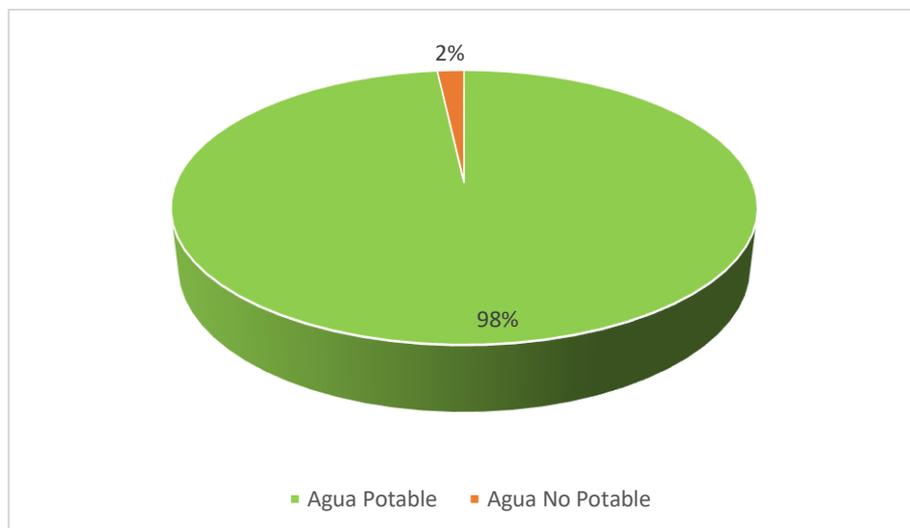


Figura 12. Consumo de agua de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

En cuanto al consumo de agua, 98% de los adultos mayores consumen agua potable, 2% de agua no potable (manantial).

1.1.1.13 Disposición de basura

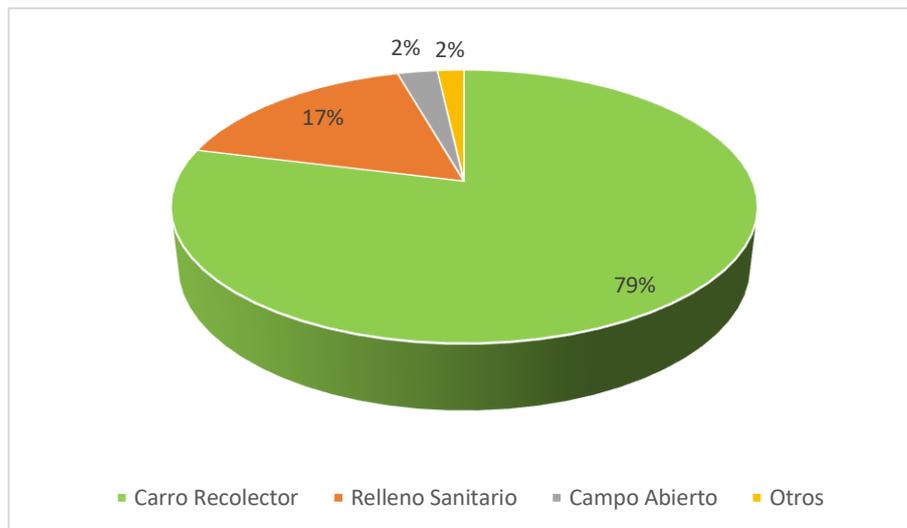


Figura 13. Disposición de basura en las viviendas de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

79% de las viviendas de los adultos mayores eliminan la basura al carro recolector, mientras, 21% lo hacen en relleno sanitario, a campo abierto o lo incineran.

1.1.1.14 Iluminación de la vivienda



Figura 14. Iluminación de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

El 90% de la vivienda das de los adultos mayores gozan de iluminación, mientras que 10% no tienen.

1.1.1.15 Ventilación de la vivienda

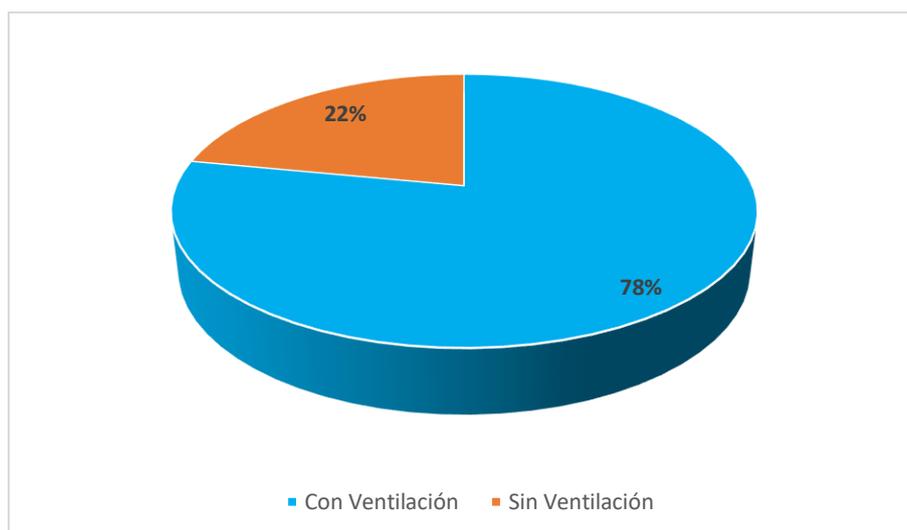


Figura 15. Ventilación de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

Los resultados muestran que 78% de las viviendas de los adultos mayores cuentan con ventilación; en cambio 22% no tienen.

1.1.1.16 Ubicación de la cocina de la vivienda

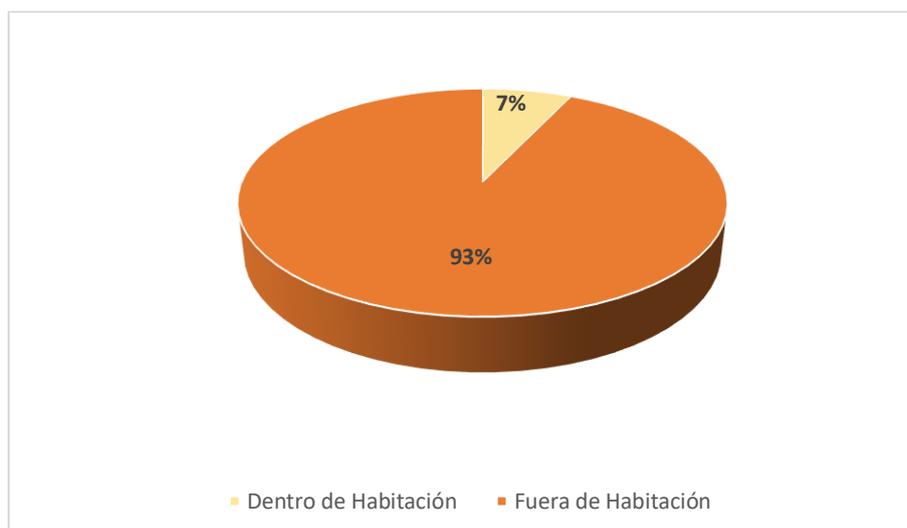


Figura 16. Ubicación de la cocina de la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2023

La figura refiere que 93% de las viviendas de los adultos mayores, la cocina está ubicada fuera el dormitorio; mientras que 17% está dentro del dormitorio.

1.1.1.17 Disposición de excretas en la vivienda

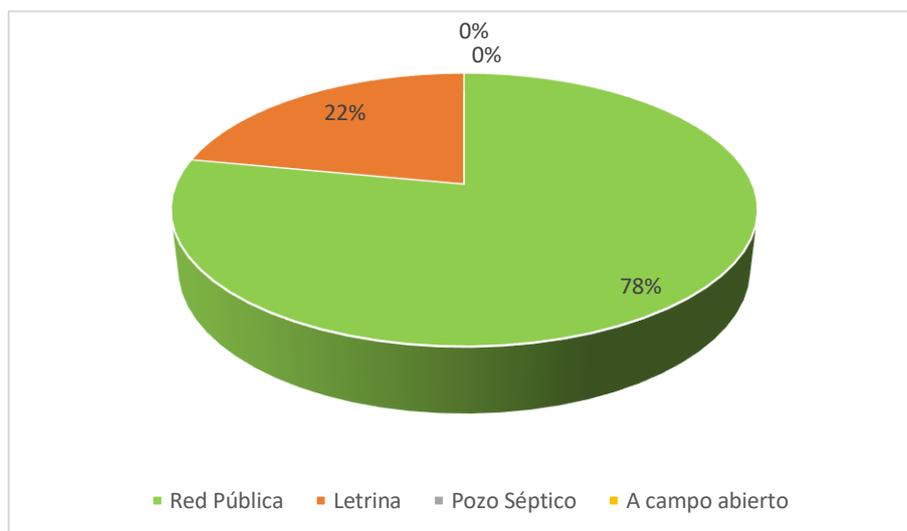


Figura 17. Disposición de excretas en la vivienda de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2023.

La figura muestra que el 78% de la población adulta mayor dispone sus excretas en red pública, 22% en letrina.

c. Bienestar emocional

1.1.1.18 Como esta su estado de ánimo

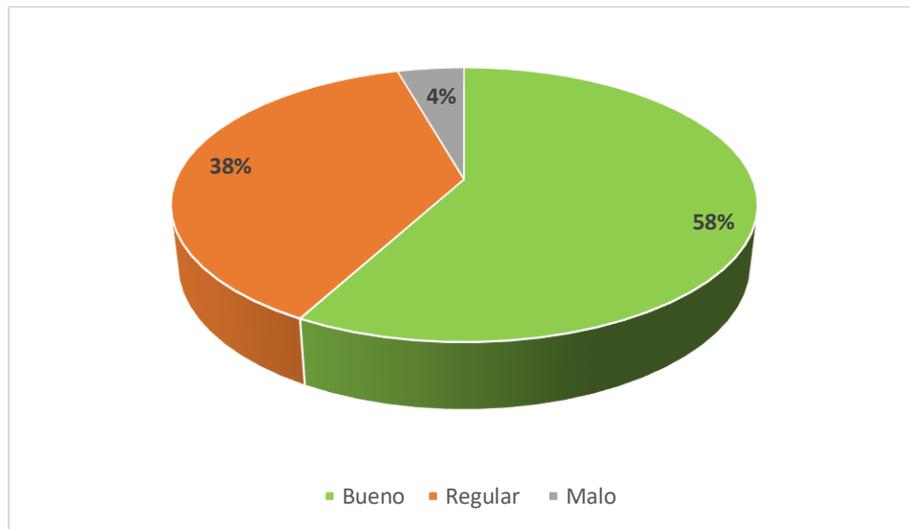


Figura 18. Estado de ánimo de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

El 58% de la población adulta mayor refiere tener un estado de ánimo bueno, 38% regular y 4% malo.

1.1.1.19 Se siente usted acompañado (a) por las personas que le rodean

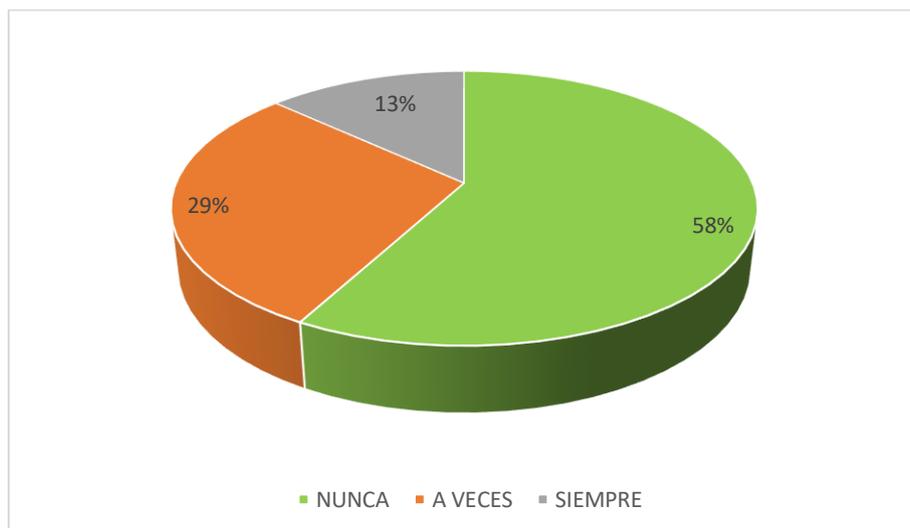


Figura 19. Percepción de los adultos mayores, sobre acompañamiento de las personas que lo rodean. Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

La figura muestra que, 58% de los adultos mayores perciben que nunca se sienten acompañados por las personas que lo rodean, 29% a veces y 13% siempre.

d. Bienestar social

1.1.1.20 La (s) persona (s) con quien usted vive, le acompañan a rendir culto a Dios, cuando usted lo solicita

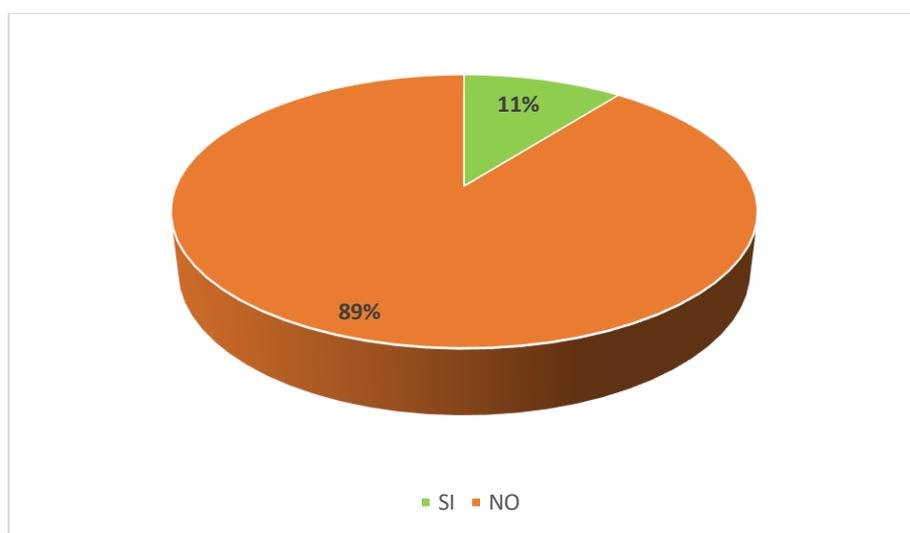


Figura 20. Acompañamiento a rendir culto a la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca- Perú 2022.

Los resultados muestran que, 89% de los adultos mayores refieren que las personas con quien viven no le acompañan a rendir culto a Dios cuando ellos lo solicitan, solo 11% responden que si lo hacen.

1.1.1.21 Participa de reuniones familiares o amicales

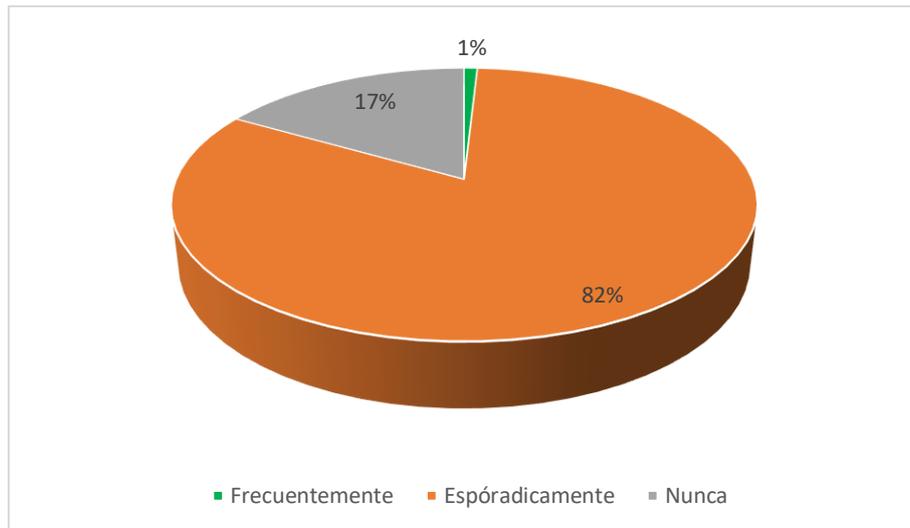


Figura 21. Participación de reuniones familiares de la población adulta mayor, atendida en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca-Perú 2022.

La figura muestra que, 82% de la población adulto mayor refiere que esporádicamente participa de reuniones familiares, 17% frecuentemente y 1% nunca.

4.2. Discusión

En cuanto a las Características Sociodemográficas aproximadamente la mitad de la población adulta mayor del estudio tienen entre 60 y 70 años, más de la tercera parte de 71 a 80, más de la décima parte son octogenarios; más de la mitad son hombres, aproximadamente la mitad son mujeres; en relación al estado civil, la mayoría son solteros y en su minoría convivientes; más de la mitad con grado de instrucción analfabeto y primaria incompleta, menos de la mitad primaria completa; por lo tanto la población mayor de 60 años a más se encuentran en una etapa en la que experimenta fisiológicamente un progresivo declive en las funciones orgánicas, psicológicas y sociales, diferente para cada individuo. Evidentemente, las personas mayores requieren de mayor atención médica, porque son más vulnerables a enfermedades; si bien es cierto que los resultados obtenidos en nuestro estudio, en relación al sexo no coinciden con las

investigaciones, que afirman que dentro de la población adulta mayor, predomina la población mujer; en cuanto al grado de instrucción, podemos inferir que por no gozar, de un grado de instrucción aceptable, esto impide el acceso a la información a la salud por lo tanto estos adultos mayores necesitan de la asistencia de otras personas para su supervivencia

Estos resultados afirma que el género y la edad son los únicos factores asociados con la autonomía funcional, coincidiendo con los de Brito et al (2015) quienes refieren que las mujeres tienen 1.99 más posibilidad de tener incapacidad funcional; que las personas mayores de 80 años tienen una prevalencia de 3.19 más alta de incapacidad, en comparación con personas menores; que las personas que culminaron la educación primaria tenían una mayor funcionalidad, así como una menor mortalidad y discapacidad; además que las personas que se graduaron de educación secundaria presentaban más posibilidades de tener una vida más longeva; así mismo con los de Chen & Hu (2018) quien encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la autonomía funcional; también, que la edad es un factor asociado, es decir: a medida que aumenta la edad, la posibilidad de perder autonomía es mayor.

Así mismo con los de Hacihasanoglu et al (2012) afirman, que quienes poseían mayor nivel educativo tenían mayor independencia en las actividades de la vida diaria, además que los niveles de soledad en adultos mayores disminuyen a medida que el nivel de educación aumenta¹³⁵. Los autores refieren que los resultados podrían deberse al hecho de que los adultos mayores con un nivel educativo alto presentan una mejor posición económica, intelectual y sociocultural, que los alentaría a participar más en actividades sociales, culturales, y a tener más pasatiempos, lo que tendría relación directa con el desarrollo de la autonomía funcional; así mismo concuerdan en parte con los de Cabrera y Jara (2021), en cuyo resultado predomina el sexo masculino; 89,7 % son

independientes; el 77.0 % de la población presentan enfermedades del Sistema digestivo, respiratorio, urinario, nervioso y cardiovascular.

La condición de vida de la población adulta mayor, en relación a la dimensión Bienestar Físico, cerca de la mitad viven acompañado de su cónyuge, más de la mitad viven con sus hijos, solos y otros familiares o amigos; la mayoría realizan sus actividades en forma independiente, más de la décima parte en forma dependiente; más de la mitad se encuentran desempleados y tienen seguro integral de salud, cerca de una décima parte de la población tiene EsSalud, aproximadamente la cuarta parte no tiene ningún seguro de salud y en su minoría tiene otros seguros; la cuarta parte de la población adulto mayor encuestada, padecen de enfermedades renales, aproximadamente más de la quinta parte de enfermedades respiratorias, más de la décima parte de enfermedades cardiovasculares y oculares. Por los que inferimos que los adultos mayores que conviven con hijos, están solos o viven con otros familiares viven en la incomodidad porque se encuentran imposibilitados de solicitar la satisfacción de necesidades básicas; por otro lado la dependencia de realizar la actividad, permite que el adulto mayor piense que es una carga para los familiares; así mismo los adultos que no cuentan con ningún seguro de salud se convierte en un impedimento para acudir a servicios de salud, cuando lo necesitan; además el padecimiento de cualquier enfermedad ocasiona gasto perjudicando su economía

Los resultados coinciden en parte con los Cabrera y Jara (2021), quienes encuentran como resultados que los adultos mayores, en la mayoría son independientes y en su minoría son dependientes; en cuanto al padecimiento de enfermedades se encuentran las digestivas, respiratorias, urinarias, nerviosas y cardiovasculares.

Las condiciones de vida, en relación al Bienestar Material, cerca de la mitad de la población adulto mayor refirieron que no son beneficiados de asistencia económica, más de la tercera parte indicaron que si reciben asistencia económica por parte del estado (pensión 65) y más de la décima parte son beneficiados económicamente por otros (hijos); más de las tres cuartas partes refieren tener vivienda propia, más de la quinta parte con vivienda alquilada o encargados; 2%, con agua no potable (manantial); la quinta parte usan relleno sanitario para eliminar la basura; la décima parte, sus viviendas no cuentan con iluminación; aproximadamente la cuarta parte, no tienen ventilación; aproximadamente la quinta parte tienen la cocina (de leña o de gas) dentro del dormitorio. Por lo que inferimos que la población adulta mayor en estudio al no ser beneficiado de asistencia económica por ninguna institución benéfica o depender de los hijos; ellos se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza, lo que significa exclusión social: pues no satisfacen sus necesidades básicas; de alimentación, vivienda, servicios; además la carencia de iluminación y ventilación en las viviendas impide una buena visualización y además recambio de aire caliente contaminado por aire puro, factor que contribuye enfermedades respiratorias; de igual manera la ubicación de la cocina de leña, dentro del dormitorio, constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedad pulmonar obstructiva además si es de gas, es un peligro latente para los integrantes de la familia.

Estos resultados coinciden con Machaca (2020) quien concluye que la subvención económica influye directamente en el bienestar material, de la organización de acciones de salud del programa bienestar físico y emocional y las acciones de saberes productivo del adulto en el distrito de Capachica; coincide en parte con los de Gutiérrez (2017) quien obtiene como resultados que entre las dimensiones mejor puntuadas fue apoyo comunitario y de servicios así mismo con los de Villegas et al (2014) quien refiere que las mujeres mayores recurren más a los programas de apoyo de gobierno.

Las condiciones de vida, en relación a la dimensión Bienestar Emocional, más de la mitad de la población adulta mayor refiere tener un estado de ánimo bueno, menos de la mitad entre regular y malo; más de la mitad perciben que nunca se sienten acompañados por las personas que lo rodean y aproximadamente la tercera parte a veces.

Al referirse que su estado de ánimo esta entre bueno y malo, significa insatisfacción, descontento, tristeza; posiblemente porque en el transcurso de su vida no pudo satisfacer las necesidades de su familia por diversos motivos como pobreza, cultura, vicios; convirtiéndose en círculo vicioso a través de toda su existencia; además cuando la persona no goza de un acompañamiento físico que la permita comunicarse con otras personas, conllevaría a padecer de alteraciones mentales, contribuyendo a una deficiente calidad de vida.

Estos resultados coinciden con la investigación de Cabrera y Jara (2021) quienes obtuvieron que 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 amigos y a familiares, en cambio 41.0% y 38.0% a veces y nunca lo hace respectivamente. Concluyendo que el cuidado integral del adulto mayor por parte de la persona cuidadora es deficiente. En cambio, no coincide con los de Estrada et al (2018) quienes encontraron que en el rol emocional y en salud mental predominó calidad de vida muy alta; en salud general predominó calidad de vida promedio; también con los de Cabrera y Jara (2021) quienes indican que, a mayor influencia de factores de riesgo del abandono familiar, menor es el nivel de bienestar subjetivo material. Dado que los adultos mayores del distrito de Pampacolca pertenecen a un sector vulnerable de la población, entonces es probable que los Factores de riesgo del Abandono Familiar influye en el abandono familiar

Las condiciones de vida, en relación a la dimensión Bienestar Social, la mayoría de los adultos mayores (89%) refieren que las personas con quién viven no le acompañan a rendir culto a Dios cuando ellos lo solicitan, solo la décima parte responden que si lo hacen; predomina el porcentaje que esporádicamente participan de reuniones familiares, aproximadamente la quinta parte, frecuentemente y 1% nunca. Frente a esta problemática, podemos deducir que prácticamente los adultos están siendo aislados de la sociedad, conllevando a un deterioro progresivo en cuanto a su salud social.

Resultados que coinciden en parte con los de autor socio, referente al cuidado integral, desde el aspecto físico y social, por parte de la persona cuidadora, predomina la alternativa nunca, menos de la mitad, a veces; desde el aspecto espiritual, prevalece la alternativa nunca, y más de la tercera parte a veces. Concluyendo que el cuidado integral del adulto mayor por parte de la persona cuidadora es deficiente.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- 5.1.1. En cuanto a las características sociodemográficas, aproximadamente la mitad de la población adulta mayor del estudio tienen entre 60 y 70 años, más de la tercera parte tienen de 71 a 80, más de la décima parte son octogenarios; más de la mitad son de sexo masculino, aproximadamente la mitad fue femenina; en relación al estado civil, la mayoría son solteros y en su minoría conviven; más de la mitad con grado de instrucción analfabeto y primaria incompleta, menos de la mitad primaria completa.
- 5.1.2. Condiciones de vida:
- a. Según la dimensión Bienestar Físico, aproximadamente la mitad viven acompañado de sus esposos (conyugue), más de la mitad viven con sus hijos, solos y otros familiares o amigos; más de la décima parte sus actividades lo realizan en forma dependiente; más de la mitad se encuentran desempleados; más de la mitad de población adulto mayor tienen seguro integral de salud, cerca de una décima parte de la población tiene EsSalud, aproximadamente la cuarta parte no tiene ningún seguro de salud y en su minoría tiene otros seguros; la cuarta parte de la población adulto mayor encuestada, padecen de enfermedades renales, aproximadamente más de la quinta parte sufren enfermedades respiratorias, más de la décima parte padecen de enfermedades cardiovasculares y oculares.
- b. Según la dimensión Bienestar Material, cerca de la mitad de la población adulto mayor refirieron que no son beneficiados de asistencia económica, más de la tercera parte indicaron que si reciben asistencia económica por parte del estado (pensión 65) y más de la décima parte son beneficiados económicamente por otros (hijos); más

de las tres cuartas partes refieren tener vivienda propia, más de la décima parte con vivienda alquilada y menos de la décima parte en la modalidad de otros; 2% de agua no potable (manantial); la quinta parte usan relleno sanitario para eliminar la basura; la décima parte de la población en estudio, sus viviendas no cuentan con iluminación; aproximadamente la cuarta parte, en sus viviendas no tienen ventilación; aproximadamente la quinta parte tienen la cocina (de leña o de gas) dentro del dormitorio.

c. Según la dimensión Bienestar Emocional, más de la mitad de la población adulta mayor refiere tener un estado de ánimo bueno, menos de la mitad entre regular y malo; más de la mitad perciben que nunca se sienten acompañados por las personas que lo rodean, aproximadamente la tercera parte a veces.

d. Según la dimensión Bienestar Social, 89% de los adultos mayores refieren que las personas con quién viven no le acompañan a rendir culto a Dios cuando ellos lo solicitan, solo 11% responden que si lo hacen; en su mayoría refieren que esporádicamente participa de reuniones familiares, 17% frecuentemente y 1% nunca.

5.2. **Recomendaciones**

5.2.1. Al responsable del Programa del adulto mayor.

- ❖ A través de las visitas domiciliarias se realice la sensibilización a las personas cuidadoras de los adultos mayores sobre su cuidado.
- ❖ Aprovechar los espacios educativos para hablar del cuidado de los adultos mayores.

5.2.2. A los estudiantes de la Carrera Profesional de Enfermería.

- ❖ Que realicen investigaciones con temas relacionados al adulto mayor

REFERENCIAS

1. Bayarre Veá, H., Pérez Piñero, J., Menéndez Jiménez, J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5167>
2. Troncoso Pantoja Claudia. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. Horiz. Med. [Internet]. 2017 jul [citado 2023 Abr 24]; 17(3): 58-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.10>.
3. Ramic E, y otros autores. Department of Occupational Health, School of Medicine, University of Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Health center Kalesija, Bosnia and Herzegovina; 2011. Disponible en: https://www.academia.edu/69635907/The_effect_of_loneliness_on_malnutrition_in_elderly_population
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
5. Garay S, Román A. Condiciones de vida de las personas mayores beneficiarias del programa de apoyo al adulto mayor en Nuevo León. Ciudad de México, México: Universidad Iberoamericana; 2017. Disponible en https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ESPANOL/4_GARAY_Y_ROMAN_VOCES_Y_CONTEXTOS_NO_22.pdf
6. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. Gob.pe. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/024.html>

7. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
8. Carranza B. Influencia del programa de asistencia solidaria pensión 65 en las condiciones de vida de los beneficiarios del distrito Usquil, La Libertad 2018. Perú - Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2019. Disponible en <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2992560>
9. Mónica Mena Roa. Día internacional de las personas de edad 2022 [Internet] Statista. [citado 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/#:~:text=En%20n%C3%BAmeros%20absolutos%2C%20este%20grupo,ni%C3%B1os%20menores%20de%20cinco%20a%C3%B1os.>
10. Naciones Unidas. Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones de promoción desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). 2021. [Internet] Mexico, 2021. [citado 18 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio/#:~:text=En%20Chile%20hay%203.449.362,%3B%20Naciones%20Unidas%2C%202019\).](https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio/#:~:text=En%20Chile%20hay%203.449.362,%3B%20Naciones%20Unidas%2C%202019).)
11. Instituto Nacional de Estadística. Población adulta mayor tiende a incrementarse en los próximos años. 2017. [Internet] 2017. [citado 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/poblacion-adulta-mayor-boliviana-tiende-a-incrementarse-en-los-proximos-anos/>

12. Criterio. Crecimiento de la población mayor, un reto social. [Internet] 2021. [citado 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://diariocriterio.com/poblacion-mayor-crecimiento-compensar/>
13. Guillermo Lasso. Informe del Estado Situacional del Servicio de Cuidado Gerontológico Integral para Personas Adultas Mayores provisionado por el MIES y Entidades Cooperantes. 2023.[Internet] 2023. [citado 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2023-inf-pam-usrint?download=2488:informe-adulto-mayor-enero>
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Situación de la población adulta mayor: julio-agosto-septiembre 2017 [citado 27 de abril de 2023]. Disponible de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf
15. Instituto Nacional de Estadística en Informática [Internet]. Situación de la población adulta mayor: julio-agosto-septiembre 2017 [citado 27 de abril de 2023]. Disponible de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf
16. Defensoría del Pueblo. ENVEJECER EN EL PERÚ: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores [internet]. Lima: [citado 27 de abril de 230]. Disponible de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/DEFENSORÍA-DEL-PUEBLO-INFORME-ENVEJECER-EN-EL-PERÚ.pdf>
17. Álvarez A. Justificación e importancia en la investigación. Lima: Universidad de Lima; 2020. Disponible en <https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/>

18. Chen H, Hu H. The relationship and mechanism between education and functional health status transition among older persons in China. *BMC Geriatr.* 2018 Apr 11;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0785-4>
19. Shams Ghahfarokhi M. Rising living alone among the elderly in Iran: prevalence and associated factors. *BMC Geriatr.* 2022 Jul 26;22(1):622. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03309-8>
20. Brito KQD, de Menezes TN, de Olinda RA. Functional disability and socioeconomic and demographic factors in elderly. *Rev Bras Enferm.* 2015 Jul 1;68(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680409i>
21. Alejandro J, Ramírez G, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales, Colombia [Internet]. Vol. 43, *Revista Cubana de Salud Pública.* 2017. Available from: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/746/920>
22. Córdova T, Sifuentes, R. (2018) Promoviendo el autocuidado de los adultos mayores en el primer nivel de prevención del Centro de Salud José Olaya - 2018” – Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo. Disponible https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2439/1/TL_CordovaRamosTeresa_SifuentesVigoRosa.pdf
- 23.
24. Villegas -Vasquez K, Montoya Arce B. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. 2014; 20(79): 5-0. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/5315753>
25. Vílchez Reyes MA, Zavaleta-Lopez E, Bazalar-Palacios J. Health determinants in adults in Chimbote, Peru: a descriptive study. *Medwave* 2019;19(4):7637 Doi 10.5867/medwave.2019.04.7637

26. Curo A, Gaspar Y. Afrontamiento y calidad de vida en salud en adultos mayores de un Centro de Salud”. Perú: Universidad Peruana Los Andes – Huancayo; 2020
Disponible en <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2451/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Estrada Raza H, Moreno Castellón A, Vega Riquelme M. Calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores del Asentamiento Humano Juan Pablo II de los Olivos, Lima – 2018. Perú [tesis pregrado en internet]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades Lima, 2018 [citado 25 de abril de 2023]. 94 p. Disponible de: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/233/Estrada_HB_Moreno_AN_Vega_M_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Machaca, Y. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 y su influencia en el bienestar del adulto mayor del distrito de Capachica - 2020 [Tesis]: Universidad Nacional del Altiplano; 2021.
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/17332>
29. Vassallo M. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica. Lima, Perú [Tesis]: Universidad San Ignacio de Loyola Repositorio Institucional USIL; 2019.
<https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3f7ffa8c-99c5-4d43-80c0-d13a65170c0b/content>
30. Fernández, J. Calidad de vida en adultos mayores de un centro del adulto mayor en Cajamarca [Tesis]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrello .Disponible en <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1229/1.%20TESIS%20>

CALIDAD%20DE%20VIDA%20P%20c3%9aBLICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Calderón A. Proyecto de desarrollo local: promoviendo un envejecimiento saludable en los adultos mayores – provincia de Santa Cruz - región Cajamarca. 2019 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020. (es_PE)
32. Cabrera Marín S, Jara Gonzales M. Cuidado Integral del adulto mayor por el cuidador. centro de salud la Tulpuna, Cajamarca – 2021 [tesis pregrado]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, 2021 [citado 26 de abril de 2023]. 125 p. Disponible de: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1825/TESIS-FINAL-MARTHA-ANITA-2021%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Silva Ortiz N. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna Cajamarca 2016 [tesis pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, 2017 [citado 26 de abril 2023]. 62 p. Disponible de: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/922>
34. Acuña Diaz D. Características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión. Programa adulto mayor del hospital José Soto Cadenillas. Chota-2017 [tesis pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, 2018 [citado 26 de abril 2023]. 94 p. Disponible de: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/2682>
35. Figueroa Cucuñame Y, Lasso Largo CI, Gómez Ramírez E, Montaña YA, Urbano Muñoz E. Condición física de adultos mayores de grupos para la tercera edad en Cali (Colombia). Fisioterapia. 2019 nov 1;41(6):314–21.

36. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
37. Izquierdo, M., Häkkinen, K., Ibáñez, J. et al. Effects of combined resistance and cardiovascular training on strength, power, muscle cross-sectional area, and endurance markers in middle-aged men. *Eur J Appl Physiol* 94, 70–75 (2005). <https://doi.org/10.1007/s00421-004-1280-5>
38. Yoav Ben-Shlomo, Rachel Cooper, Diana Kuh, The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing, *International Journal of Epidemiology*, Volume 45, Issue 4, August 2016, Pages 973–988, <https://doi.org/10.1093/ije/dyw096>
39. Strait JB, Lakatta EG. Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure. *Heart Fail Clin*. 2012 Jan 1;8(1):143–64. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2011.08.011>
40. Olga Theou, Joanna M. Blodgett, Judith Godin and Kenneth Rockwood *CMAJ* August 21, 2017 189 (33) E1056-E1064; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.161034>
41. Behncke S. Does retirement trigger ill health. *Health Econ*. 2012 Mar;21(3):282–300. <https://doi.org/10.1002/hec.1712>
42. MI Sistema Inmune. Hacia una Longevidad Saludable [Internet] 2014 [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.misistemainmune.es/vida-saludable/envejecimiento/hacia-una-longevidad-saludable>
43. Blouin C, Tirado E, Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Pontificia Universidad Católica del Perú. [citado 10

- de mayo de 2023] <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
44. Rodríguez Ávila Nuria. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2023 Abr 29]; 17(2): 87-88. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es.
45. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Métodos y proyectos/glosario de conceptos SEXO [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible de: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30081&p=1&n=20#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20e1%20%22sexo,apropiados%20para%20hombres%20y%20>
46. Gastón Mazza M. Estado civil [Internet]. Disponible de <https://gmazzamaio.files.wordpress.com/2012/02/estado-civil.pdf>
47. Concepto definicion.net 2019 [Internet]. Significado de grado de instrucción, 21 de febrero de 2021 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible de <https://concepto definicion.net/grado-de-instruccion/>
48. Cella DF, Tulskey DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. Oncology (Williston Park). 1990 May;4(5):29-38; discussion 69. PMID: 2143408. Disponible de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2143408/>
49. Editorial Etecle- Enciclopedia [Internet]. ¿Que son las condiciones de vida?, 2013 [citado 23 de marzo de 2023]. Disponible de: <https://concepto.de/condiciones-de-vida/>
50. Fingermann, H. *Concepto de condiciones de vida*. [Internet] 18 de mayo de 2011. Disponible de <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/condiciones-de-vida>

51. Red Interagencial para la Educación en Situaciones para Emergencias [Internet] Bienestar físico, 2022. [citado 28 de abril de 2023]. Disponible de: <https://inee.org/es/eie-glossary/bienestar-fisico>
52. Argentina.gob.ar [Internet] Seguros de personas [citado 25 de marzo de 2023]. Disponible de: <https://www.argentina.gob.ar/superintendencia-de-seguros/conciencia-aseguradora/que-es-un-seguro/seguros-de-personas>
53. Plataforma digital única del Estado Peruano [Internet]. Planes de Seguro Integral de Salud (SIS), 5 de enero 2023 [citado 23 de marzo de 2023]. Disponible de: <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>
54. Sanitas [Internet]. ¿Cuáles son las cardiopatías más frecuentes en las personas mayores? [citado 30 de abril de 2021]. Disponible de: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/cardiopatias.html#:~:text=Las%20enfermedades%20cardio>
55. Guía de Atención Integral de Hipertensión Arterial [Internet] HIPERTENSIÓN ARTERIAL CIE-10 I10 [citado 30 de abril de 2023]. Disponible de: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/GTM_D1_Gu%C3%ADa%2016%20HIPERTENSI%C3%93N%20ARTERIAL.pdf
56. Castell E, Bosca A, García C, Sanche. Hipertensión arterial. Informe técnico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. [Internet] Málaga [citado] Disponible de: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

57. World Heart Federation. [Internet] Insuficiencia Cardíaca [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca/#>
58. Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y Ministerio de Salud [Internet] Insuficiencia cardíaca. [Citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-CLINICA-INSUFICIENCIA-CARDIACA_web.pdf
59. Sociedad Española de Medicina Interna [Internet]. Diabetes [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/informacion-diabetes.pdf>
60. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Informe nacional de estadísticas de diabetes, 2017 (PDF, 1.3 MB). 18 de julio de 2017. [citado el 1 de mayo de 2017] Disponible de: www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf Enlace externo
61. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué es la diabetes tipo 1? [Internet]. Centros de Control y Prevención de Enfermedades. 2023 [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/what-is-type-1-diabetes.html>
62. Biblioteca Nacional de Medicina. Problemas de los ojos asociados con la diabetes. Diabetes Mellitus [Internet]. 2002 [citado el 1 de mayo de 2023] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabeticseyeproblems.html>
63. Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas. Diabetes de tipo 2 [Internet]. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en:

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>
64. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Diabetes, 5 de abril de 2023 [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
65. Gastritis [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gastritis/symptoms-causes/syc-20355807>
66. Mayoclinic. Atención al paciente e información médica [Internet]. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gastritis/symptoms-causes/syc-20355807>
67. Valdivia Roldán Mario. Gastritis y gastropatías. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2011 ene [citado 1 de mayo de 2023]; 31(1): 38-48. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008&lng=es.
69. Nava FV. Gastritis aguda: sintomatología, diagnóstico y tratamiento: artículo de revisión. ARCHIVOS DE MEDICINA [Internet]. 2022 [citado el 1 de mayo de 2023];15–21. Disponible en: <https://archivosdemedicina.uat.edu.mx/index.php/nuevo/article/view/49>
70. Escudero Silva N. “Incidencia de gastritis por *Helicobacter pylori* en personas atendidas en la clínica san pablo de Trujillo en enero a junio del 2018” [Internet]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/4983>

71. Rodríguez Oviedo C. Aspectos patológicos y sociodemográficos en gastritis crónica. Hospital Santa Rosa 2017-2020. [Internet]. [Lambayeque]: Universidad Cesar Vallejo, 2021. Disponible de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87954/Rodr%C3%A1guez_OCL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
72. Ber Y, Muñoz M, Sostres C, Lozano U, Zaragoza B. [Internet] Introducción. Concepto Gastritis agudas y crónicas. 2008;10(2):89–94. Disponible de: [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(08\)72876-5](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(08)72876-5)
73. Rugge M, Genta RM. Estadificación y clasificación de la gastritis crónica. Hum Pathol [Internet]. 2005;36(3):228–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0046817704006768>
74. Dhondrup R, Tidwell T, Zhang X, Feng X, Lobsang D, Hua Q, et al. La medicina tibetana Liuwei Muxiang Pills (píldoras LWMX) protege eficazmente a los ratones de la gastritis crónica no atrófica. Fitomedicina [Internet]. 2023;(154826):154826. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2023.154826>
75. Sipponen P, Maaros HI. Gastritis crónica. Scand J Gastroenterol [Internet]. 2015;50(6):657–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
76. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica1 (EPOC) Guía de lectura rápida [Internet] Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.aamr.org.ar/comunidad/guia_practica_clinica_epoc_guia_breve.pdf

77. American Thoracic Society. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet] Serie de información al paciente. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd.pdf>
78. Martínez M, Rojas A, Lázaro R, Meza J, Ubaldo L, Ángeles M. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet] Regreso por las sendas ya visitadas. [citado 1 de mayo de 2023] Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un203f.pdf>
79. Sociedad Peruana de Neurología. Guía Peruana de EPOC [Internet]. Lima, 2014 [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006744/guia_peruana_epoc.pdf
80. Montemayor T. LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) MANEJO Y TRATAMIENTO. [Internet]. 1997 [citado 1 de mayo 2023]; 9 (4) Disponible de <https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/1997/NS1997.09.4.A05.pdf>
81. Geo Salud. Infección respiratoria aguda (IRA). [Internet] [citado de 1 de mayo de 2023]. Disponible de: https://www.geosalud.com/enfermedades_infecciosas/ira.htm
82. Centro para el Control y Prevencion de Enfermedades (CDC). Tuberculosis (TB) - español [Internet]. 2022 [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/default.htm>
83. Internacional Unión Against Tuberculosis and Lung Disease. Manejo de la Tuberculosis, Una guía de buenas prácticas esenciales [Internet]. La unión.org. [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en:

<https://theunion.org/sites/default/files/2020-08/Manejo-de-la-Tuberculosis-Septima-edicion.pdf>

84. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención [Internet], 2023 [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf
85. Internacional Unión Against Tuberculosis and Lung Disease. La tuberculosis. [Internet] The Union, 2023. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf
86. Estado Plurinacional de Bolivia. Manual de normas técnicas en tuberculosis [Internet], 2017 [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/Tuberculosis/Manual_de_Normas_TB_2017.pdf
87. Ministerio de Salud de Perú. Promoción de la salud respiratoria y prevención de la tuberculosis [Internet], 2022. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5697.pdf>
88. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención [Internet] Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf
89. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad de Parkinson [Internet] 13 de junio de 2022. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de:

- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20es,dolor%20y%20las%20alteraciones%20sensoriales>
90. Hurtado F, Cárdenas M, Cárdenas F, León L. La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos. [Internet], Universitas Psychologica, 2016 15(5). Disponible de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15nspe5/v15nspe5a12.pdf>
 91. García C, Jiménez L, Blanco M, Perosanz M. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria [Internet] Gerokosmos, 2017. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n4/1134-928X-geroko-29-04-00171.pdf>
 92. Toro Paca MJ, Parra Parra DR, Pacheco Mena NV, Alvarado Galarza AG. Enfermedad de Alzheimer. RECIMUNDO [Internet]. 27sep.2022 [citado 1may 2023];6(4):68-6. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1816>
 93. Romano M, Nissen M, Paredes N, Parquet C. Enfermedad de Alzheimer [Internet], Revista de Posgrado de la VI a Catedra de Medicina 2017, 175. Disponible de: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3_175.pdf
 94. Clínica Universidad de Navarra. Incontinencia urinaria [Internet] Hospital Privado con mayor reputación de España, Urología, 2022. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/incontinencia-urinaria#:~:text=La%20incontinencia%20urinaria%20es%20la,un%20fuerte%20deseo%20de%20orinar>

95. Grijalva E, Zambrano D. Ejercicios de Kegel versus Programa de Rehabilitación de Piso Pélvico en mujeres con incontinencia urinaria en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2020. [Internet], 2022 [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: <https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/1759/Tesis%20-%20Grijalva%20Santos%2C%20Epifan%C3%ADa%20-%20Zambrano%20Acu%C3%B1a%2C%20Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
96. Antoni Lozano J. Infecciones del tracto urinario. *Offarm.* 2003; 22(11): 96-100
97. Apolo Torres D. “Factores de riesgo asociados al diagnóstico de catarata en adultos de 50 a 80 años, atendidos por el servicio de oftalmología del Hospital Isidro Ayora” [Internet], Ecuador 2017. [citado 1 de mayo 2023] Disponible de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18113/1/TESIS%20CATARATA.pdf>
98. Rivero Cuadrado A. Codificación Clínica con la CIE-9-MC [Internet] España, 1998. [citado 1 de mayo 2023] Disponible de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n09_98.pdf
99. Associació Discapacitat Visual Catalunya. Retinopatía [Internet], Barcelona [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de: https://www.b1b2b3.org/es/Telefono_Ull/retinopatia.html
100. Jama Network. Trabajadores comunitarios de la salud en el cuidado del niño sano en la primera infancia para niños asegurados por Medicaid Un ensayo clínico aleatorizado [Internet], 30 de abril de 2023 [citado 1 de mayo 2023] Disponible de: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2804528>
101. Torpy J, Glass T, Glass R. Retinopatía [Internet] *Revista American Medical Association*, 2007 298(8) 22-29. [citado 1 de mayo de 2023] Disponible de:

- <https://sites.jamanetwork.com/spanish-patient-pages/2007/hoja-para-el-paciente-de-jama-070822.pdf>
102. Centro Clínico Oncológico [Internet]. Oncologiahuelva.com. [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://oncologiahuelva.com/que-es-cancer/>
103. Instituto Nacional del Cáncer ¿Qué es el cáncer? [Internet], 1980 [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
104. Revista cubana de Oftalmología. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet] [citado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
105. Cabrera Marín M, Jara Gonzales M. Cuidado integral del adulto mayor por el cuidador. Centro de Salud la Tulpuna, Cajamarca – 2021 [tesis pregrado]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, 2021. 105p.
106. Benito Ruiz J. Lifting de cejas o Levantamiento de cejas [Internet] Barcelona, 2021. [citado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.antiaginggroupbarcelona.com/blog/levantar-cejas-tecnicas-levantamiento/>
107. Álvarez E. El adulto mayor en la sociedad actual. Dialnet. 2009, 4(2): 81-88
108. Arévalo L. Cambios sensoriales en al adulto mayor. [Internet] [citado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/prestar-cuidado/info-2018/cambios-sensoriales-en-adultos-mayores-lyda-arevalo-flechas.html>
109. Segovia M, Torres E. Functionality of the elderly and nursing care. Gerokomos. [Internet]. 2011 [citado 9 de mayo de 2021], 22(4). Disponible de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>

110. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Pérdida de audición relacionada con la edad (presbiacusia). [Internet] Estados Unidos, 2023 [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/perdida-de-audicion-relacionada-con-la-edad>
111. Sergi G, Bano G, Pizzato S, et al. Taste Loss in the Elderly: Possible Implications for Dietary Habits. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017; 57:3684-3689.
112. Mojet J, Christ-Hazelhof E, Heidema J. Taste perception with age: generic or specific losses in threshold sensitivity to the five basic tastes? *Chem Senses*. 2001; 26:845-860.
113. Dhouib S, Vergnon L. L'olfaction: un sens à ne pas méconnaître, en particulier chez les personnes âgées. *Rev Geriatr*. 2006; 31:95–104.
114. Demarquay G, Ryvlin P, Royet JP. Olfaction et pathologies neurologiques: revue de la littérature. *Rev Neurol*. 2007; 163:155–167.
115. Biblioteca Nacional de Medicina. Cambios en huesos, músculos y articulaciones por el envejecimiento. MedlinePlus [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004015.htm>
116. Cobo J. Cambios físicos y psíquicos en la vejez [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: https://www.logoss.net/sites/default/files/sociosanitaria_tema.pdf
117. Biblioteca Nacional de Medicina. Cambios en los pulmones con la edad [Internet] [Citado 10 de mayo de 2021] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004011.htm>
118. Torres A. Los 4 cambios psicológicos en la vejez (memoria, atención, inteligencia, creatividad). *Psicología y Mente* [Internet] Mexico, 2017 18(14)

- Disponible de: <https://psicologiaymente.com/inteligencia/cambios-psicologicos-en-vejez>
119. Parajó A. Envejecimiento del sistema digestivo. [Internet] España, 2018, 18(27)
Disponible de: https://www.albertoparajo.com/envejecimiento-del-sistema-digestivo_fb21071.html
120. Psiquiatría facmed. Cambios Biopsicosociales en la vejez [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022-Cambios-biopsicosociales-en-la-vejez.pdf>
121. Yapu R, Mora E, Cano M. “La familia en el cuidado y Acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento” [tesis pregrado]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo, 2016. 62p.
122. Ramos G. ¡Aquí nadie es viejo! Usos e interpretaciones del Programa Centro [Tesis de licenciatura en Antropología]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales; 2014. 34(37). Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/antropologica/article/view/15465>
123. Pan American Health Organization. Vivienda cero. [Internet] 2023 [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/mex/dmdocuments/1%20Hacia%20una%20vivienda%20saludable%20guia%20para%20el%20facilitador.pdf#gsc.tab=0>
124. Securibath. Aplica tu vivienda creando espacios saludables. [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.securibath.com/reforma-tu-vivienda/elige-los-materiales/iluminacion-de-vivienda>
125. Remica. Ventilación natural: ¿Cuáles son sus beneficios? [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.remica.es/ventilacion-natural/>

126. Pérez J, Gardey A. *Cocina - Qué es, definición y concepto*. Definicion.de. Última actualización el 10 de febrero de 2022. [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://definicion.de/cocina/>
127. Definición ABC. Definición de cocina [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/cocina.php>
128. Cabal M, Cardona J, Galindo N. incremento de la seguridad en la cocina para los adultos mayores con cambios en sus mecanismos sensoriales. Universidad Privada Leonardo Da Vinci. [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/3794/Monograf%C3%A9%20ADa%20Adulto%20Mayor.pptx.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
129. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>
130. Mitma C, Ñuhui E. Intervención educativa “Allin Causay” en la práctica de saneamiento básico intradomiciliario en la comunidad Miraflores Saño, Huancavelica 2018 [tesis pregrado], Huancavelica, 2018, 140p. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dbc09d02-e299-4537-90e5-9aac9b2bd494/content>
131. Ministerio de Vivienda Ciudad Territorio. Tratamiento y disposición final [Internet] [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.minvivienda.gov.co/viceministerio-de-agua-y-saneamiento-basico/gestion-institucional/gestion-de-residuos-solidos/tratamiento-y-disposicion-final#:~:text=Es%20la%20actividad%20del%20servicio%20p%C3%BAblico%20>

de%20aseo%2C%20consistente%20en,la%20t%3%A9cnica%20de%20relleno%
20sanitario

132. Innovación para la inclusión social. CALIDAD DE VIDA [Internet], 2014 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://emausinclue.com/project/calidad-de-vida/>
133. Vásquez Bolaños L. Calidad de vida de las personas adultas mayores usuarias de la unidad de diagnósticos y procedimientos especiales, de la fundación para el desarrollo de la mujer salvadoreña, febrero a septiembre del 2019 [Internet], 2019 San Salvador. [citado 2 de mayo de 2023] Disponible de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147035/263-11106144.pdf>
134. Editorial Etece. Enciclopedia concepto. ¿Qué son las condiciones de vida? [Internet], 2023 [citado 2 de mayo de 2023] Disponible de: <https://concepto.de/condiciones-de-vida/#ixzz7vmnoQXDv>
135. Commonwealth de Massachusetts. Bienestar social [Internet], 2023 [citado 2 de mayo de 2023] Disponible de: <https://www.mass.gov/service-details/bienestar-social#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%3F-,El%20bienestar%20social%20tiene%20que%20ver%20con%20participar%20en%20tu,ayudarte%20a%20evitar%20la%20depresi%C3%B3n.>
136. Rus E. Investigación descriptiva. [Internet]. Economipedia, 202. [citado 20 de mayo de 2023] Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-descriptiva.html>
- 137.

ANEXOS

Titulo	Línea de investigación	Problema General	Objetivo General	OBJETIVO específico	Hipótesis General	Metodología
Condiciones de Vida del adulto Mayor en la Jurisdicción del Centro Salud Pachacútec Cajamarca – Perú 2022	Condición de vida del adulto mayor	¿Cuál es el nivel de condición de vida de los adultos mayores en la jurisdicción del centro salud Pachacútec - Cajamarca 2022?	Determinar el nivel de condición de vida de los adultos mayores de la jurisdicción del centro salud Pachacútec - Cajamarca a 2022.	Identificar el nivel de condición de vida de adultos mayores según la dimensión condición sociodemográfica de la jurisdicción del centro salud Pachacútec Cajamarca Perú 2022. Demostrar el nivel de condición de vida de adultos mayores según la dimensión condición socioeconómica de la jurisdicción del centro salud Pachacútec Cajamarca Perú2022. Establecer el nivel de condición de vida de adultos mayores según la dimensión condición salud y atención médica de la jurisdicción del centro salud	Ni va hipótesis por ser investigación descriptiva	Tipo de investigación Básica ,Concytec,(2018 Descriptiva por que describe las características sucesos. Diseño del estudio Descriptivo simple O ▼ M M =Muestra de estudio O= Observación de la variable Métodos Descriptivo; Caracteriza a la población que se está estudiando. Inductivo las premisas ayudan a las genera conclusiones Enfoque cuantitativo. Técnicas= encuesta Instrumento = cuestionario Método de análisis

				Pachacutec Cajamarca Perú 2022.		Proceso estadístico en tablas y gráficos con porcentajes mediante el Estadístico SPPS .v 25 Y el Excel.
--	--	--	--	------------------------------------	--	--

Anexo.1. Matriz de consistencia

Anexo. 2. Instrumento

ENCUESTA

CONDICIONES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO SALUD PACHACÚTEC, CAJAMARCA – PERÚ 2022.

Responder el cuestionario será muy importante así mismo se mantendrá el anonimato de los participantes

Me gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted marque la respuesta correcta o conteste en el espacio de las alternativas.

I. Características sociodemográficas

1. Edad

- a) 60 -70 ()
- b) 71 -80 ()
- c) 81- a más ()

2. Sexo

- a) Hombre ()

b) Mujer ()

3. Estado civil

- a) Casado ()
- b) Separado ()
- c) Viudo ()
- d) Soltero ()
- e) Conviviente ()
- e) Divorciado ()

4. Grado de Instrucción

- a) Analfabeto ()
- b) Primaria incompleta ()
- c) Primaria completa ()
- d) Secundaria incompleta ()
- e) Secundaria completa ()
- f) Superior incompleta ()
- g) Superior completa ()

II. Condiciones de vida

a. Bienestar físico

5. Con quien vive usted

- a) Sola(o) ()
- b) Esposa(o) ()
- c) Hijos, esposa (o) ()
- d) Otros ()

6. Realización de actividades

- a) En forma independiente
- b) En forma dependiente

7. En la actualidad usted se encuentra trabajando

Si ()

No()

8. Seguro de salud

- a) EsSalud ()
- b) SIS ()
- c) Ninguno ()
- d) Otros ()

9. Enfermedades que padece

- a) Cardiovasculares (hipertensión, Insuficiencia cardiaca, arritmias) ()
- b) Digestivas (diabetes, gastritis, hígado graso) ()
- c) Respiratorias (Enfermedades pulmonares crónicas obstructivas (EPOC), Infecciones respiratorias agudas (IRA), Tuberculosis) ()
- d) Nerviosas (Parkinson, Alzheimer) ()
- e) Renales (Incontinencia urinaria, Infecciones urinarias) ()
- f) Oculares (Glaucoma, catarata, Retinopatía) ()

g) Cáncer, Mama, Cérvix, Colon, Próstata, Ovario, Pulmón, Piel) ()

b. Bienestar material

10. Asistencia económica

- a) Por jubilación ()
- b) Por parte del estado (pensión 65) ()
- c) Ninguno ()
- d) Otros ()

11. Tenencia de vivienda

- a) Propia ()
- b) Alquilada ()
- c) Otros ()

12. Consumo de agua

- a) Agua potable ()
- b) Agua no potable ()

13. Disposición de basura

- a) Carro recolector ()
- b) Relleno sanitario ()
- c) Campo abierto ()
- d) Otros

14. Iluminación de la vivienda

- a) Con iluminación ()
- b) Sin iluminación ()

15. Ventilación de la vivienda

- a) Con ventilación ()
- b) Sin ventilación ()

16. Ubicación de la cocina de la vivienda

- a) Dentro de la habitación donde duerme ()
- b) Fuera de la habitación donde duerme ()

17. Disposición de excretas en la vivienda

- a) Red pública ()
- b) Letrina ()
- c) Pozo séptico ()
- d) A campo abierto ()

c. Bienestar Emocional

18. Como esta su estado de ánimo

- a) Bueno ()
- b) Regular ()
- c) Malo ()

19. Se siente usted acompañado (a) por las personas que le rodean

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

d. Bienestar social

20. La (s) persona (s) con quien usted vive, le acompañan a rendir culto a Dios, cuando usted lo solicita

- a) Si ()
- b) No ()

21. Participa de reuniones familiares o amicales

- a) Frecuentemente ()
- b) Esporádicamente ()
- c) Nunca ()

Anexo. 3. Aprobación de expertos

Evaluación del instrumento de investigación

N° preg.	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	0	1	0	1	0	1
1		1		1		1
2		1		1		1
3		1		1		1
4		1		1		1
5		1		1		1
6		1		1		1
7		1		1		1
8		1		1		1
9		1		1		1
10		1		1		1
11		1		1		1
12		1		1		1
13		1		1		1
14		1		1		1
15		1		1		1
16		1		1		1
17		1		1		1
18		1		1		1
19		1		1		1
20		1		1		1
21		1		1		1

Leyenda

Claridad

0 = no está clara

1 = si está clara

Coherencia

0 = no es coherente

1 = si es coherente

Relevancia

0 = no es relevante

1 = si es relevante

.....M. A. P......
 Firma del experto CEP 7/2/59

Evaluación del instrumento de investigación

Nº preg.	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	0	1	0	1	0	1
1		1		1		1
2		1		1		1
3		1		1		1
4		1		1		1
5		1		1		1
6		1		1		1
7		1		1		1
8		1		1		1
9		1		1		1
10		1		1		1
11		1		1		1
12		1		1		1
13		1		1		1
14		1		1		1
15		1		1		1
16		1		1		1
17		1		1		1
18		1		1		1
19		1		1		1
20		1		1		1
21		1		1		1

Leyenda

Claridad

0 = no está clara

1 = si está clara

Coherencia

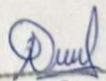
0 = no es coherente

1 = si es coherente

Relevancia

0 = no es relevante

1 = si es relevante


 Diana Jeovana Roncal Terón
 LIC EN ENFERMERIA
 C.E.P 39522 RNE 9110

Firma del experto CEP

Anexo. 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....

- He leído la hoja de información al participante de la investigación que se me ha hecho entrega, puedo hablar con la investigación (Egresadas de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo: BACH.EN ENF.YOLANDA, CHILÓN CABANILLAS, BACH.EN ENF. BERSELINDA ROJAS AREVALO) y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.
- Estoy de acuerdo en desarrollar el cuestionario sin mencionar mi identidad.
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.
- Presento libremente mi conformidad para participar en la presente investigación.

Bach. En Enf. Yolanda Chilón
Cabanillas
Investigadora

Bach. En Enf. Berselinda Rojas
Arevalo
Investigadora

Entrevistadora

Fecha: _____

Anexo.6. Imágenes





1 SOLO AUTOR: Chilón (2023)

2 AUTORES: Chilón y Rojas (2023)

MAS DE 2 AUTORES EN OTRAS PALABRAS 3 O MAS AUTORES: Chilón et al (2023)

