

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**REFORMA DE VIDA SALUDABLE Y SU
INFLUENCIA EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR
QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL RENE TOCHE GROPPPO – CHINCHA**

PRESENTADO POR:

LILIAN ADELINA CASTILLO MARTINEZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

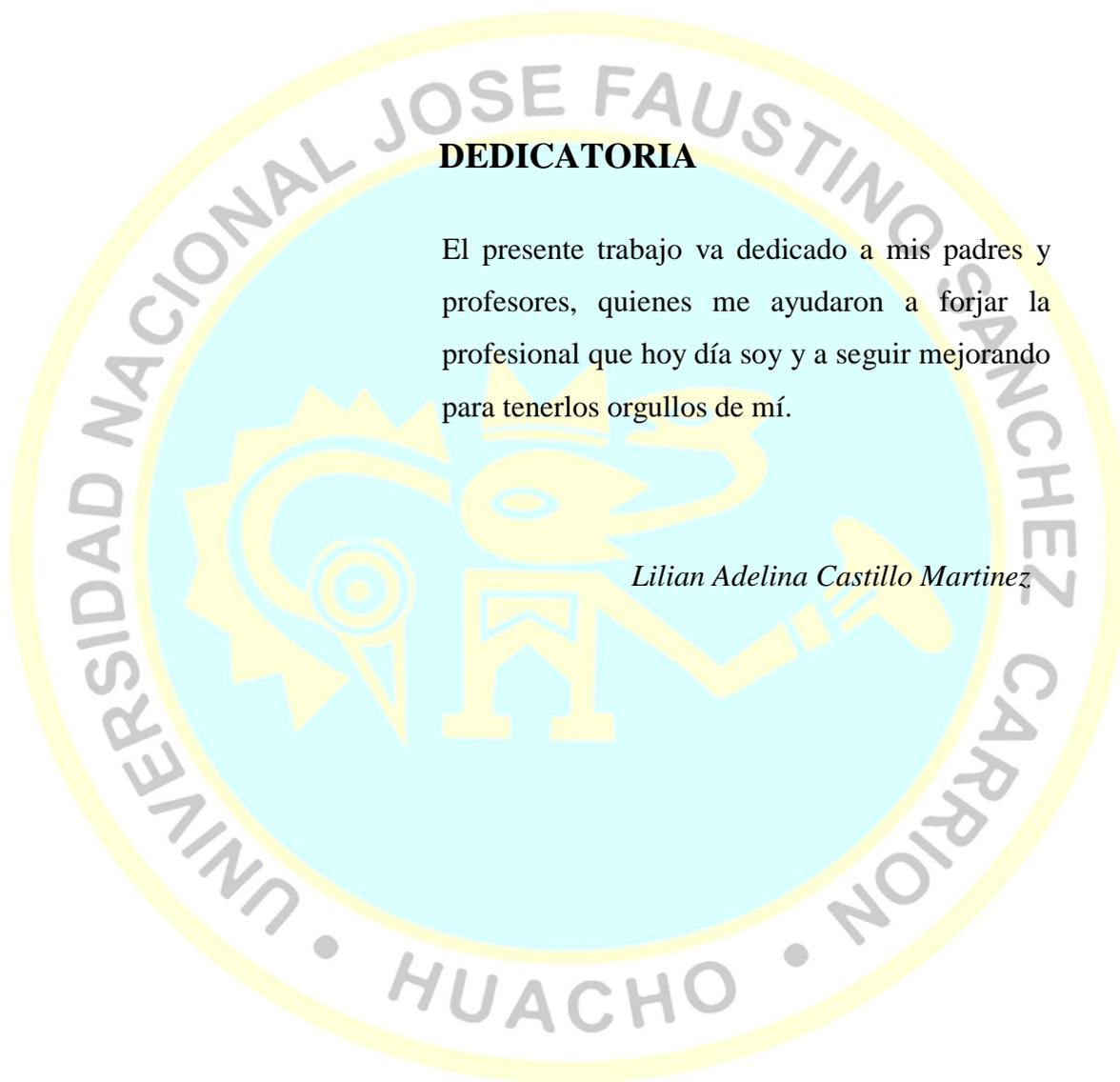
Dra. SOLEDAD D. LLAÑEZ BUSTAMANTE

HUACHO - 2019

**REFORMA DE VIDA SALUDABLE Y SU INFLUENCIA EN LA
SALUD DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA
EXTERNA EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPPPO – CHINCHA**

LILIAN ADELINA CASTILLO MARTINEZ





DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres y profesores, quienes me ayudaron a forjar la profesional que hoy día soy y a seguir mejorando para tenerlos orgullosos de mí.

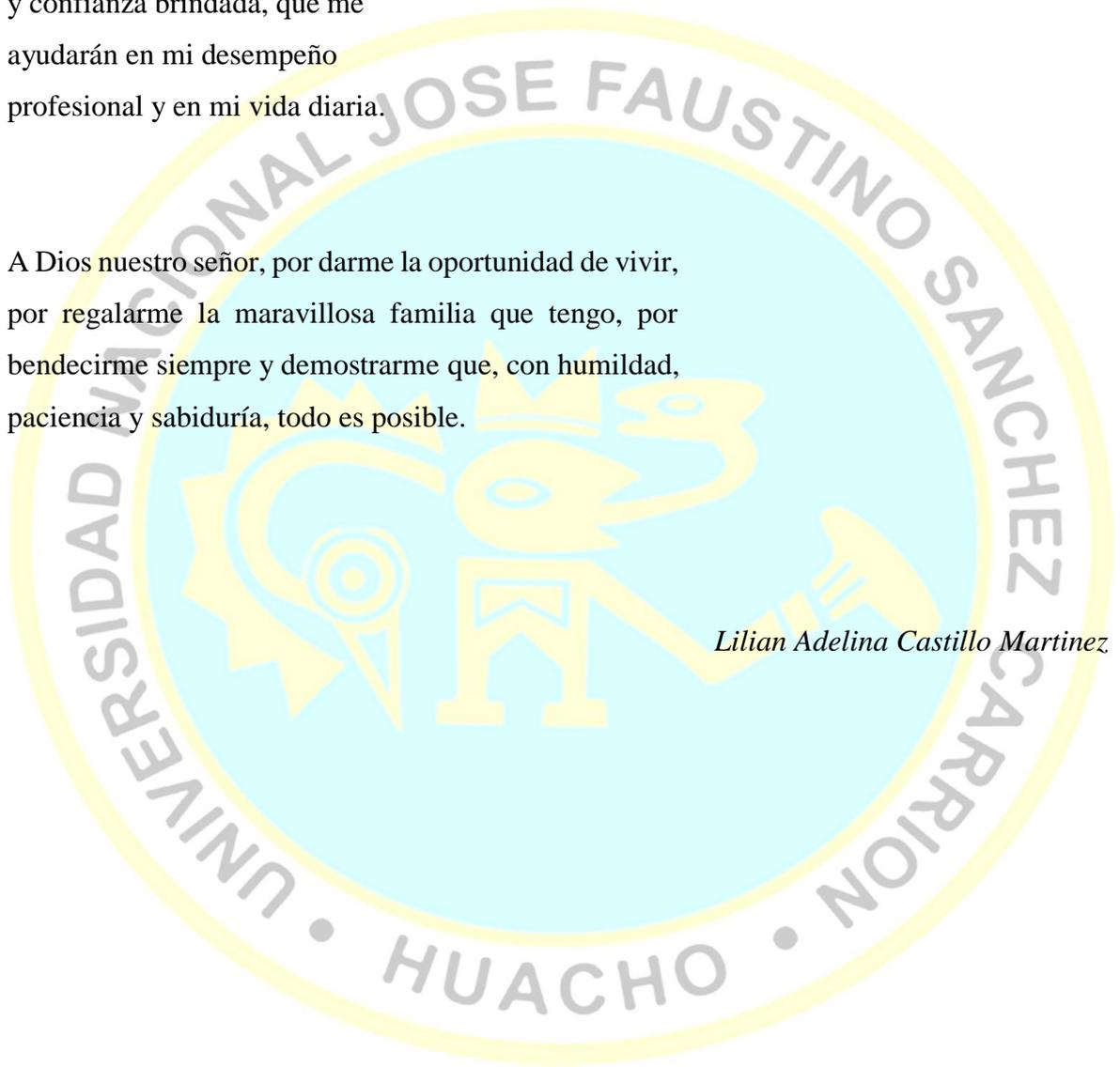
Lilian Adelina Castillo Martinez

AGRADECIMIENTO

A mis docentes, por compartir sus conocimientos científicos, paciencia y confianza brindada, que me ayudarán en mi desempeño profesional y en mi vida diaria.

A Dios nuestro señor, por darme la oportunidad de vivir, por regalarme la maravillosa familia que tengo, por bendecirme siempre y demostrarme que, con humildad, paciencia y sabiduría, todo es posible.

Lilian Adelina Castillo Martinez



Índice

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación de la investigación	3
1.5 Delimitaciones del estudio	4
1.6 Viabilidad del estudio	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.1.1 Investigaciones internacionales	5
2.1.2 Investigaciones nacionales	8
2.2 Bases teóricas	11
<i>Figura 1: Pirámide de población mundial en 1998</i>	13
<i>Figura 2: Pirámide poblacional mundial estimada para el año 2050.</i>	13
<i>Figura 3. Perú: Proyecciones en crecimiento poblacional del adulto mayor</i>	16
2.3 Definición de términos básicos	25
2.4 Hipótesis de investigación	26
2.4.1 Hipótesis general	26
2.4.2 Hipótesis específicas	27
2.5 Operacionalización de las variables	28
CAPÍTULO III	29

METODOLOGÍA	29
3.1 Diseño metodológico	29
3.2 Población y muestra	29
3.2.1 Población	29
3.2.2 Muestra	29
3.3 Técnicas de recolección de datos	30
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información	30
CAPÍTULO IV	31
RESULTADOS	31
4.1 Análisis de resultados	31
<i>Figura: 4 . Frecuencia del indicador Contacto con los familiares en la toma Pre-test</i>	31
<i>Figura: 5. Frecuencia del indicador Contacto con los familiares en la toma Post-test</i>	32
Tabla 1. Variación del indicador Contacto con los familiares en la toma pre y post test	32
<i>Figura: 6. Número de pacientes que tienen Contacto con los familiares en la toma Pre y Post test.</i>	33
Tabla: 2 . Número de pacientes que guardan resentimiento con familiares en la toma Pre-test.	33
<i>Figura 1. Frecuencia del Indicador resentimiento con familiares en la toma Pre-test</i>	34
Tabla: 3. Número de pacientes que guardan resentimiento con familiares en la toma Post-test.	34
<i>Figura: 8. Frecuencia del Indicador resentimiento con familiares en la toma Post-test</i>	35
Tabla: 4. Variación del Indicador Resentimiento con familiares en la toma pre y post test.	35
<i>Figura: 9. Número de pacientes que tienen Resentimiento con familiares en la toma Pre y Post test.</i>	36
Tabla 5. Número de pacientes que guardan resentimiento con amigos en la toma Pre-test.	36
<i>Figura: 10. Frecuencia del Indicador resentimiento con amigos en la toma Pre-test.</i>	37
Tabla 6. Número de pacientes que guardan resentimiento con amigos en la toma Post-test	37
<i>Figura: 11. Frecuencia del indicador resentimiento con amigos en la toma Post-test</i>	38
Tabla 7. Variación del Indicador Frecuencia de resentimiento con amigos en la toma pre y post test.	38
<i>Figura: 12. Número de pacientes que tienen resentimiento con amigos en la toma Pre y Post-test.</i>	39
Tabla 8. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre-test.	39

Figura: 13. Frecuencia del indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre-test.	40
Tabla 9. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Post-test.	40
Figura: 14. Frecuencia del indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Post-test.	41
Tabla 10. Variación del Indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma pre y post-test.	41
Figura: 15. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre y Post-test.	42
Tabla 11. Número de pacientes con capacidad de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre-test	42
Figura: 16. Frecuencia del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre-test.	43
Tabla 12. Número de pacientes con capacidad de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Post-test.	43
Figura :17. Frecuencia del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Post-test.	44
Tabla 13. Variación del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre y Post test.	44
Figura:18. Número de pacientes que pueden valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre y Post-test.	45
Tabla 14. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre-test.	45
Figura: 19. Frecuencia del Indicador pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre-test.	46
Tabla 15. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Post-test	46
Figura: 20. Frecuencia del indicador pacientes que realizan actividad mental en la toma Post-test.	47
Tabla 16. Variación del Indicador Frecuencia de actividad mental en la toma pre y post-test.	47
Figura: 21. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre y Post-test.	48
Tabla 17. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Pre-test	48
Figura: 22. Frecuencia del indicador actividad física en la toma Pre-test.	49
Tabla 18. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test	49
Figura: 23. Frecuencia del indicador pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test.	50
Tabla 19. Variación del Indicador Frecuencia de actividad física en la toma Pre y Post-test.	50
Figura: 24. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Pre y Post-test.	51

Tabla 20. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Pre-test	51
Figura: 25. Frecuencia del Indicador paseos en un mes en la toma Pre-test.	52
Tabla 21. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Post-test	52
Figura: 26. Frecuencia del Indicador paseos en un mes en la toma Post-test.	53
Tabla 22. Variación del Indicador Frecuencia de paseos en un mes en la toma Pre y Post-test.	53
Figura: 27. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Pre y Post-test.	54
Tabla 23. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre-test.	54
Figura: 28. Frecuencia del indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre-test.	55
Tabla 24. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Post-test.	55
Figura: 29. Frecuencia del Indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Post-test	56
Tabla 25. Variación del Indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre y Post test.	56
Figura: 30. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre y Post-test.	57
4.2 Contrastación de hipótesis	57
CAPÍTULO V	60
DISCUSIÓN	60
5.1 Discusión de resultados	60
CAPÍTULO VI	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
6.1 Conclusiones	63
6.2 Recomendaciones	64
REFERENCIAS	65
7.1 Fuentes documentales	65
7.2 Fuentes bibliográficas	65
7.3 Fuentes hemerográficas	66
7.4 Fuentes electrónicas	67
jrgomez@cienciaydeporte.net	67
ANEXOS	68

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variación del indicador Contacto con los familiares en la toma pre y post test	32
Tabla: 2 . Número de pacientes que guardan resentimiento con familiares en la toma Pre-test.	33
Tabla: 3. Número de pacientes que guardan resentimiento con familiares en la toma Post-test.	34
Tabla: 4. Variación del Indicador Resentimiento con familiares en la toma pre y post test.	35
Tabla 5. Número de pacientes que guardan resentimiento con amigos en la toma Pre-test.	36
Tabla 6. Número de pacientes que guardan resentimiento con amigos en la toma Post-test	37
Tabla 7. Variación del Indicador Frecuencia de resentimiento con amigos en la toma pre y post test.	38
Tabla 8. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre-test.	39
Tabla 9. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Post-test.	40
Tabla 10. Variación del Indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma pre y post test.	41
Tabla 11. Número de pacientes con capacidad de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre-test	42
Tabla 12. Número de pacientes con capacidad de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Post-test.	43
Tabla 13. Variación del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre y Post test.	44
Tabla 14. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre-test.	45
Tabla 15. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Post-test	46
Tabla 16. Variación del Indicador Frecuencia de actividad mental en la toma pre y post test.	47
Tabla 17. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Pre-test	48
Tabla 18. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test	49
Tabla 19. Variación del Indicador Frecuencia de actividad física en la toma pre y post test.	50
Tabla 20. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Pre-test	51
Tabla 21. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Post-test	52

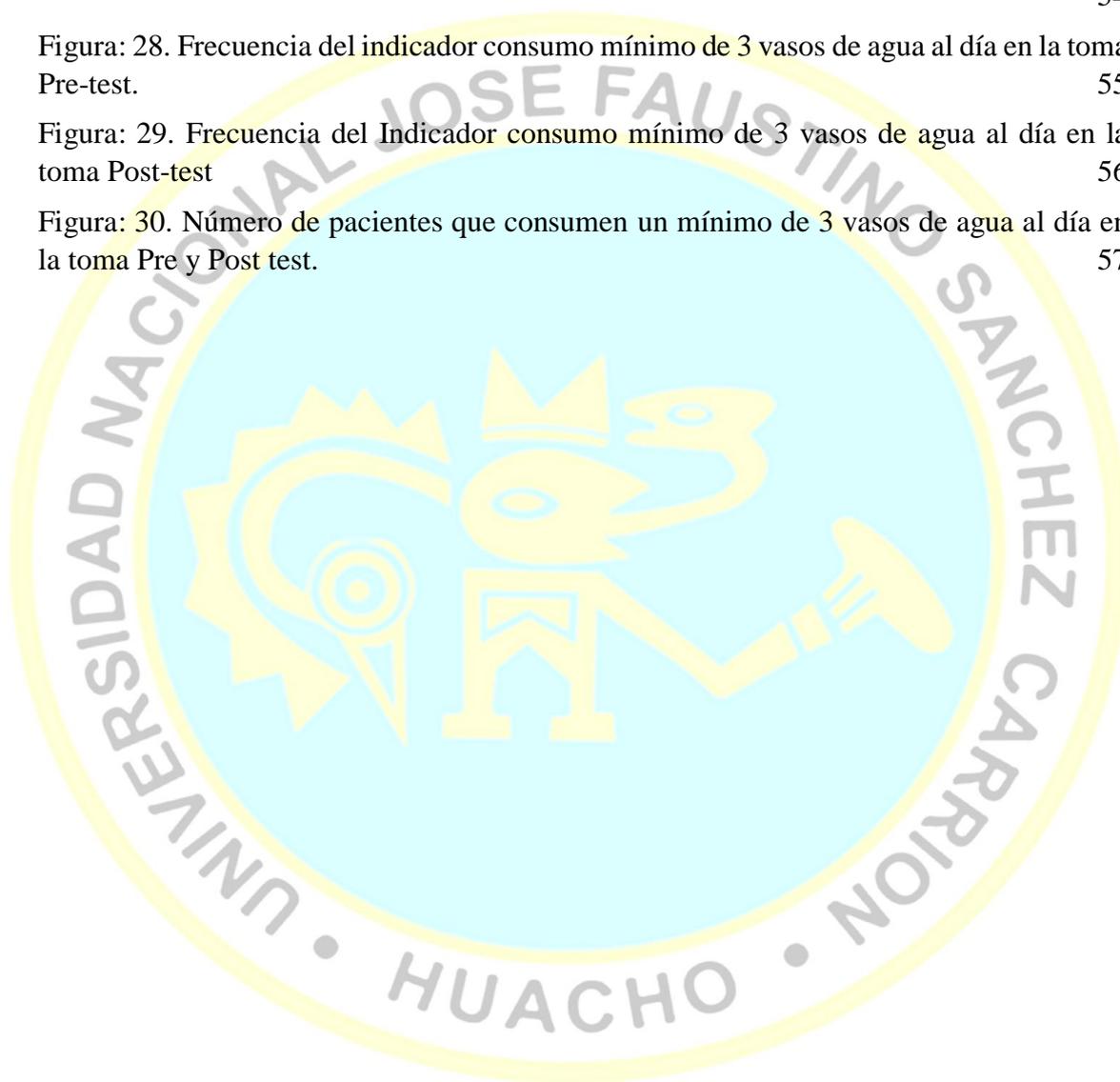
Tabla 22. Variación del Indicador Frecuencia de paseos en un mes en la toma Pre y Post test.	53
Tabla 23. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre-test.	54
Tabla 24. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Post-test.	55
Tabla 25. Variación del Indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre y Post test.	56



INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Pirámide de población mundial en 1998	13
<i>Figura 2:</i> Pirámide poblacional mundial estimada para el año 2050.	13
<i>Figura 3.</i> Perú: Proyecciones en crecimiento poblacional del adulto mayor	16
<i>Figura: 4 .</i> Frecuencia del indicador Contacto con los familiares en la toma Pre-test	31
<i>Figura: 5.</i> Frecuencia del indicador Contacto con los familiares en la toma Post-test	32
<i>Figura: 6.</i> Número de pacientes que tienen Contacto con los familiares en la toma Pre y Post test.	33
<i>Figura 7.</i> Frecuencia del Indicador resentimiento con familiares en la toma Pre-test	34
<i>Figura: 8.</i> Frecuencia del Indicador resentimiento con familiares en la toma Post-test	35
<i>Figura: 9.</i> Número de pacientes que tienen Resentimiento con familiares en la toma Pre y Post test.	36
<i>Figura: 10.</i> Frecuencia del Indicador resentimiento con amigos en la toma Pre-test.	37
<i>Figura: 11.</i> Frecuencia del indicador resentimiento con amigos en la toma Post-test	38
<i>Figura: 12.</i> Número de pacientes que tienen resentimiento con amigos en la toma Pre y Post test.	39
<i>Figura: 13.</i> Frecuencia del indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre-test.	40
<i>Figura: 14.</i> Frecuencia del indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Post-test.	41
<i>Figura: 15.</i> Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre y post-test.	42
<i>Figura: 16.</i> Frecuencia del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre-test.	43
<i>Figura :17.</i> Frecuencia del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Post-test.	44
<i>Figura:18.</i> Número de pacientes que pueden valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre y Post test.	45
<i>Figura: 19.</i> Frecuencia del Indicador pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre-test.	46
<i>Figura: 20.</i> Frecuencia del indicador pacientes que realizan actividad mental en la toma Post-test.	47
<i>Figura: 21.</i> Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre y Post test.	48
<i>Figura: 22.</i> Frecuencia del indicador actividad física en la toma Pre-test.	49

Figura: 23. Frecuencia del indicador pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test.	50
Figura: 24. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Pre y Post test.	51
Figura: 25. Frecuencia del Indicador paseos en un mes en la toma Pre-test.	52
Figura: 26. Frecuencia del Indicador paseos en un mes en la toma Post-test.	53
Figura: 27. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Pre y Post test.	54
Figura: 28. Frecuencia del indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre-test.	55
Figura: 29. Frecuencia del Indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Post-test	56
Figura: 30. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre y Post test.	57



RESUMEN

Se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar cómo influye la reforma de vida saludable en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha, se planteó un estudio cuasi experimental pre y post test teniendo como muestra un grupo de 82 adultos mayores que acudieron a la consulta en el programa del adulto mayor del hospital en mención; se aplicó encuestas, antes y después del inicio de los talleres educativos y auto instructivos actividad física y recreacional, por un periodo de 4 meses teniendo como resultados que todos los factores analizados y tomados en cuenta para el mejoramiento de vida guardan relación con la salud del adulto mayor en relación a un primer momento y que fueron los factores biosocioculturales los que tuvieron una mejor variabilidad tal es así que la frecuencia de paseos mejoro en un 23,17% la frecuencia en el consumo mínimo de 3 vasos de agua mejoró en un 35,37 % , la capacidad de vestirse sin ayuda en un 13,41% la de valerse por sí mismo en 12,20%. En relación a los indicadores contacto con los familiares se mejoró en un 10,98% el resentimiento con los familiares en un 4,88% hubo una medición de 25,61 % de encuestados que manifestaron haber cambiado su rutina para incluir una actividad mental promedio y para la actividad física se obtuvo una mejora del 23,17%. Concluyendo que al haberse verificado la variación en los indicadores existió una influencia positiva del programa de reforma de vida saludable en los adultos mayores que acudieron a la consulta en el hospital Rene Toche Groppo de Chincha.

Palabras clave: Adulto mayor, vida saludable, indicadores, actividad física.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining how the reform of healthy life influences the health of the elderly who goes to the outpatient clinic in the Rene Toche Groppo - Chincha hospital, a quasi - experimental study was proposed, pre and post test taking as sample a group of 82 senior citizens who attended the consultation in the program of the senior citizen of the hospital in question; Surveys were applied, before and after the start of educational workshops and self-instructive physical and recreational activities, for a period of 4 months, with the results that all the factors analyzed and taken into account for the improvement of life are related to the health of the older adult in relation to a first moment and that were the biosocioculturals factors those that had a better variability such is that the frequency of walks improved in a 23,17% the frequency in the minimum consumption of 3 glasses of water improved in a 35 , 37%, the ability to dress without help by 13.41% to be able to stand on its own in 12.20%. In relation to the contact indicators with family members, resentment with relatives was improved by 10.98% in 4.88%. There was a measurement of 25.61% of respondents who said they had changed their routine to include an average mental activity and for physical activity an improvement of 23.17% was obtained. Concluding that after having verified the variation in the indicators, there was a positive influence of the healthy life reform program in the elderly who attended the consultation in the Rene Toche Groppo hospital in Chincha

Keywords: Elderly people, healthy life, indicators of physical activity.

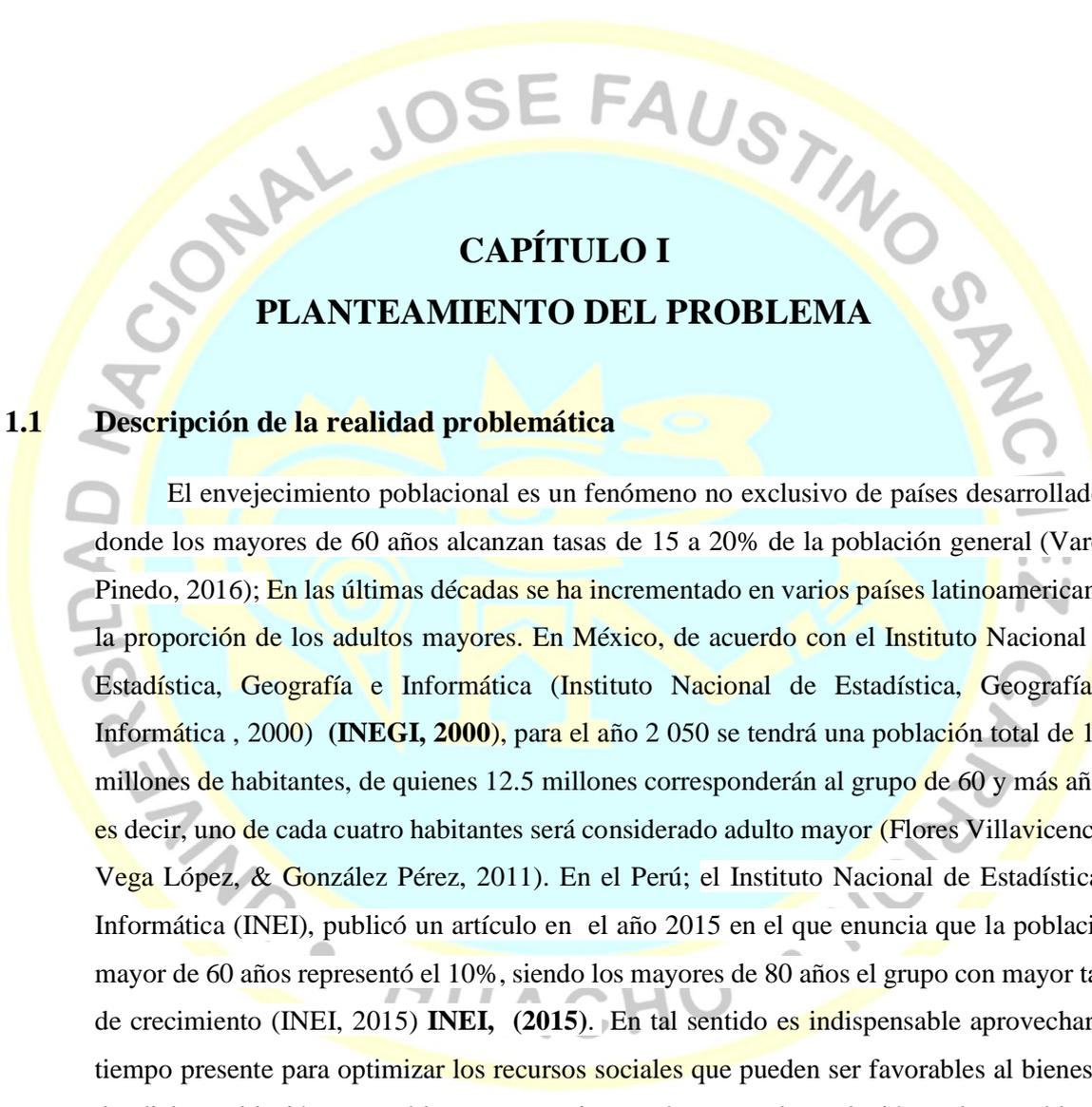
INTRODUCCIÓN

Los acontecimientos ocurridos en las personas adulto mayor (ADM) o de la tercera edad, como son los trastornos en la salud, la pérdida de amigos, seres queridos, la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar un problema para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo; la que puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a diversos cambios físicos y presiones externas como, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

La depresión crónica tiene consecuencias graves que complican la salud mental del ADM, independientemente de la causa; la depresión puede tener relación directa con el índice de mortalidad de las personas de tercera edad los sentimientos de soledad son mayores que en aquellos que están satisfechos con sus vidas. Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad introducen actividades que ayudan a mejorar los estados de ánimos y la inactividad física.

La inactividad física se ha relacionado con numerosos problemas de salud, desde las enfermedades cardiovasculares (angina de pecho, infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial, problemas circulatorios, etc.) hasta diversos tipos de cáncer, pasando por problemas osteoarticulares, problemas endocrino-metabólicos (diabetes), problemas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés). La conducta opuesta se ha relacionado con efectos beneficiosos sobre esas mismas patologías, así como con una mayor longevidad y esperanza de vida.

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar la investigación: Reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha, cuyos resultados servirán para desarrollo de posteriores actividades relacionadas con el bienestar de este grupo poblacional.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general (Varela Pinedo, 2016); En las últimas décadas se ha incrementado en varios países latinoamericanos la proporción de los adultos mayores. En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000) (INEGI, 2000), para el año 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de quienes 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 y más años, es decir, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor (Flores Villavicencio, Vega López, & González Pérez, 2011). En el Perú; el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), publicó un artículo en el año 2015 en el que enuncia que la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento (INEI, 2015) (INEI, (2015)). En tal sentido es indispensable aprovechar el tiempo presente para optimizar los recursos sociales que pueden ser favorables al bienestar de dicha población y establecer estrategias tendentes a dar solución a los problemas actualmente observados y que pueden llegar a ser, en el futuro, severos obstáculos para una verdadera integración y participación social de los adultos mayores.

Como respuesta al envejecimiento poblacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó, en los años 1982 y 2002, a asambleas mundiales para tratar este problema. En dichas reuniones se estableció un compromiso mediante una declaración política y un plan de acción internacional que incorpora tres orientaciones: las personas de edad y el

desarrollo, el fomento de la salud y bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable **Varela y Tello, (2011); OMS (2015)**. (Varela & Tello, 2016) (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En concordancia con los lineamientos dados en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en el año 2000 se conformó en el Perú una comisión multisectorial para la formulación del Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (PLANPAM), que desde el 16 de junio de 2013 cuenta con el PLANPAM 2013-2017: "Promoviendo el envejecimiento activo y saludable", el cual está vigente y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores; todo ello basado en cuatro políticas nacionales esenciales: a). envejecimiento saludable; b). empleo, previsión y seguridad social; c). participación e integración social, y d). educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Este plan ha sido elaborado considerando los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional que muchas veces por distintos motivos no llega a concretarse o aplicarse como está establecido o no cumple a cabalidad la meta trazada.

Así como en muchos lugares del país los hospitales de la seguridad social a través de la entrega de pensiones y atención en salud, es la principal herramienta para proteger los riesgos propios de la vejez; es decir el deterioro de la salud y la dificultad para trabajar y obtener un ingreso. Sin embargo, en un país como Perú donde solo un tercio de la fuerza laboral trabaja en ocupaciones formales que exigen la afiliación a un sistema de pensiones estos programas no llegan a la mayoría de adultos mayores y este grupo poblacional se halla desprotegido. En el hospital Toche Gropoo de Chincha se desarrollan actividades inherentes a la protección y generación de vida saludable al adulto mayor a cargo de la autora de la presente investigación considerando experiencias cotidianas y del entorno inmediato que detonan cualitativamente aspectos favorables, o no, a la calidad de vida del adulto mayor. Este abordaje se realiza desde una postura gerontológica que permite considerar lo más integralmente posible la complejidad en las situaciones que pudieran impedir a los adultos mayores su pleno bienestar. (Olivera & Clausen, 2014)

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cómo influye la reforma de vida saludable en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Gropo – Chincha?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cómo identificar los conocimientos relacionados a la reforma de vida saludable que posee el adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha?
- ¿Cómo educar desarrollando reforma de vida saludable al adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha?
- ¿Cómo determinar los factores biosocioculturales del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha?
- ¿Cómo determinar el grado de satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la reforma de vida saludable en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos relacionados a la reforma de vida saludable que posee el adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.
- Educar desarrollando reforma de vida saludable al adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha
- Determinar los factores biosocioculturales del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.
- Determinar el grado de satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.

1.4 Justificación de la investigación

Desde la perspectiva de la Educación para la Salud uno de los propósitos básicos de esta disciplina es el desarrollo de actitudes positivas hacia el ejercicio físico, que originen adhesión al mismo, tanto en el período escolar como en el futuro. Y para que esto sea posible,

ha de existir vinculación entre la actividad física curricular obligatoria y la extracurricular libremente asumida.

Así mismo, las intervenciones en el ámbito de los estilos de vida saludables siempre han estado relacionados con el desarrollo de dos amplias disciplinas como la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud que más que una disciplina es un planteamiento filosófico global sobre la salud y la calidad de vida de las personas.

Frente a lo descrito en el presente numeral es determinante para el desarrollo del trabajo de investigación: Reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.

1.5 Delimitaciones del estudio

1.5.1 Delimitación espacial La investigación se desarrolló dentro de las instalaciones del Hospital Rene Toche Groppo en la provincia de Chincha.

1.5.2 Delimitación temporal el desarrollo de la investigación fue entre enero a junio 2015.

1.6 Viabilidad del estudio

Para llevar a cabo la investigación, se contó con el ambiente, los recursos humanos y la disponibilidad económica, por ello se consideró viable ejecutar el estudio: “Reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acudió a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

(Herrera, 2016) en la investigación, Actividad física recreativa y calidad de vida en adultos mayores realizada en la localidad de La Matanza (Buenos Aires) aplicada sobre una muestra no probabilística de 300 sujetos mayores de 65 años (50% mujeres) en donde incluyó a cada una de sus 15 localidades y plantada como estudio transversal de tipo correlacional; utilizando Para medir calidad de vida el instrumento de evaluación de calidad de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF.y el cuestionario socio-demográfico para evaluar las actividades físicas recreativas y su frecuencia, realizadas por los adultos mayores. Encontró que los adultos mayores que realizan actividades físicas recreativas tienen niveles más altos de calidad de vida. Así mismo, se hallaron diferencias significativas en los niveles de calidad de vida por rango etario; los adultos mayores de hasta 74 años presentan una media superior en calidad de vida que aquellos de 75 años y más. También los niveles de calidad de vida muestran diferencias estadísticamente significativas por el nivel educativo de los adultos mayores participantes de este trabajo.

(Aponte Daza, 2015) publicó en la revista AYAYU de la Paz Bolivia el artículo Calidad de vida en la tercera edad con el propósito de dar a conocer el análisis de la percepción de la calidad de vida de estas personas de varios grupos sociales, qué factores le garantizarían una vida plena a pesar de los años que tienen. Cuáles son las cosas que harían para tener una vida digna y que la impulsa a ser diferentes entre muchas otras personas que tienen las mismas condiciones de vida y llevan una vida sedentaria. Saber si el apoyo que recibe y requiere son las adecuadas para continuar con sus actividades. Con este trabajo se contribuyó a la valoración y enriquecimiento de un grupo de personas que tradicionalmente se hallaban alejadas del ajetreo diario de las personas jóvenes y que muchas veces son alejadas de sus propias familias por ya no ser capaces de realizar muchas actividades. Y se concluyó que:

La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos.

Deber ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud.

Las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea.

Las personas mayores pueden desarrollar su creatividad de diferente forma y esto ayudara sin duda a que llenen su tiempo y ensanchen su espíritu.

Se debe tratar de que estas personas recuerden actividades de su juventud, las cuales no solo ayudaran con su memoria si no que ayudara a que puedan recordar momentos gratos y las historias de sus vidas.

Se ha descubierto que dan motivación y energía ante la vida, que producen alegría y optimismo, que disminuyen el dolor, que contribuyen a la sensación de bienestar y que estimulan los sentimientos de gratitud y satisfacción existencial.

Las actividades que rodean al adulto mayor en la mayoría de los casos son desmoralizadoras, por esto es necesario que la persona tome las riendas de su ser y de sus actos.

El secreto para alcanzar y permanecer dignamente en esta etapa de vida es lograr un vida física y psíquica sana y activa durante el mayor tiempo posible, saber enfocar los acontecimientos de vida de una manera positiva, de modo que sea el sujeto quien domine las circunstancias y sepa extraer de cualquier evento provecho propio.

Por eso un mejor envejecimiento estará influido por la calidad de vida en diferentes etapas del ciclo vital, por lo cual, la calidad de vida debe ser vista a través del curso de la existencia de cada persona.

(Olivi, Fadda, & Pizzi, 2015) en la investigación Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso indicaron que Chile se encuentra entre los países de América Latina que en las últimas décadas han experimentado una transición demográfica rápida e intensa hacia el envejecimiento. Los resultados publicados señalaron además a los del caso de Valparaíso (Fondecyt) en Chile entre 2006 y 2009 y sus sucesivas actualizaciones (2012:13). Con base en las evidencias empíricas producidas mediante la aplicación de instrumentos cuantitativos y cualitativos, el artículo analizó cómo determinadas condiciones del hábitat urbano inciden en la calidad de vida del grupo más anciano de la población. Se combinaron métodos y técnicas cuantitativos y cualitativos,

recurriendo a distintas fuentes de datos primarios (espaciales y personas) y secundarios (fuentes bibliográficas, estadísticas oficiales, cartografía) Los resultados mostraron como tendencia general, adultos mayores con actitud proactiva en relación a su condición etaria, orientados a solventar los problemas y las carencias, mayoritariamente atribuibles al ámbito institucional, de una sociedad en progresivo envejecimiento. De hecho, al comparar los elementos positiva y negativamente evaluados, los aspectos mejor percibidos por los adultos mayores son principalmente atribuibles a la capacidad personal de los individuos, mientras que los aspectos peor evaluados se refieren a ámbitos de competencia de las autoridades, donde la iniciativa personal tiene un peso menor. Concluyeron que los aspectos que más afectan la calidad de vida de los adultos mayores son el sistema político-institucional que desconoce las necesidades específicas de dicho grupo etario. Se detectaron áreas prioritarias que no han sido todavía consideradas como objeto de intervención específica, y que es la insuficiencia en la prevención uno de los principales obstáculos para un envejecimiento positivo.

(Hernández Zamora, Hernández Loeza, & Rodríguez Viveros, 2010) desarrollaron la investigación. El grupo de ayuda como alternativa para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor, con el objetivo para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Investigación de corte cualitativo, El grupo estuvo conformado por ocho mujeres mayores de 60 años pertenecientes al programa Oportunidades de un Centro de Salud de la ciudad de Banderilla, Veracruz, México. Todas del sexo femenino y con un rango de edad de 61 a 72 años. Se creó un espacio de escucha y de diálogo para las participantes, a fin de generar un grupo que, una vez finalizado el programa de intervención, fuera auto organizativo y de gestión. El desarrollo del programa tuvo tres fases: 1. poner en conocimiento de los miembros del grupo las bases teóricas y prácticas de la autoayuda, la metodología de las sesiones y las normas del grupo, 2. entrenar al grupo en la práctica metodológica del grupo de autoayuda, y 3. lograr que el grupo consiga su autonomía al llevar las sesiones sin el acompañamiento del coordinador o profesional. Las categorías que se trabajaron fueron: estado de salud en general, soporte social, autonomía y actividades físico recreativas. Los resultados revelaron un impacto en su calidad de vida en cuanto a los rubros señalados en la entrevista inicial. Concluyeron que un grupo de ayuda puede ser una alternativa para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

(Hernández & Rodríguez, 2010) desarrollaron la investigación; Impacto de las actividades físicas recreativas en la calidad de vida del adulto mayor en el municipio de Naguanagua en Venezuela. La investigación valoró el impacto de las actividades físicas recreativas con la calidad de vida del adulto mayor del sector El Cafetal de Naguanagua sustentándose en la teoría del envejecimiento satisfactorio de Baltes del año 1990, metodológicamente se apoyó en el enfoque socio historicista interpretativo. Se usó como

herramienta la entrevista aplicada al grupo focal. La información obtenida, se analizó con el método comparativo continuo de Strauss y Corbin (1998). Como resultado obtuvieron una matriz condicional consecucional de categorías biopsicosociales que relacionaron el impacto de las actividades físicas recreativas con la calidad de vida. Concluyeron, que la actividad física continúa proporciona beneficios en el adulto mayor, cuando lleva una vida activa en particular, al hacer ejercicios habituales, controlados que contribuyen a mejorar el estado físico, psicológico, social y espiritual, como también, aumenta la funcionalidad del organismo, se previenen enfermedades y se reduce la mortalidad.

(Arboleda Barahona, Vargas Espinosa, & Galicia Jaramillo, 2009) desarrollaron la Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores (añoranzas) de Coeducar Comcaja, Pereira en el año 2008 Universidad Tecnológica de Pereira facultad de Ciencias de la Salud Ciencias del Deporte y la Recreación Pereira, Risaralda; por medio de la aplicación del índice de Barthel y su posterior análisis y clasificación. La población evaluada estuvo constituida por un grupo de 30 adultos mayores, en edades comprendidas entre 60 y 80 años de ambos géneros (26 mujeres y 4 hombres), afiliados y beneficiarios de Coeducar Pereira, y pertenecientes al grupo de la salud Añoranzas, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado. Se obtuvo que el 57% del grupo evaluado obtuvo una clasificación de funcionalidad en actividades cotidianas de Independientes, mientras que el otro 43% obtuvo una clasificación de Dependientes Leves. Además, que el grupo que realizó actividades físicas de 0 a 2 veces por semana presentaron una calificación de Dependientes leves, y a su vez, el grupo que realizaba actividad física con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana, obtuvo una calificación de Independientes. Dentro de las principales deficiencias funcionales que se identificaron en el grupo evaluado, según el índice de Barthel, se encontró que para la realización de las actividades traslado silla-cama y escalones, se necesita de una pequeña supervisión verbal o física, siendo ésta última actividad la limitante funcional más significativa para el grupo en cuestión.

2.1.2 Investigaciones nacionales

(Felipe Figueroa, 2010) desarrolló la investigación Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Asentamiento humano Villa Magisterial, Nuevo Chimbote, 2010 de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo correlacional. Se estudió la relación entre el Estilo de Vida y los factores biosocioculturales del Adulto Mayor en el asentamiento humano. Villa Magisterial I y II etapa-Nuevo Chimbote. La Población muestral estuvo formada por 50 adultos mayores. Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos: la escala de estilo de vida y el cuestionario sobre los factores biosocioculturales

del adulto mayor. Los resultados se procesaron y analizaron con el Software SPSS versión 15.0. Se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios Chi Cuadrado con 95% de confianza encontrándose las siguientes conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentaron un estilo de vida saludable, y un poco más de la décima parte un estilo de vida no saludable: En el factor biológico en relación al sexo más de la mitad fueron del de sexo masculino. En el factor cultural la mayoría presentan grado de instrucción superior completa y profesan la religión católica. En el factor social la mayoría de los adultos mayores su estado civil es casado(a), pertenecen a otras ocupaciones y tienen ingresos económicos entre 100 y 599 nuevos soles mensuales. No hallaron relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, religión, e ingreso económico, según el estadístico Chi Cuadrado con $p > 0.05$.

(Rodríguez Alayo, 2014) En la investigación; Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012 Universidad privada Antenor Orrego facultad de Ciencias de la Salud (tesis) estudio, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida en Adultos Mayores Hipertensos, que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche, debidamente registrados. Trabajo con una muestra de 65 adultos mayores, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Para la recolección de datos e identificar el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida se utilizaron dos instrumentos: cuestionario sobre el grado de apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en adultos mayores hipertensos, formulado por Gabriel Smilkstein y, cuestionario sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos. Los resultados señalaron que, el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Así mismo, los hallazgos evidenciaron que el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente. Se encontró correlación significativa entre ambas variables de estudio $p < 0.01$.

(Zavala Lizaraso, 2010) En la investigación Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, la que fue de nivel aplicada, tipo descriptivo simple y de corte transversal, utilizó una Entrevista estructurada a escala sobre una muestra conformada por 60 pacientes Adultos Mayores que se encontraban hospitalizados en los Servicios de Medicina General del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009 Las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que

brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación.

(Villar López, Ybañez Cuba, Gutierrez Villafuerte, & Angulo Bazán, 2016) En la investigación Percepción de la calidad de los servicios de medicina complementaria del Seguro Social de Salud que tuvo como objetivo Determinar la percepción de la calidad de los servicios de medicina complementaria del Seguro Social de Salud ubicados en Lima y Callao, la que fue un estudio transversal utilizó el cuestionario SERVQUAL en 1140 usuarios y acompañantes, mayores de 18 años, en los servicios de medicina complementaria de EsSalud en Lima y Callao durante enero 2016. Evaluó las variables sociodemográficas (edad, sexo, educación), la red asistencial de procedencia, tipo de seguro, profesional que atendió al paciente y se buscó la asociación de estas con la percepción de calidad. Tuvo como resultados; que la percepción de la calidad promedio fue de 68,9%. La fiabilidad obtuvo un porcentaje de satisfacción de 77,5%, la capacidad de respuesta de 56,9%, la seguridad de 75,6%, la empatía de 73,4% y los aspectos tangibles de 61,1%. Se encontró asociación significativa entre las dimensiones de percepción de calidad y la red asistencial de procedencia, la educación, el tipo de seguro y el profesional que atendió la consulta; llegó a la conclusión: Que, en los servicios de medicina complementaria de ESSALUD en Lima, la percepción de la calidad por parte de los usuarios es aceptable, siendo las dimensiones con mayor satisfacción la fiabilidad y la seguridad invariablemente con la muerte".

2.2 Bases teóricas

2.2.1. La tercera edad. Características de la etapa.

En Villavicencio (2005) se lee que para el psicólogo esta definición resulta restringida, pues su interés va más allá de considerar la vejez como una serie de fenómenos conductuales limitantes, o una mayor probabilidad de muerte. Tradicionalmente la edad cronológica ha constituido el parámetro que determina el inicio de la vejez y se refiere a la edad calendario o número de años que un individuo ha vivido. Sin embargo, esto no constituye el mejor parámetro para determinar cuán productivo y capaz puede ser un sujeto tanto para sí mismo como con su familia y la sociedad.

También que en los ancianos se puede detectar diferencias individuales debido a características de la personalidad y acentuados por el cúmulo de experiencias de cada cual. Que en la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice. En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar. Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano.

Los mismos autores han llegado a considerar además, que los elementos conformadores de identidad son tomados generalmente de los prejuicios negativos que la cultura como tendencia, ha reservado para la vejez. "Soy viejo porque ya me queda menos, soy inútil, incapaz, retirado, final."

Un resultado de depresión e inseguridad puede ser el intento del anciano por regresar a etapas anteriores de la vida. La persona dependiente e insegura en momentos de tensión tenderá a regresar a conductas infantiles y a no realizar esfuerzos constructivos para resolver los problemas. El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un

sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad. (Roldán Monzón, 2008)

Aun cuando el anciano evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana. Esta representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad. El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil. (González y Rodríguez, 2011).

Muchos de los aspectos sociales y familiares son esenciales en cualquier etapa de la vida, es "el primer recurso y el último refugio." La familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad, constituye un determinante importante para el presente análisis de la Tercera Edad. De los cambios más universales, el anciano de hoy se queja de su falta de autoridad, en el núcleo familiar dado por la independencia que van tomando los hijos, la dependencia económica del anciano hacia ellos, la imposibilidad muchas veces de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.

Se afirma en la bibliografía que uno de los cambios desde la índole social que ocurren en la vejez es la jubilación. Al hombre jubilado le es más difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de pérdida de lugar. La mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral social y vivencia como un cambio transicional más natural, la pérdida de su status social y su estancia a tiempo completo en el hogar. La jubilación constituye entonces un evento vital a considerar por la familia (Gutiérrez Rodríguez, 2013)

2.2.1.1 Aspecto demográfico en la tercera edad:

De los datos de las (Naciones Unidas División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 1998), se extrae que hay en el mundo cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años. Para el 2025, se espera que este total se duplique y para el 2050 se proyecta que esta población alcanzará 2 billones de personas, es decir el 21% de la población total global. Entre los grupos de población de adultos mayores alrededor del mundo, el de más rápido crecimiento es el de los adultos mayores de 80 años.

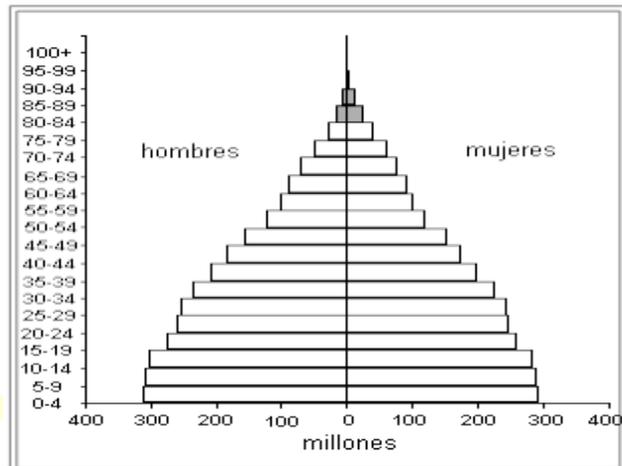
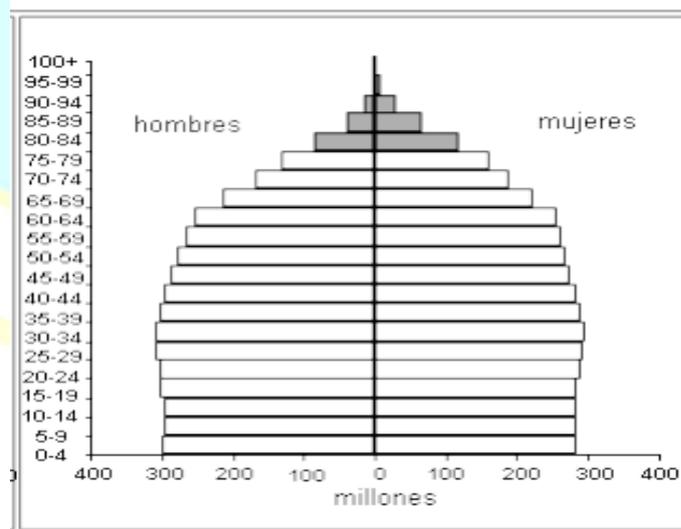


Figura 1: Pirámide de población mundial en 1998

Fuente: Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales

La Pirámide de población mundial del año 1998 revela que existieron para dicha época gran proporción de población infantil y adolescentes (19 años) con proporción equivalente en el género y que llegando a los 50 años los datos porcentuales decrecían notablemente siendo la proporción de género masculino más notoria en relación al género femenino por lo tanto escasa



población de adultos mayores.

Figura 2: Pirámide poblacional mundial estimada para el año 2050.

Fuente Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales

Según la pirámide de las Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales revela que para 2050 existirá población de adultos mayores que alcancen más de los 90 años y que no habrá gran diferencia porcentual entre la población de 50 a menos con los infantes y adolescentes a nivel mundial.

Según datos internacionales” más del 60% de los adultos mayores de 60 años viven en el mundo en vías de desarrollo. Para el 2020 esta proporción alcanzará el 75%, y para el 2025 el 85%”. (OMS 2015).

2.2.1.2. Perfil demográfico y la salud de la población adulta mayor en el Perú

Diversas estimaciones plantean que, en el Perú, al igual que en otros países de América Latina, está ocurriendo un progresivo proceso de envejecimiento, que se acelerará en la primera parte del siglo XXI (CEPAL, 2004). En el 2010, la Subregión Andina tenía alrededor de 14 millones de personas adultas mayores y si se mantiene en el mismo ritmo de crecimiento de los últimos cinco años, para el año 2021, la Subregión va camino a tener cerca de 20 millones, afectando la alta incidencia de pobreza y desigualdad social, lo que es preocupante (OPS, 2010). Para el año 2012 la población peruana proyectada ascendió aproximadamente a 30 millones de habitantes (INEI, 2001). De este total, el 9,2% de la población estuvo conformada por personas adultas mayores, equivalente a 2 millones 711,772 habitantes, de los cuales 1 millón 266,930 son varones y 1 millón 444,842 son mujeres. La velocidad con que crece este segmento poblacional es más que el doble del ritmo de crecimiento de la población total. Así, mientras que la tasa de crecimiento de la población total en el período intercensal 1993-2007 fue de 1,6% promedio anual, la tasa de crecimiento de la población de 60 y más años fue de 3,5% en el mismo período. Se estima que el año 2025, la población adulta mayor alcanzará casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones. Por otro lado, es de indicarse que, en el

Perú, al igual que en otros países, se está dando un proceso de feminización del envejecimiento. En la década de los años 50, la brecha entre la esperanza de vida al nacer existente entre hombres y mujeres era de 2 a 3 años. Para el periodo 2010-2015 la esperanza de vida al nacer proyectada viene a ser de 69,9 años para hombres y 75,3 años para las mujeres, lo que indica que la brecha se ha ampliado a más de 5 años.

De acuerdo a las cifras oficiales los departamentos con mayor cantidad de población adulta mayor en el país son: Lima (32,19%), La Libertad (6,17%), Piura (5,94%), Puno (5,24%) y Cajamarca (5,2%). La proporción de población adulta mayor en Lima Metropolitana es de 9,2% (INEI, ENAHO, 2010)

Esta constatación demográfica tiene implicancias importantes en términos de política pública. La ampliación de la esperanza de vida, con sus diferencias por sexo, deben orientar el rumbo de políticas diversas como por ejemplo las relacionadas al incremento de los fondos previsionales; las que deben impulsar la incorporación de sistemas que consideren mecanismos no contributivos para la atención de salud y otras necesidades vitales de este sector poblacional; las políticas que deben promover que los gobiernos locales propicien entornos favorables para favorecer la participación activa y la autonomía de las PAM, entre otras. Asimismo, al interior de los hogares, se deben promover medidas y estrategias que faciliten arreglos familiares que apoyen la labor de cuidado al interior y fuera de los hogares y que propugnen la convivencia en un clima de respeto de los derechos de las PAM. La distribución geográfica de la población adulta mayor coincide con los patrones que se dan para el conjunto de la población peruana.

Según las últimas publicaciones que se han empleado para la aplicación de estrategias en relación al adulto mayor, se detalla que en aspectos de la salud en el Perú se ha hallado una disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población, se irá presentando un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónica y degenerativas, sin que desaparezcan las enfermedades propias de las personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013)

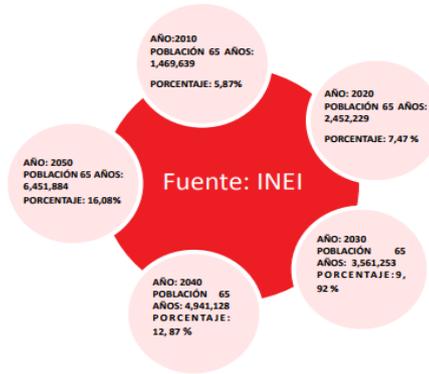


Figura 3. Perú: Proyecciones en crecimiento poblacional del adulto mayor

Fuente: INEI 2011

La organización mundial de la salud en el año 2015 publica el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, en el que se da a conocer diversos aspectos relacionados al tema como son:

1. Envejecimiento.
2. Esperanza de Vida.
3. Anciano.
4. Servicios de Salud para Ancianos.
5. Salud Global.
6. Dinámica de Población.
7. Prestación de Atención de Salud

Siendo muy importante para la comprensión de todos ellos el conocer los marcos jurídicos y normativos internacionales sobre el envejecimiento que contiene las Normas internacionales de derechos humanos derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, y derechos sociales, económicos y culturales, como el derecho a la salud, a la seguridad social y a la vivienda. No es

posible privar a una persona de sus derechos humanos en razón de su edad o estado de salud. El artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prohíbe la discriminación fundada en la condición de una persona, y esta prohibición abarca la edad.

Todos estos aspectos están respaldados por instrumentos internacionales de derechos humanos hacen referencia al envejecimiento o a las personas mayores y consagran a las personas mayores que son mujeres, migrantes o personas con discapacidad el derecho a no ser discriminadas; hacen referencia al derecho de las personas mayores a la salud, la seguridad social y un nivel de vida adecuado, y defienden su derecho a no ser objeto de explotación, violencia ni abuso; destacando: El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento aprobado en (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2002), dicho documento sustenta; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores y sus recomendaciones has sido aplicables aun en el año de publicación del informe 2015. Se trata de cuestiones como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores. El Plan hace hincapié en la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido y según señaló **Middleton et al, en el año 2007** el envejecimiento debe ser activo con el propósito de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados.

El artículo sobre el envejecimiento activo: marco político, publicado por (World Development Report 2000/2001), fue dado a conocer por la OMS en el año 2002 definiéndolo como “el proceso

de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Haciéndose hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, para asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. Reconociéndose por parte de la OMS seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico.

A la vez que propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- a) Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;
- b) Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;
- c) Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen;
- d) Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Los problemas y situaciones que deterioran las condiciones de vida de las personas de mayor edad y que les impiden alcanzar una vejez saludable y satisfactoria, son fundamentalmente los siguientes: Hábitos alimenticios poco saludables y problemas nutricionales (ENAH0, 2012). Se señala que no existen programas dirigidos a las necesidades alimenticias específicas de este grupo poblacional. La difusión, información y educación en materia de hábitos alimentarios positivos, el estado nutricional de la persona adulta

mayor depende básicamente de la calidad y cantidad de la dieta alimenticia, así como del estado dentario, nivel fisiológico de la salud bucal y la capacidad para triturar los alimentos. Al existir pérdida de piezas dentarias y malformaciones producidas por la distribución de ellas habrá problemas en la masticación, desbalance en la dieta y por lo tanto una disminución en la biodisponibilidad de nutrientes y también generar disturbios gástricos e intestinales. Lo que contribuye al deterioro del estado nutricional (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013)

A medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT) se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo, incluso en los países en vías de desarrollo. Las enfermedades no transmisibles (ENT), resultan costosas para las personas, las familias y el Estado, sin embargo, muchas de ellas podrían prevenirse o retrasarse con políticas adecuadas de salud que permitan afrontar los riesgos de enfermedades no transmisibles a lo largo de todo el ciclo vital. (OMS, 2015).

El informe del análisis realizado en el país a las PAM por parte del Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables refiere que la oferta, en el sistema de asistencia médica, no obstante, el incremento en los últimos años de la infraestructura y atención hospitalaria, requiere ser fortalecido en cobertura y calidad, para atender las necesidades de salud específicas de las personas adultas mayores. En el país hay escasez de técnicos y profesionales especializados/as en las áreas de gerontología y geriatría de los establecimientos de salud, los pocos recursos especializados están concentrados en Lima y en unas pocas ciudades. Asimismo, la oferta de servicios públicos que ofrecen programas regulares de actividades psicofísicas (gimnasia, tai chi, danza, biodanza) que contribuyen a mejorar y/o mantener la salud física y mental de las PAM, es aún escasa. Asimismo, no se aborda de manera efectiva

el problema de la negativa de una gran proporción de los varones adultos mayores a participar en este tipo de actividades, lo cual requiere trabajar en el cambio de actitudes para superar creencias machistas que los condicionan a rechazar el cuidado del cuerpo.

El mismo organismo nacional agrega que es por ello necesario definir estrategias que no sólo garanticen la mejora de la calidad de vida de las PAM, sino que también promuevan su participación e inclusión en la sociedad. Los Ingresos y pensiones son reducidos, y hay una baja cobertura del sistema previsional y seguridad social. En el Perú el sistema de pensiones contributivas está conformado por varios regímenes previsionales, en el ámbito público la Oficina de Normalización Previsional administra los regímenes creados por el Decreto Legislativo 19990 y el régimen especial creado por el Decreto Legislativo 20530. Otros regímenes del ámbito público son los conformados por la Caja del Pescador y la Caja de Pensiones Militar Policial. Asimismo, se cuenta con un sistema privado de pensiones que está conformado por empresas administradoras de fondo de pensiones (AFPs), las cuales cobran por dicho servicio a sus afiliados.

Uno de los cambios desde la índole social que ocurren en la vejez es la jubilación. Al hombre jubilado le es más difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de pérdida de lugar. La mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral social y vivencia como un cambio transicional más natural, la pérdida de su status social y su estancia a tiempo completo en el hogar. La jubilación constituye entonces un evento vital a considerar por la familia (Cabanales Flores, 2005)

2.2. 2. Reforma de vida saludable en Adulto mayor

(Preciado Jiménez, Covarrubias Ortiz, & Arias Soto, 2012) en su publicación Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores presentaron una propuesta de trabajo con adultos mayores a partir de un modelo de atención para el cuidado de adultos mayores a partir del método Montessori. El Modelo se utilizó en una casa de cuidado de adultos mayores en el Estado de Colima, gradualmente se fueron modificando las estrategias de atención buscando el desarrollo de habilidades sociales, a partir de actividades lúdico-recreativas, que les permitieron interactuar entre ellos. Se destacó la importancia de la relación cuidador-adulto mayor, y de la necesidad del uso de personal profesional. La aplicación del Modelo sirvió para presentar la propuesta de la creación de una ludoteca para adultos mayores, para que se generen programas sociales; de igual forma a quienes cuidan adultos mayores para que se preparen cada día y puedan brindar un servicio con calidad y calidez, finalmente para los profesionistas quienes tienen una gran oportunidad de generar cambios en la atención de este grupo.

En el Perú, la **Ley 28803** (Ley N° 28803 , 2006) busca garantizar el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad, en aplicación a ella en nuestro país existen diversos programas entre públicos y privados que en la actualidad realizan atención al adulto mayor con el objeto de realizar las reformas en salud de este grupo etario. Entre los que se mencionan:

a.- El “Programa Nacional de Reforma de Vida”, es una estrategia del Seguro Social de Salud (ESSALUD) dirigido principalmente al trabajador activo de las Entidades Empleadoras, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, a través de un diagnóstico precoz y oportuno del Síndrome Metabólico Pre mórbido (SMP). La intervención es un nuevo paradigma de intervención, se realiza en el propio campo de labores de los trabajadores. Se orienta a cuidar la salud y no sólo a recuperarlos de la enfermedad, por ello se orienta al empoderamiento en los estilos de vida saludable; modo mediante el cual EsSALUD reafirma su compromiso con cada uno de sus asegurados. Según explicó la doctora Villar, (EsSalud, 2007) (**Essalud, 2013**) el Programa de Reforma de Vida Renovada reposa en tres pilares de intervención: Alimentación celeste o la relación del ser humano con la naturaleza; Alimentación terrestre o la relación con una alimentación saludable; y Alimentación humana o la relación entre seres humanos. El primer pilar busca enseñar a las personas a descubrir su proyecto de vida, a respirar con actividad psicofísica mediante la práctica de yoga, tai chi, caminatas y ejercicio físico, indicó que la alimentación terrestre está referida al consumo de alimentos nutritivos y saludables y a la enseñanza del buen comer, esto es, disfrutar la comida comiendo lenta y

pausadamente; además beber dos litros de agua como mínimo y mantener una higiene física, mental y espiritual.

En la actualidad, el Programa Reforma de Vida, ha logrado intervenir a un gran número de empresas a nivel nacional por lo tanto un mayor número de asegurados controlados.

Para la realización de todas sus actividades el EsSalud cuenta con personal capacitado y motivado, así como con las directrices para la ejecución de cada uno de los proyectos y programas que emplean teniendo como base los comités técnicos en cada uno de los lugares en donde se ejecutan.

Estos comités tienen como funciones: Planificación, organización, implementación, difusión, monitoreo y evaluación de la intervención integral en la Red Asistencial. Dirección de Gestión de la Calidad y Comunidad-GMC-GCPS Se reportan 21 comités activos; las redes asistenciales: Almenara, Amazonas, Ica, Madre de Dios, Huánuco, Ucayali, Tumbes y Lambayeque, no cuentan con comités. La mayor parte del personal ejecutor de las funciones es profesional de enfermería (133 enfermeras).

b.- El Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017, basado en cuatro políticas esenciales, con el fin de promover para este sector de la población una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional por el envejecimiento activo y saludable. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013)

El Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP), la Dirección general de la familia y la comunidad, Dirección de personas adultas mayores (DIPAM) ejecutan el Plan nacional para las personas adultas mayores (PAM 2013-2017, el mismo que viene desarrollando como intervención pública y según indicó el artículo publicado por este organismo nacional para el diseño de las intervenciones públicas del Trimestre de 2012 la población de PAM en el país presenta determinadas características que tienen que ser consideradas como son; que:

Hay una importante proporción de hogares que albergan a PAM: 39%. Y que ello reside en diferentes tipos de hogar, un 36,4%) los hogares de tipo nuclear y 36,8 % en hogares de tipo extendido; y que el 15,8% de hogares con PAM son unipersonales, lo que puede ser indicativo de situaciones de abandono y soledad

Presentan problemas en su estado nutricional; más de una cuarta parte de los hogares (28,6%) tienen al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico. Tan sólo el 20,1% de hogares donde al menos uno de sus miembros es una persona adulta mayor, están participando de algún programa alimentario, tales como comedor popular, canasta familiar (PANFAR), entre otros.

La tasa de pobreza en las PAM, según INEI, en promedio es de 30%, con una incidencia de 54% en zonas rurales y aproximadamente de 15% en zonas urbanas. (INEI, 2011) más de una cuarta parte de las personas de 65 a más años son analfabetas (27,42%).

El analfabetismo de las PAM en las zonas rurales es un problema grave: un 55.9 % de ellas no saben leer y escribir. De las personas analfabetas rurales, el 69% son mujeres (INEI, 2011). El INEI 2011 al presentar los resultados de indicadores de pobreza según edad refiere que; el 21,1% de las PAM no han alcanzado ningún nivel de educación o sólo estudiaron el nivel inicial; un 45,3% de las PAM han estudiado por lo menos un año de educación primaria.

Las PAM constituyen un sector de alta demanda potencial de servicios de atención de salud: Un 73,2% de ella presentó algún problema de salud (ENAHO, 2012). Sin embargo, sólo el 25,7% ha acudido en busca de atención a establecimientos de salud públicos, el 10,4% a servicios de salud privados, el 11,8 % a otro tipo de servicios y un importante 52,1% de este grupo poblacional no buscó atención. Las razones expresadas por las PAM para no acudir a los servicios de salud proveen elementos para mejorar los mecanismos de accesibilidad a estos servicios: Un 59,7% dijo que no buscó atención a problemas de salud porque no fue necesario o porque usó remedios caseros. El 21,7% señaló que el servicio de salud queda lejos/falta de confianza/demora en atender y el 18,5% indica como causa la falta de dinero; finalmente el 25,4% expresa otro motivo (no tiene seguro, falta de tiempo, maltrato del personal de salud).

La mayor parte de los PAM no está cubierta por algún sistema de aseguramiento de salud una pequeña proporción PAM es atendida por el Seguro integral de salud (SIS) y es para aspectos básicos y no cubre las necesidades especiales de las PAM, la pensión de jubilación, la ONP reporta que a setiembre de 2011 hay 487, 809 PAM que están siendo beneficiadas. Asimismo, el Programa Nacional Pensión 65 que entrega subvención monetaria a personas de 65 a más años no cobertura a cabalidad a los PAM.

La Matriz del PLANPAM 2013 – 2017 manejó las siguientes partes: Lineamiento de política, objetivo estratégico, acciones estratégicas, resultados, descripción, línea de base indicadores, metas del periodo 2013 – 2017 y responsables,

Los lineamientos de política usados:

- 1: Envejecimiento Saludable.
- 2: Empleo, Previsión y Seguridad Social
- 3: Participación e Integración Social.
- 4: Educación, Conciencia y Cultura sobre el Envejecimiento y la Vejez.

Cuatro objetivos estratégicos del PLANPAM 2013-2017:

Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.

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.

Incrementar los niveles de participación social y política de las personas adultas mayores de manera que la sociedad los integre como agentes.

Elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor, promover una imagen positiva del envejecimiento y la vejez e incrementar en la sociedad el reconocimiento hacia los valores y experiencia de vida de las personas adultas mayores.

Se incluyen además 23 acciones estratégicas, 83 indicadores y 9 metas emblemáticas

Las metas emblemáticas bajo las cuales ya se han iniciado acciones son las siguientes:

97% de la población adulta mayor contará con DNI.

48,000 personas adultas mayores (PAM) serán alfabetizadas.

72% de personas adultas mayores (PAM) contarán con Seguro de Salud.

66% de personas adultas mayores (PAM) de 65 años contará con una pensión o transferencia monetaria.

7% de tasa de pobreza extrema en las personas adultas mayores.

5% de brecha de pobreza en los hogares con personas adultas mayores.

150,000 personas adultas mayores (PAM) participarán en los CIAM.

Actualmente con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos y metas del plan nacional de personas adultas mayores, con el apoyo de la Comisión Multisectorial, se realizan los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación, se sustenta en evidencias, que permitirán generar información confiable y útil para la toma de decisiones y el logro de resultados propuestos con el fin de detectar a tiempo los problemas y adoptar las medidas oportunas. El sistema se está alimentando con información proveniente de los sectores, gobiernos regionales y locales y entidades responsables del cumplimiento del plan, se están desarrollando mecanismos, y se elaborarán los instrumentos y herramientas pertinentes para la medición de los indicadores, y se elaborarán los informes técnicos de los resultados del cumplimiento de los objetivos y metas del plan los cuales se han basado en la matriz elaborada para dicho fin.

Los programas de aplicación en reformas de vida saludable en diferentes lugares del país son el programa nacional Vida Digna que asiste adultos mayores en situación de calle y abandono, así como diferentes programas sociales y se desarrollan acciones para enfrentar el maltrato en este grupo poblacional.

2.3 Definición de términos básicos

- **Integralidad:** Compreendida como la atención de salud que da cuenta de las diferentes dimensiones de la condición humana Biológica, Psicológica y Social, y de las múltiples relaciones sociales que inciden en los procesos de salud y enfermedad.
- **Atención Integral:** Conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a las personas, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.
- **Necesidad:** Es el impulso irresistible en cuya virtud obran las causas precisas infaliblemente en determinado sentido.

Según **Aristóteles**, el concepto de necesidad tiene los siguientes sentidos: la necesidad resulta de la coacción, la necesidad es la condición del bien; es necesario lo que no puede ser de otro modo y lo que, por consiguiente, existe solamente de un modo.

Maslow, propuso la clasificación de las necesidades mediante una pirámide de cinco pisos, en el cual sintetiza las necesidades del ser humano.

- **Necesidad de Salud:** Conjunto de requerimientos de carácter biológico, fisiológico, social y ambiental, que tienen las personas, familias y comunidades para mantener, recuperar y manejar su salud, y así alcanzar una condición saludable deseable. Las necesidades se establecen comparando la situación de salud deseada con la situación actual.
- **Sedentarismo.** Se define generalmente como la "falta de actividad física o inactividad física". Con esta definición se describe más bien una conducta o un estilo de vida.
- **Necesidades Fisiológicas:** Son las necesidades desde la concepción hasta la muerte. El paciente ingresa al hospital para someterse a una serie de diagnósticos y recibir terapéuticas destinadas a recuperar su salud, mediante la toma de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, terapias

curativas o rehabilitadoras que tienden a recomponer su salud. El paciente necesita de un ambiente cálido e higiénico y que el tiempo de espera sea razonable; también necesita una alimentación adecuada; y lo fundamental, que haya una confidencialidad relacionado con lo personal y su estado de salud.

- **Necesidades de Seguridad:** Tener la certeza de tranquilidad. La principal forma de seguridad, es representada por las estructuras hospitalarias y la presencia de los recursos humanos (personal de salud) que trabajan en ellos para el bien de los enfermos. Entre las condiciones importantes para favorecer la seguridad, se incluye una relación de confianza entre el paciente con el personal de salud y un ambiente que promueve la dignidad humana; ya que al disminuir estas condiciones aumenta el miedo y angustia que agudiza las relaciones y los problemas existentes.
- **Necesidades Afectivas y de Protección:** En estas necesidades, el paciente espera del personal de salud la necesidad de solidaridad y de proximidad; que sientan que al ingresar a un hospital no se encuentran solo, sino que lleva consigo el pensamiento y la compañía de las personas a los que está vinculado y de los que depende mostrando afecto y humanidad.
- **Necesidades de Estima:** Sentirnos reconocidos, apreciados y afirmados en el ámbito familia, académico, social o profesional. El paciente tiene la necesidad de ser tratado como persona y no como objeto de ciencia, si al paciente se le trata con respeto y amabilidad; vamos a ser que crezca su estima personal y colabore de manera eficaz en el proceso de curación.

2.4 Hipótesis de investigación

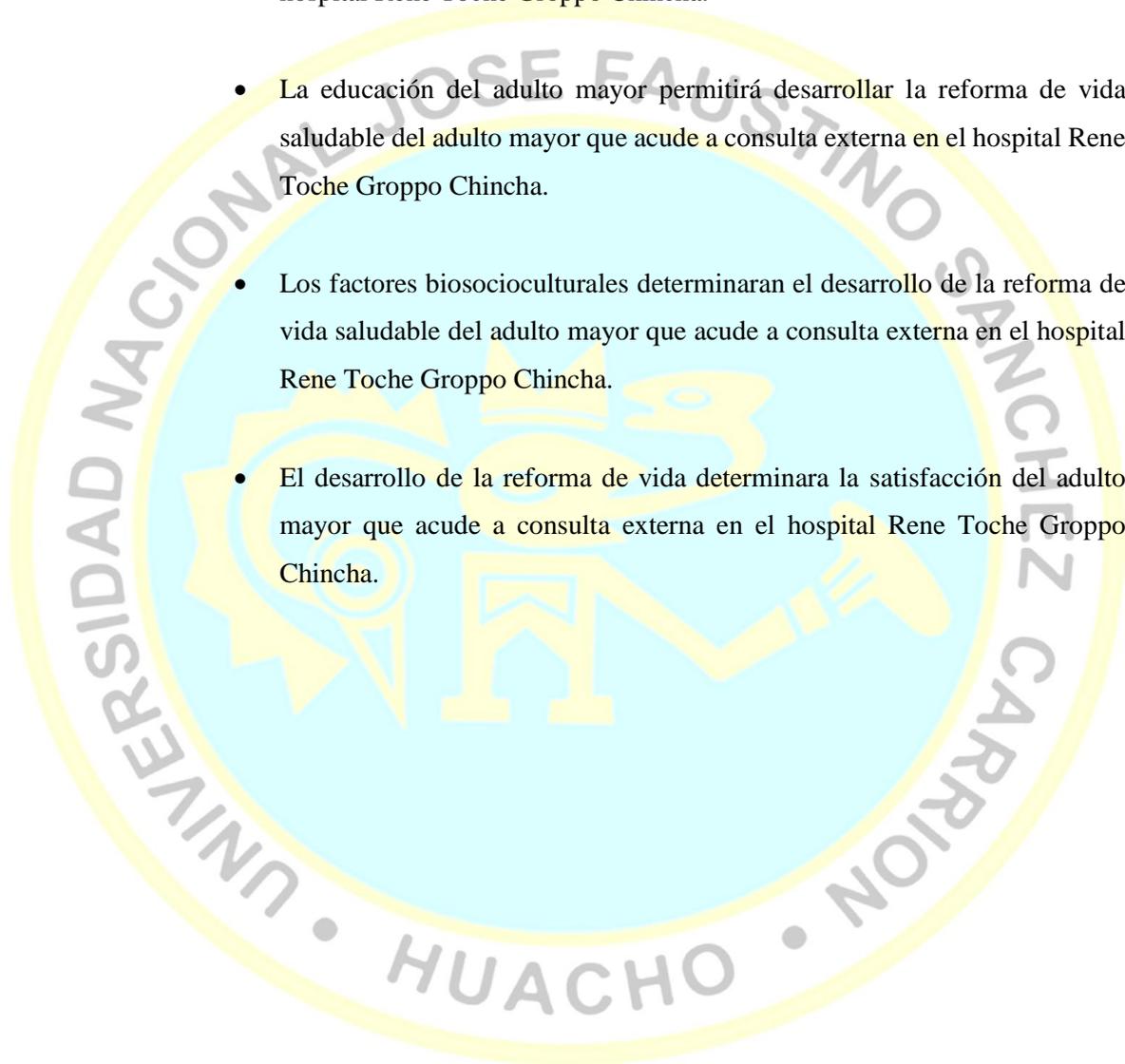
2.4.1 Hipótesis general

Ho: La reforma de vida saludable influye en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.

H1: La reforma de vida saludable no influye en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.

2.4.2 Hipótesis específicas

- La Identificación de los conocimientos del adulto mayor lograra la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.
- La educación del adulto mayor permitirá desarrollar la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.
- Los factores biosocioculturales determinaran el desarrollo de la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.
- El desarrollo de la reforma de vida determinara la satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.



2.5 Operacionalización de las variables

Variable Independiente: Reforma de vida saludable

Variable Dependiente: Influencia en la salud del adulto mayor

TITULO: “Reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES
Variable Independiente: Reforma de vida saludable	Desarrollo de técnicas y métodos y procedimientos sanitarios, para el fortalecimiento de sistemas y servicios en las instituciones de salud.	<input type="checkbox"/> Desarrollo de actividades cognitivas en la persona <input type="checkbox"/> Social (Estilos de vida)	<input type="checkbox"/> Aprendizaje, memoria <input type="checkbox"/> Rehabilitación	Cambio en Valores Porcentuales
Variable Dependiente: Influencia en la salud del adulto mayor	Procedimientos utilizados para lograr un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades en el adulto mayor	<input type="checkbox"/> Factor cultural <input type="checkbox"/> Factor biológico	<input type="checkbox"/> Nivel de conocimientos <input type="checkbox"/> Comportamiento del adulto	Excelente Muy bueno Bueno Malo Regular Muy malo

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

El tipo de estudio a realizar cuasi experimental pre y post test .

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población del presente trabajo de investigación estará dada por **120** pacientes mayores de 63 años que acudan a consulta externa en el Hospital Rene Toche Groppo – Chincha”

3.2.2 Muestra

La muestra es calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza= 95%

P= Variabilidad positiva (0.5)

q= Variabilidad negativa (0.5)

E= Error o precisión= 5%

N= Tamaño de la población= 120 pacientes

La población muestral, fue de 82 pacientes

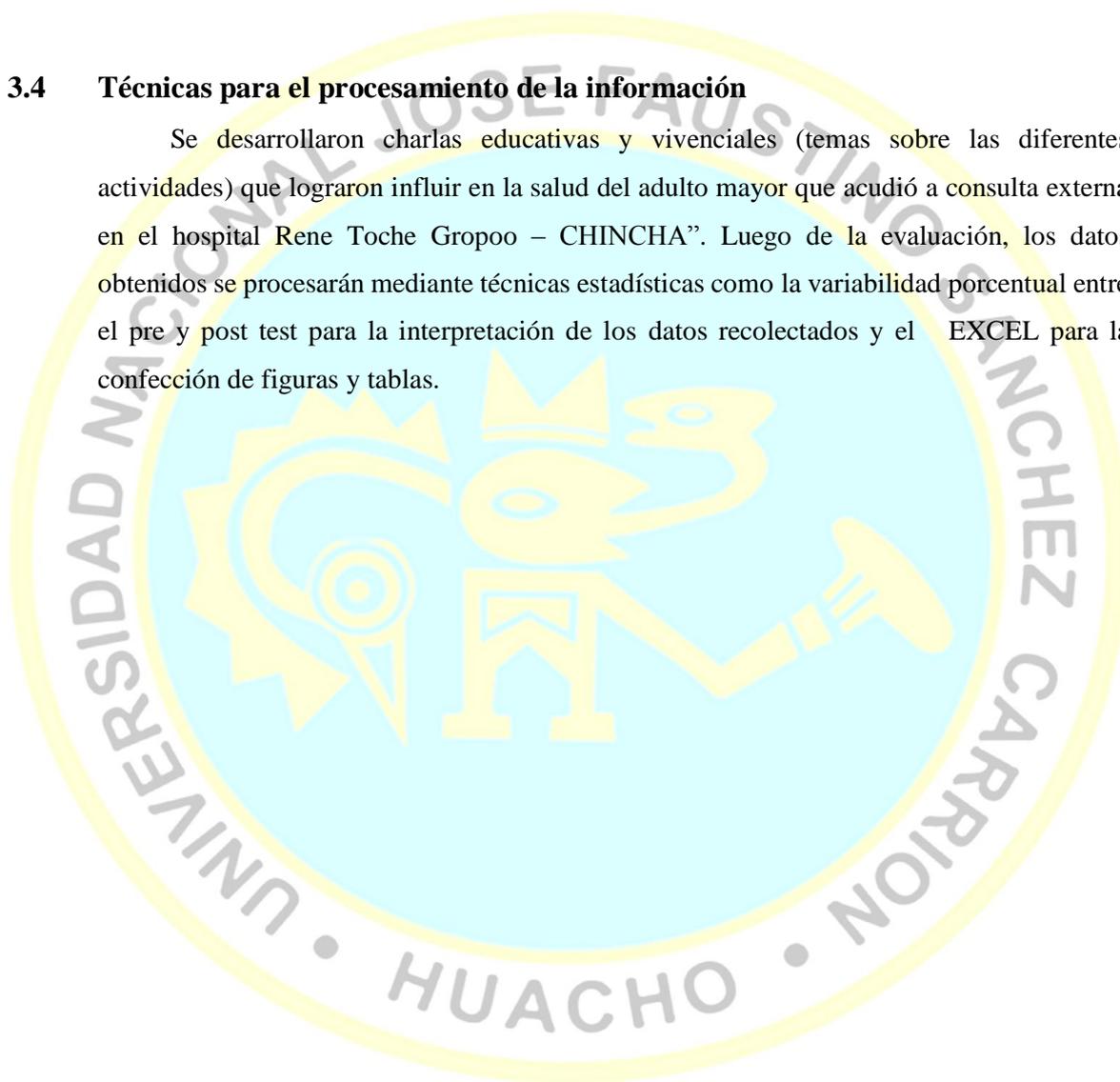
La validez de los instrumentos de investigación estuvo dada por el 10% de la muestra poblacional (9) encuestas que se aplicaron a profesionales especialistas en el tema de investigación.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Encuestas dirigidas al paciente (adulto mayor) para evaluar la problemática y desarrollo de actividades que guardan relación y observar la influencia en el mantenimiento y/o mejora de la salud de dichos pacientes. El desarrollo de la investigación se muestra a través de los datos obtenidos antes de aplicar el programa y luego de su aplicación para determinar el resultado.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Se desarrollaron charlas educativas y vivenciales (temas sobre las diferentes actividades) que lograron influir en la salud del adulto mayor que acudió a consulta externa en el hospital Rene Toche Gropoo – CHINCHA”. Luego de la evaluación, los datos obtenidos se procesarán mediante técnicas estadísticas como la variabilidad porcentual entre el pre y post test para la interpretación de los datos recolectados y el EXCEL para la confección de figuras y tablas.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

4.1.1. En relación al indicador “Contacto con los familiares”

Este indicador muestra si las personas evaluadas visitan o son visitadas por sus familiares, lo cual incide directamente en su estado de ánimo y a la vez es muestra de su predisposición a socializar y no aislarse de sus familiares. Se obtuvieron los siguientes resultados:



Figura: 4 . Frecuencia del indicador Contacto con los familiares en la toma Pre-test

Elaboración propia

En la figura se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, En la toma Pre-test, la mayoría de los encuestados no tiene contacto con sus familiares, ello obedece tanto a decisión propia como por abandono de los mismos, habiéndose obtenido fue 68,29% de encuestados tienen contacto con sus familiares y un 31,71% no lo hacen.

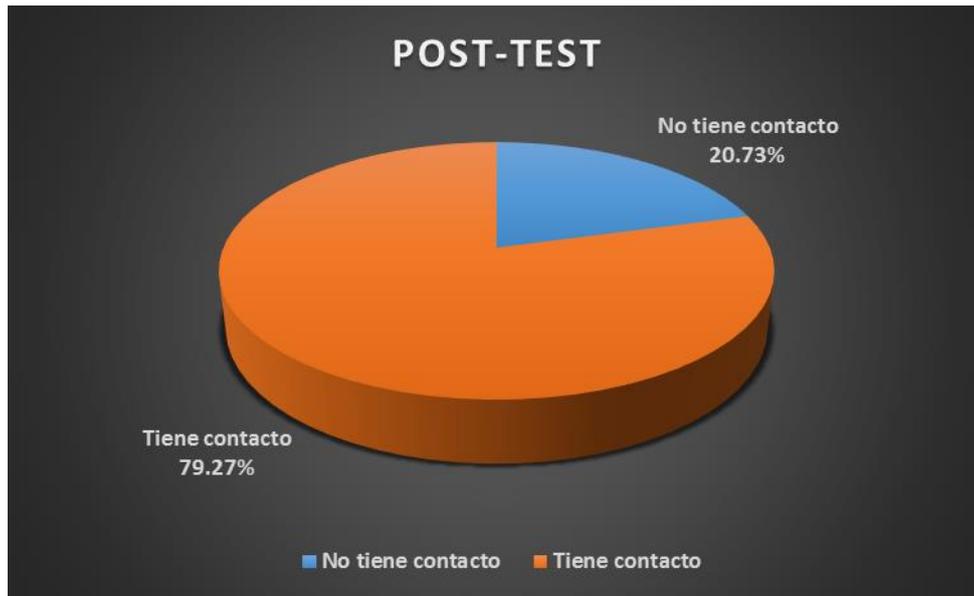


Figura: 5. Frecuencia del indicador Contacto con los familiares en la toma Post-test

Elaboración propia

En la figura se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, en la toma Post-test no tiene contacto con sus familiares el 20,73% y si lo tienen el 79,27%

Tabla 1. Variación del indicador Contacto con los familiares en la toma pre y post test

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
No tiene contacto	26	17	-9	-10,98%
Tiene contacto	56	65	9	10,98%

Elaboración propia

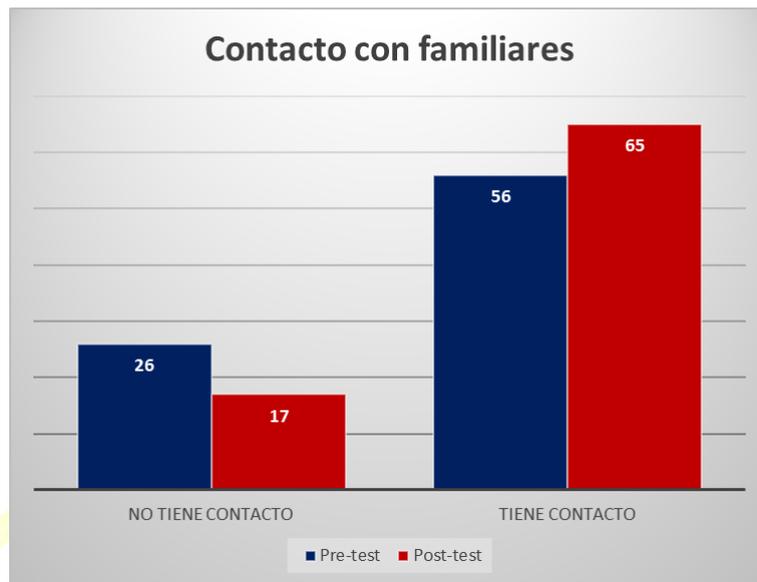


Figura: 6. Número de pacientes que tienen Contacto con los familiares en la toma Pre y Post test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anterior se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable, se ha obtenido un aumento del 10,98% de personas en relación al total de la muestra que tienen contacto con sus familiares, ello significa un cambio de actitud luego del desarrollo del programa, así como un cambio en el ánimo y estilo de vida de los encuestados.

4.1.2. En relación al indicador “Frecuencia de resentimiento con familiares”

Este indicador muestra si las personas evaluadas guardan algún rencor o recuerdan periódicamente ofensas realizadas por familiares, lo cual les ocasiona depresión e ira. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla: 2 . Número de pacientes que guardan resentimiento con familiares en la toma Pre-test.

	SUBTOTAL
SI	8
NO	33
RARA VEZ	41

Elaboración propia

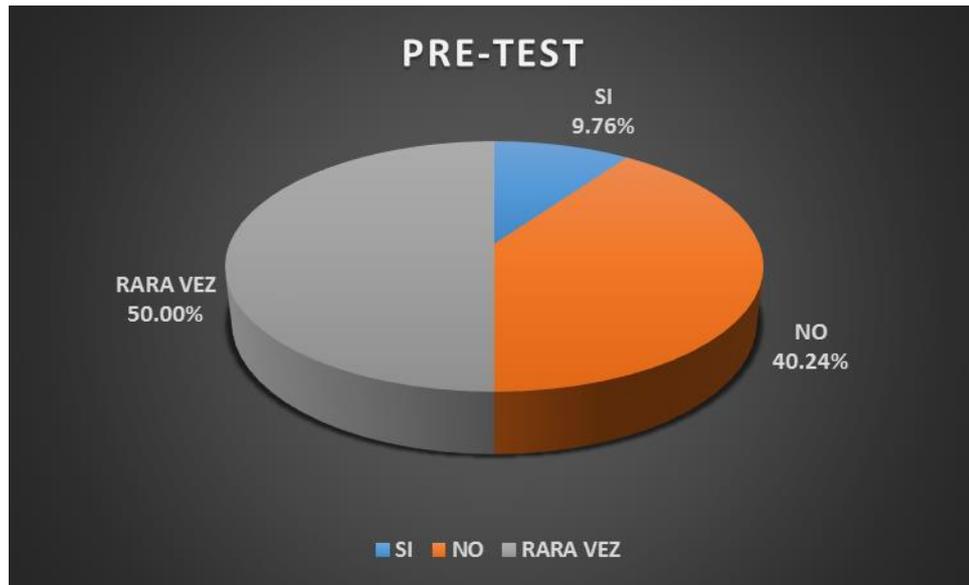


Figura 1. Frecuencia del Indicador resentimiento con familiares en la toma Pre-test

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, una gran mayoría de los encuestados mantiene resentimiento con sus familiares resultando el 9,76 % de la muestra, además de un 50 % mantiene dicho resentimiento, pero de manera esporádica, es decir, solo cuando recuerda un hecho concreto, y el 40,24% manifiesta no tener resentimiento contra familiares.

Tabla: 3. Número de pacientes que guardan resentimiento con familiares en la toma Post-test.

	SUBTOTAL
SI	8
NO	37
RARA VEZ	37

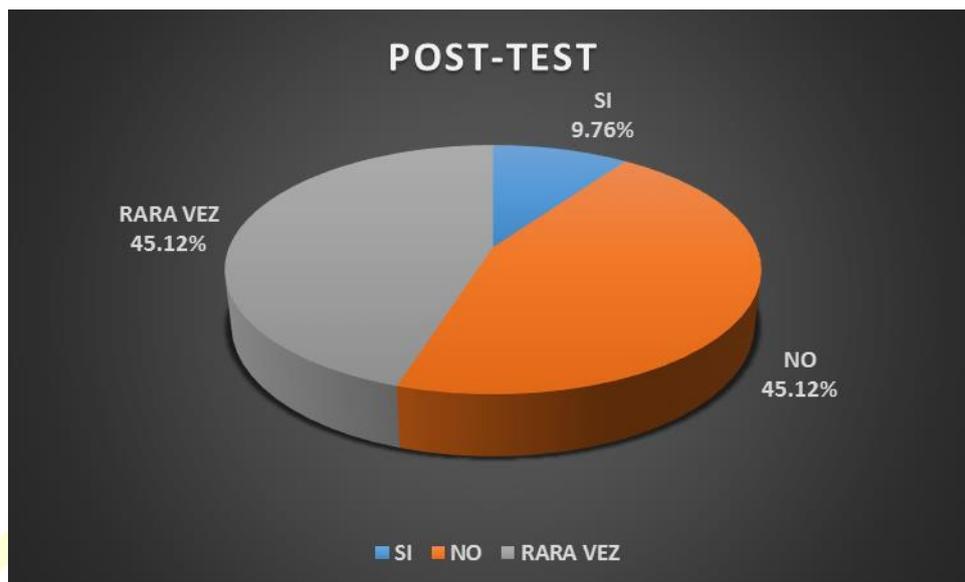


Figura: 8. Frecuencia del Indicador resentimiento con familiares en la toma Post-test

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test una disminución de encuestados que mantiene algún resentimiento contra familiares, en la que el 9,76% de encuestados tiene resentimiento con familiares, contra un 45,12% que no lo hace y un 45,12% que lo mantiene de forma esporádica.

Tabla: 4. Variación del Indicador Resentimiento con familiares en la toma pre y post test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	8	8	0	0.00%
NO	33	37	4	4.88%
RARA VEZ	41	37	-4	-4.88%

Elaboración propia

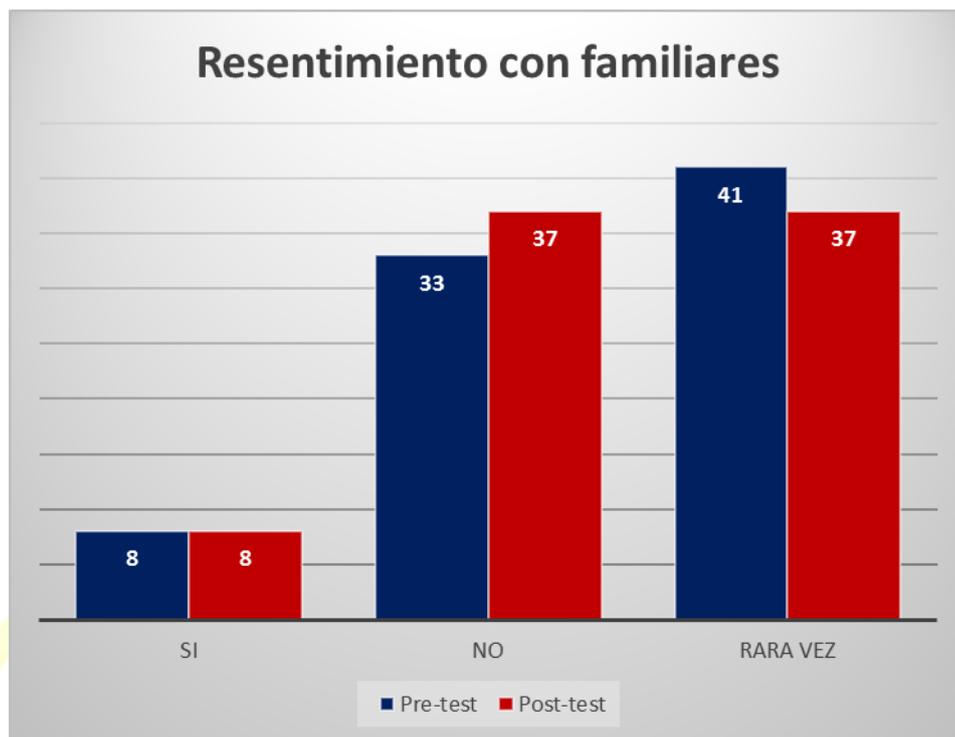


Figura: 9. Número de pacientes que tienen Resentimiento con familiares en la toma Pre y Post test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 4,88% de personas en relación al total de la muestra que no mantienen resentimiento contra sus familiares, ello significa un cambio de actitud luego del desarrollo del programa.

4.1.3. En relación al indicador “Frecuencia de resentimiento con amigos”

Este indicador muestra si las personas evaluadas guardan algún rencor o recuerdan periódicamente ofensas realizadas por anteriores amigos, lo cual les ocasiona depresión e ira. Se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 5. Número de pacientes que guardan resentimiento con amigos en la toma Pre-test.

	SUBTOTAL
SI	6
NO	58
RARA VEZ	18

Elaboración propia

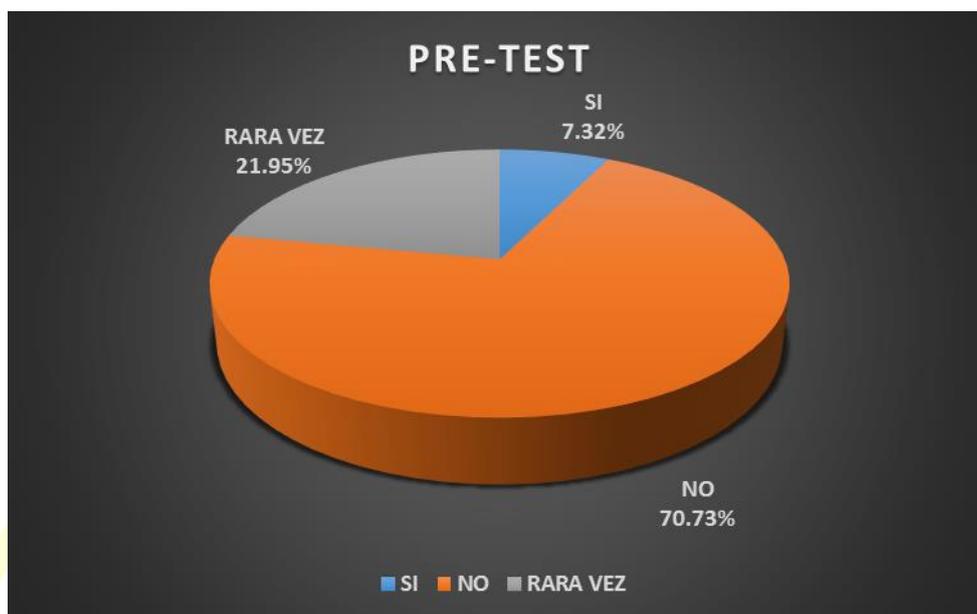


Figura: 10. Frecuencia del Indicador resentimiento con amigos en la toma Pre-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, una gran minoría de los encuestados mantiene resentimiento con sus amigos resultando el 7,32 % de la muestra, además de un 21,95 % mantiene dicho resentimiento pero de manera esporádica, es decir, solo cuando recuerda un hecho concreto, y el 70,73% manifiesta no tener resentimiento contra amigos.

Tabla 6. Número de pacientes que guardan resentimiento con amigos en la toma Post-test

	SUBTOTAL
SI	3
NO	67
RARA VEZ	12

Elaboración propia

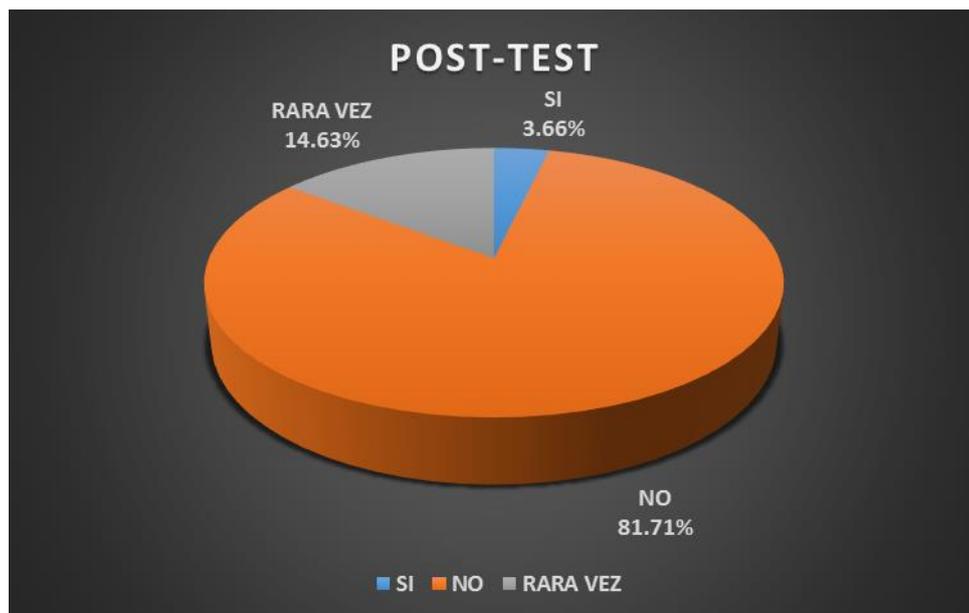


Figura: 11. Frecuencia del indicador resentimiento con amigos en la toma Post-test

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test una disminución de encuestados que mantiene algún resentimiento contra amigos, en la que se muestra que el 3,66% de encuestados lo tiene, contra un 81,71 % que no lo hace y un 14,63% que lo mantiene de forma esporádica.

Tabla 7. Variación del Indicador Frecuencia de resentimiento con amigos en la toma pre y post test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	6	3	-3	-3,66%
NO	58	67	9	10,98%
RARA VEZ	18	12	-6	-7,32%

Elaboración propia

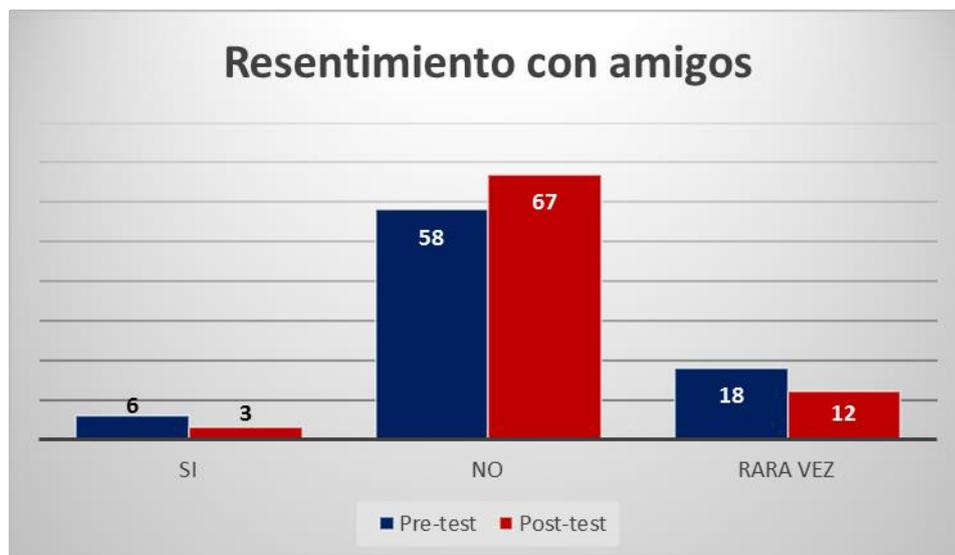


Figura: 12. Número de pacientes que tienen resentimiento con amigos en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 10,98% de personas en relación al total de la muestra que no mantienen resentimiento contra amigos, ello significa un cambio de actitud luego del desarrollo del programa.

4.1.4. En relación al indicador “Frecuencia de capacidad de vestirse sin ayuda”

Este indicador muestra si las personas evaluadas mantienen la capacidad mental y física suficiente para efectuar la acción de vestirse y desvestirse sin ayuda, lo cual es un síntoma de independencia y genera en la persona una cierta satisfacción con sus capacidades que ayuda a mantener un buen ánimo. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 8. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre-test.

	SUBTOTAL
SI	14
NO	52
RARA VEZ	16

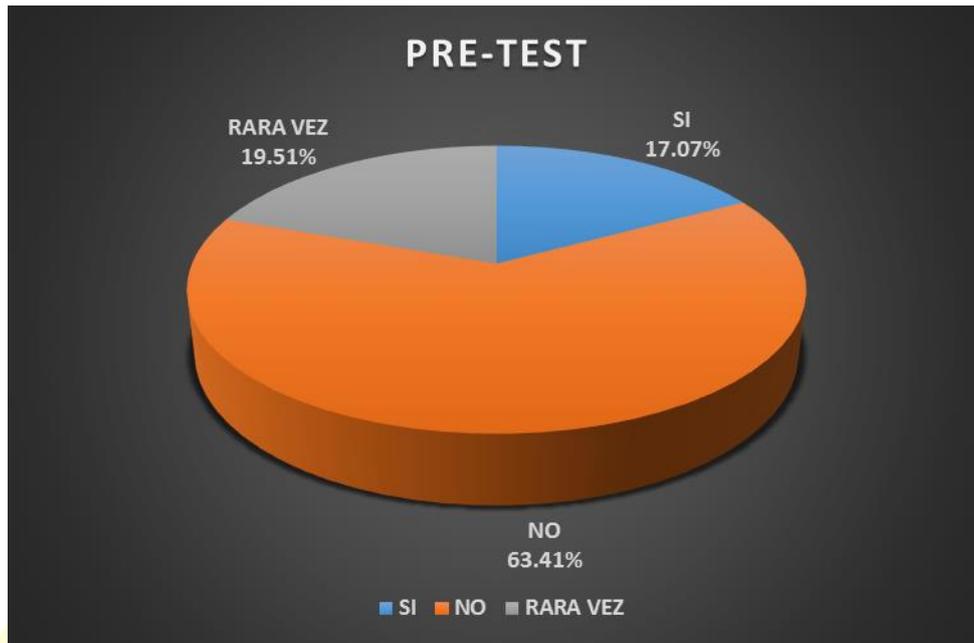


Figura: 13. Frecuencia del indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, un bajo porcentaje mantenía la capacidad de vestirse por sí mismos equivalente al 17,07 % de la muestra, además de un 19,51 % podía hacerlo de manera esporádica, y la gran mayoría el 63,41% manifestó no poder realizarlo.

Tabla 9. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Post-test.

	SUBTOTAL
SI	25
NO	41
RARA VEZ	16

Elaboración propia

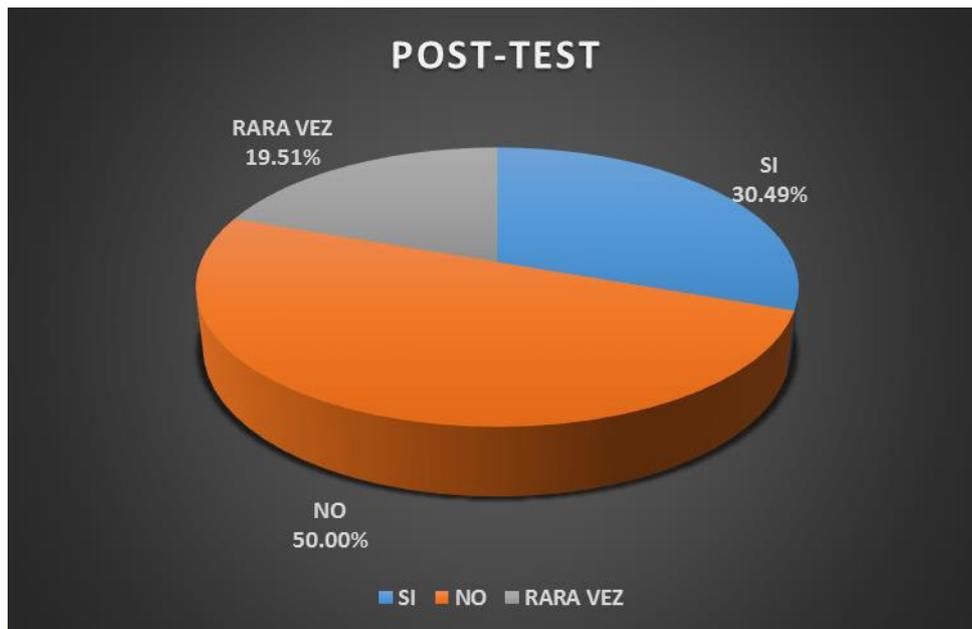


Figura: 14. Frecuencia del indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test una disminución de encuestados que no podía vestirse por sí mismo, en la que se muestra que el 30,49% de encuestados puede hacerlo, contra un 50,00 % que no lo hace y un 19,51% que lo puede hacer de forma esporádica.

Tabla 10. Variación del Indicador capacidad de vestirse sin ayuda en la toma pre y post-test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	14	25	11	13.41%
NO	52	41	-11	-13.41%
RARA VEZ	16	16	0	0.00%

Elaboración propia



Figura: 15. Número de pacientes con capacidad de vestirse sin ayuda en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 13,41% de personas en relación al total de la muestra que no podía vestirse por sí solos en el Pre-test, ello significa un cambio luego del desarrollo del programa.

4.1.5. En relación al indicador “Frecuencia de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades”

Este indicador muestra si las personas evaluadas mantienen la capacidad mental y física suficiente para realizar sus necesidades fisiológicas sin ayuda de otra persona, lo cual le permite cierta independencia y genera en ellos un estado de satisfacción consigo misma. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 11. Número de pacientes con capacidad de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre-test

	SUBTOTAL
SI	52
NO	20
RARA VEZ	10

Elaboración propia

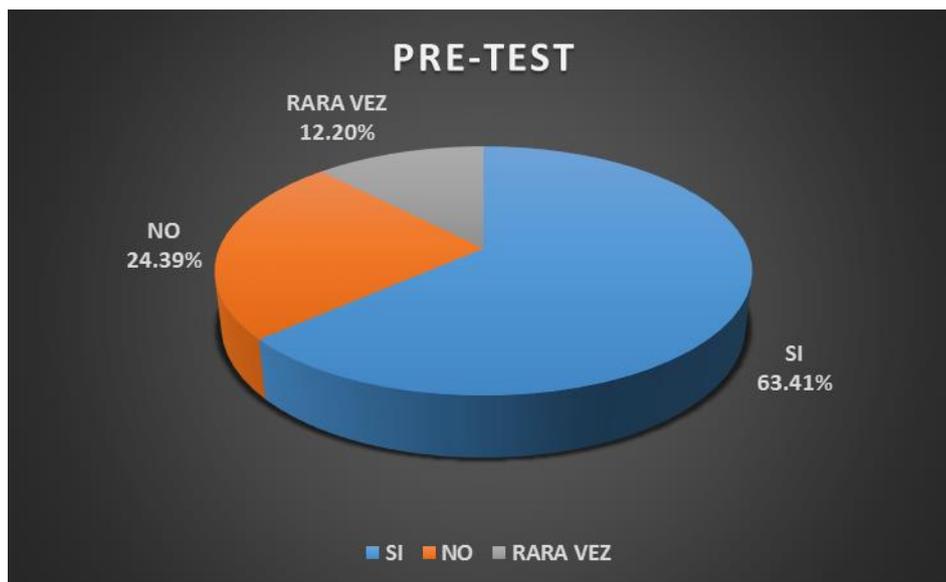


Figura: 16. Frecuencia del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre-test.

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, la mayoría de los encuestados mantiene la capacidad de realizar sus necesidades fisiológicas solos resultando el 63,41 % de la muestra, además de un 12,20 % que manifiesta que rara vez puede hacerlo de manera independiente y un 2,39% manifiesta que no puede realizarlas sin ayuda.

Tabla 12. Número de pacientes con capacidad de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Post-test.

	SUBTOTAL
SI	62
NO	14
RARA VEZ	6

Elaboración propia

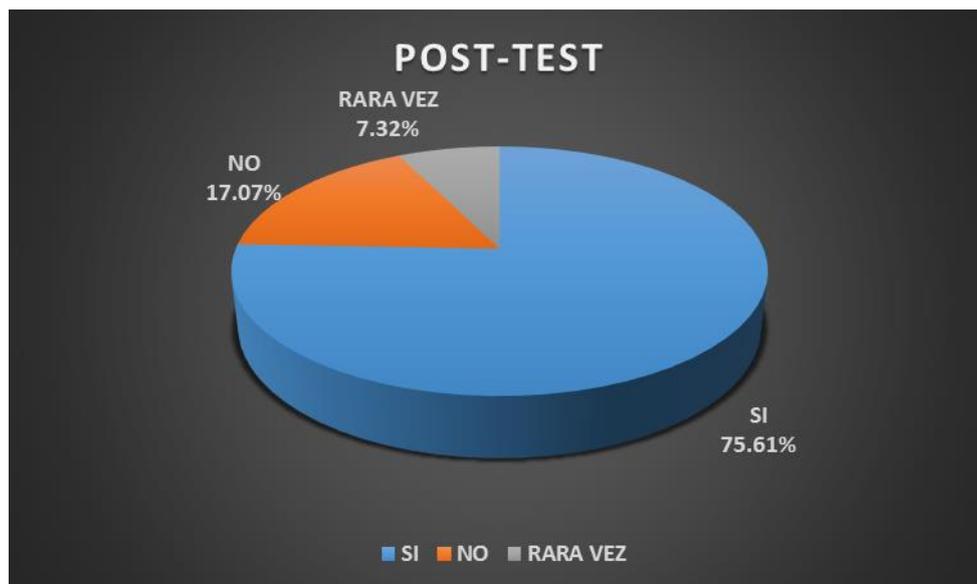


Figura :17. Frecuencia del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test un aumento de encuestados que tienen la capacidad de realizar sus necesidades solos llegando a un 75,61%, contra un 17,07 % que no puede, además de un total de 7,32% que manifiesta que puede realizarlo de manera esporádica.

Tabla 13. Variación del Indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre y Post test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	52	62	10	12,20%
NO	20	14	-6	-7,32%
RARA VEZ	10	6	-4	-4,88%

Elaboración propia



Figura:18. Número de pacientes que pueden valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 12,20% de personas en relación al total de la muestra que luego del programa han pasado a obtener la capacidad de realizar sus necesidades fisiológicas sin ayuda, teniéndose el mayor porcentaje de variación desde las personas que en el pre-test manifestaron no poder hacerlo.

4.1.6. En relación al indicador “Frecuencia de actividad mental”

Este indicador muestra si las personas evaluadas mantienen la capacidad para realizar actividades que fuerzan la utilización de un pensamiento lógico tales como juegos de mesa, lectura, canto, declamación poética, resolución de juegos de palabras, etc. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 14. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre-test.

	SUBTOTAL
SI	30
NO	38
RARA VEZ	14

Elaboración propia

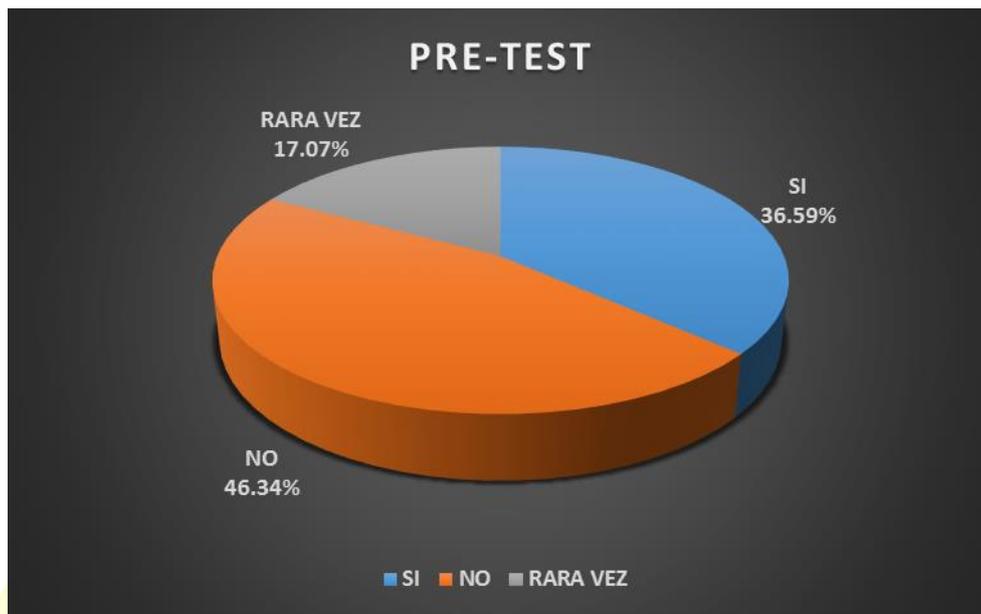


Figura: 19. Frecuencia del Indicador pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se detalla el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, una gran parte de los encuestados realiza actividad mental promedio correspondiente al 36,59 % de la muestra, sin embargo, la mayoría, un 46,34 % no la realiza, un 17,07% de encuestados que manifestaron que rara vez realizaban este tipo de actividad.

Tabla 15. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Post-test

	SUBTOTAL
SI	51
NO	23
RARA VEZ	8

Elaboración propia

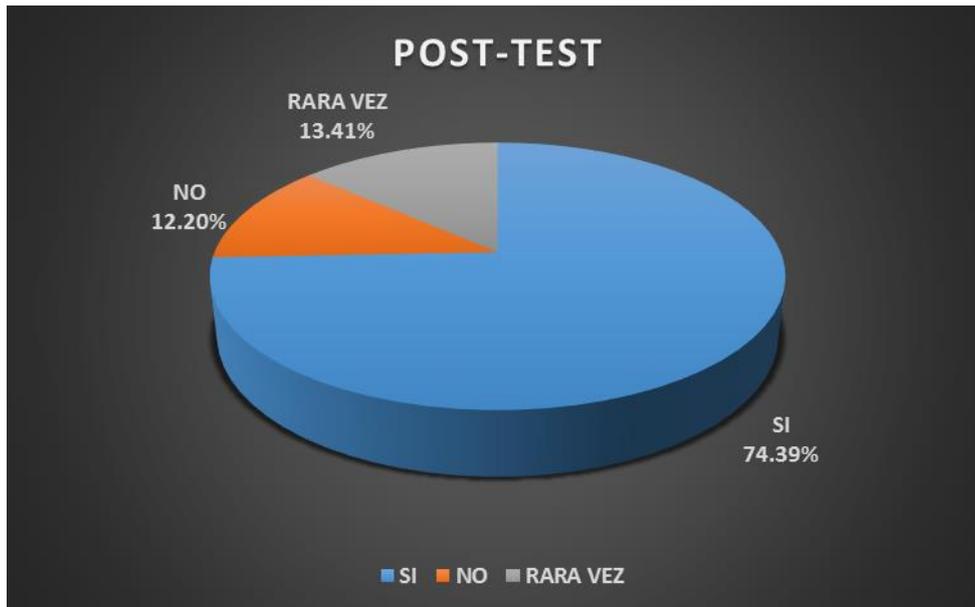


Figura: 20. Frecuencia del indicador pacientes que realizan actividad mental en la toma Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se detallan la frecuencia en porcentaje de los pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test un considerable aumento de encuestados que realiza una actividad mental promedio por un total del 74,39%, un 12,20% que no lo hace y un 12,20% que las realiza de forma esporádica.

Tabla 16. Variación del Indicador Frecuencia de actividad mental en la toma pre y post-test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	30	51	21	25,61%
NO	38	23	-15	-18,29%
RARA VEZ	14	8	-6	-7,32%

Elaboración propia



Figura: 21. Número de pacientes que realizan actividad mental en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 25,61% de personas que pasaron a mantener una actividad mental promedio, ello producto sin duda de la disminución de personas que no lo hacían o la tenían esporádicamente.

4.1.7. En relación al indicador “Frecuencia de actividad física”

Este indicador muestra si las personas evaluadas mantienen la capacidad para realizar actividades físicas tales como caminar, correr, bailar, gimnasia, etc. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 17. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Pre-test

	SUBTOTAL
SI	42
NO	22
RARA VEZ	18

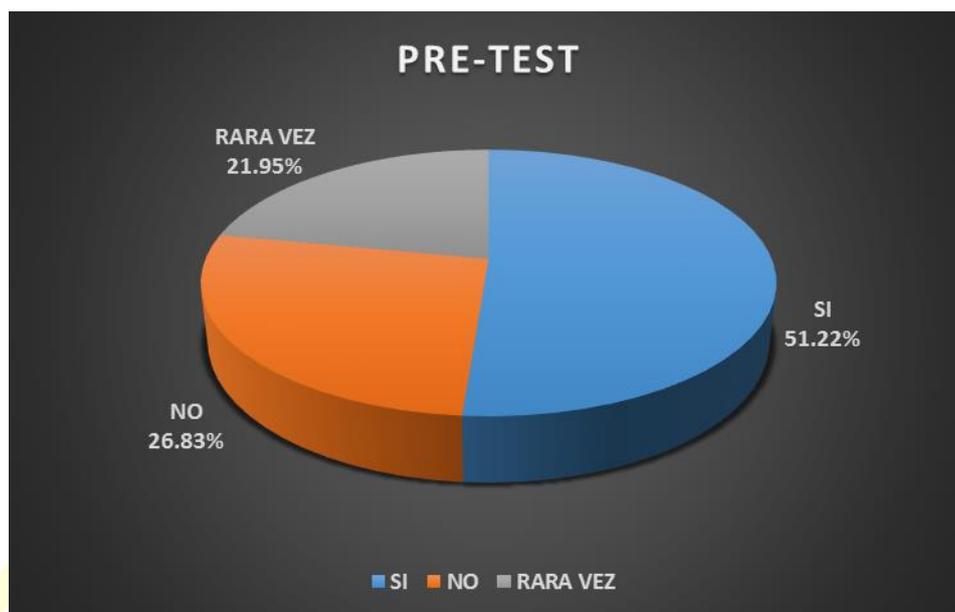


Figura: 22. Frecuencia del indicador actividad física en la toma Pre-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, una gran mayoría de los encuestados mantenía una actividad física promedio, resultando en un 51.22 % de la muestra, además de un 21.95 % que mantenía dicha actividad de forma esporádica junto a un 26.83% que no mantenía dicha actividad física.

Tabla 18. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test

	SUBTOTAL
SI	61
NO	10
RARA VEZ	11

Elaboración propia

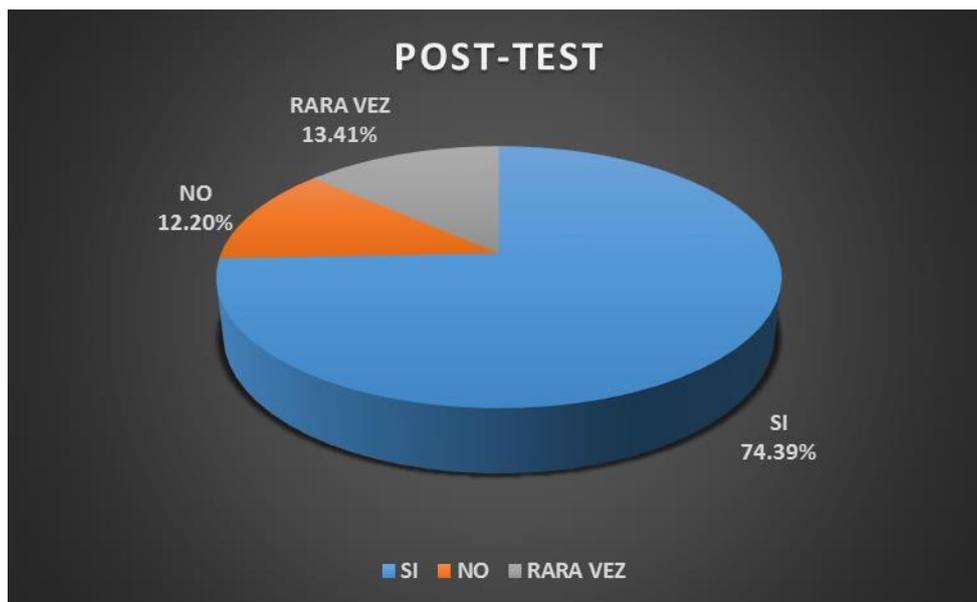


Figura: 23. Frecuencia del indicador pacientes que realizan actividad física en la toma Post-test.

Elaboración propia.

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test un aumento de encuestados que realiza una actividad física promedio, de 74,39%, contra un 12,20 % que no lo hace y un 13,41% que la mantiene de forma esporádica.

Tabla 19. Variación del Indicador Frecuencia de actividad física en la toma Pre y Post-test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	42	61	19	23,17%
NO	22	10	-12	-14,63%
RARA VEZ	18	11	-7	-8,54%

Elaboración propia



Figura: 24. Número de pacientes que realizan actividad física en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 23,17% de encuestados que realizan actividad física promedio, con una disminución de 14,63% de los que no lo realizan y 8,54% de los que la mantenían esporádicamente, ello evidencia un cambio de actitud luego del desarrollo del programa.

4.1.8. En relación al indicador “Frecuencia de paseos en un mes”

Este indicador muestra si las personas evaluadas mantienen la práctica de salir a pasear en el periodo de un mes, actividad que les permite admirar otros paisajes, salir de la rutina y compartir con amigos o familiares dichos paseos, ello es síntoma de una vida no rutinaria. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 20. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Pre-test

	SUBTOTAL
SI	10
NO	61
RARA VEZ	11

Elaboración propia

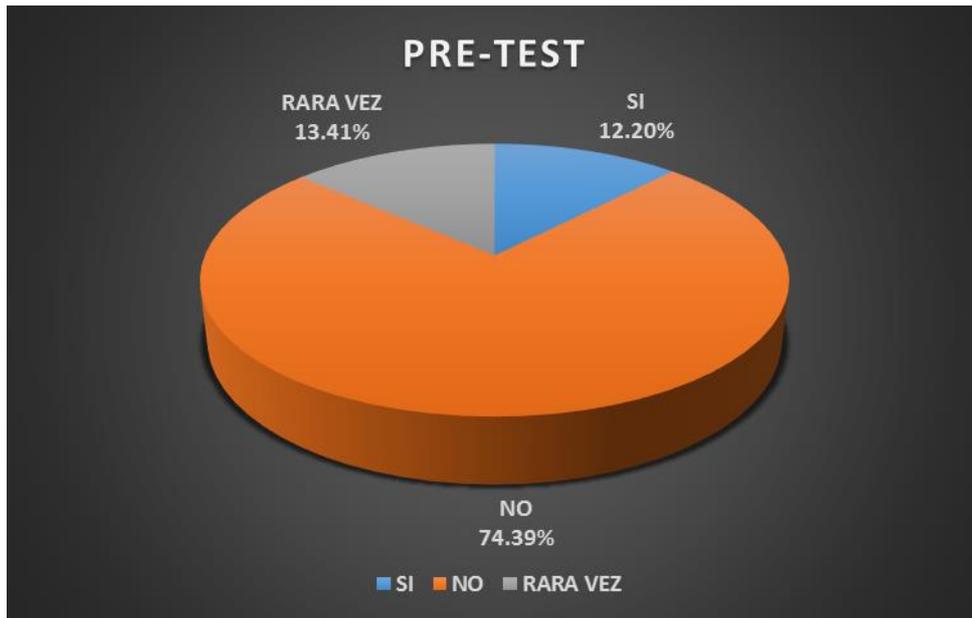


Figura: 25. Frecuencia del Indicador paseos en un mes en la toma Pre-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, una gran mayoría de los encuestados no realiza al menos un paseo recreativo en el mes por un total 74,39 % de la muestra, además de un 13,41 % realiza dichos paseos esporádicamente, y el 12,2. % manifiesta no realizar dichos paseos.

Tabla 21. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Post-test

	SUBTOTAL
SI	29
NO	43
RARA VEZ	10

Elaboración propia

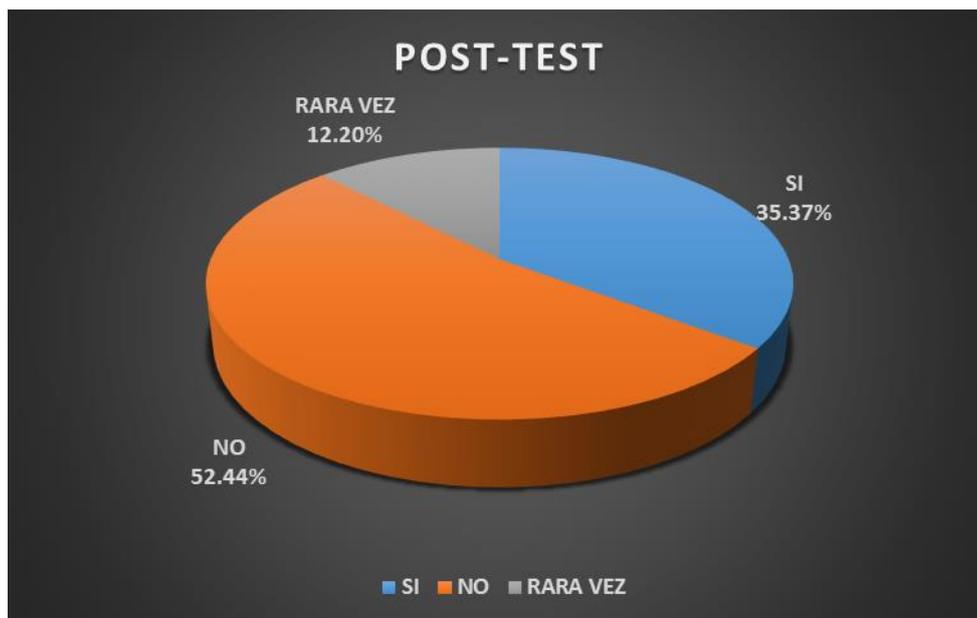


Figura: 26. Frecuencia del Indicador paseos en un mes en la toma Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test una disminución de encuestados que no realizan paseos mensuales hasta un 52,44%, y un crecimiento al 35,37% de encuestados que sí realizan los mismos, restando el 12,20% que los realizan de forma esporádica.

Tabla 22. Variación del Indicador Frecuencia de paseos en un mes en la toma Pre y Post-test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	10	29	19	23,17%
NO	61	43	-18	-21,95%
RARA VEZ	11	10	-1	-1,22%

Elaboración propia

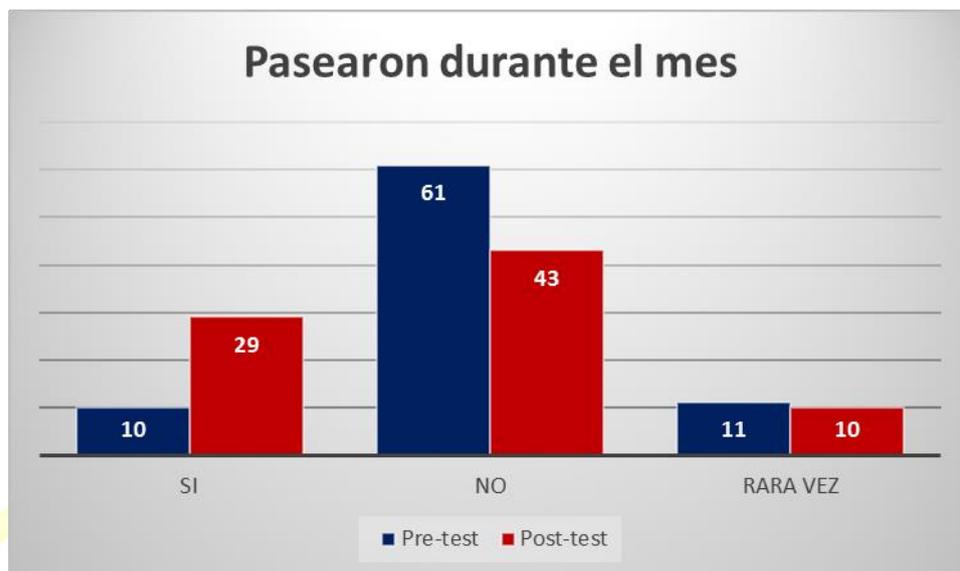


Figura: 27. Número de pacientes que realizan paseos en un mes en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra la variación del acumulado de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento del 23,17% de personas que realizan paseos en el mes, y una disminución del 21,95% de las que no lo hacen.

4.1.9. En relación al indicador “Frecuencia del consumo mínimo de 3 vasos de agua al día”

Este indicador muestra si las personas evaluadas mantienen la costumbre de tomar como mínimo tres vasos de agua al día, dicha costumbre genera que la persona se encuentre debidamente hidratada, lo cual ayuda a mantener en correcto estado todas las funciones corporales. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 23. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre-test.

	SUBTOTAL
SI	35
NO	47

Elaboración propia

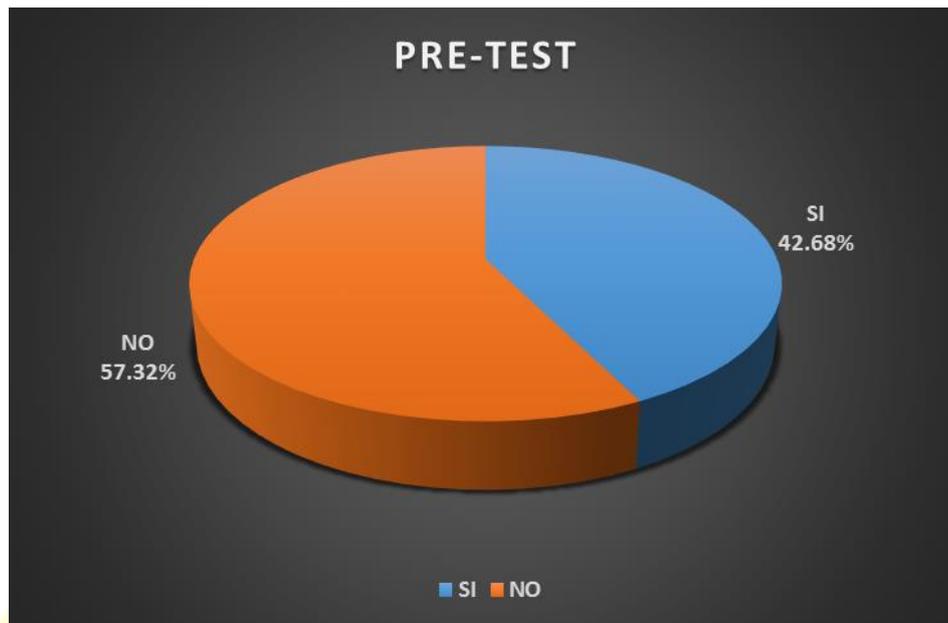


Figura: 28. Frecuencia del indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra que en la toma Pre-test, una mayoría de los encuestados no cumplía con consumir al menos 3 vasos de agua al día, lo cual representa un 57,32% de la muestra, frente al 42,68% que sí lo hacía.

Tabla 24. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Post-test.

	SUBTOTAL
SI	64
NO	18

Elaboración propia

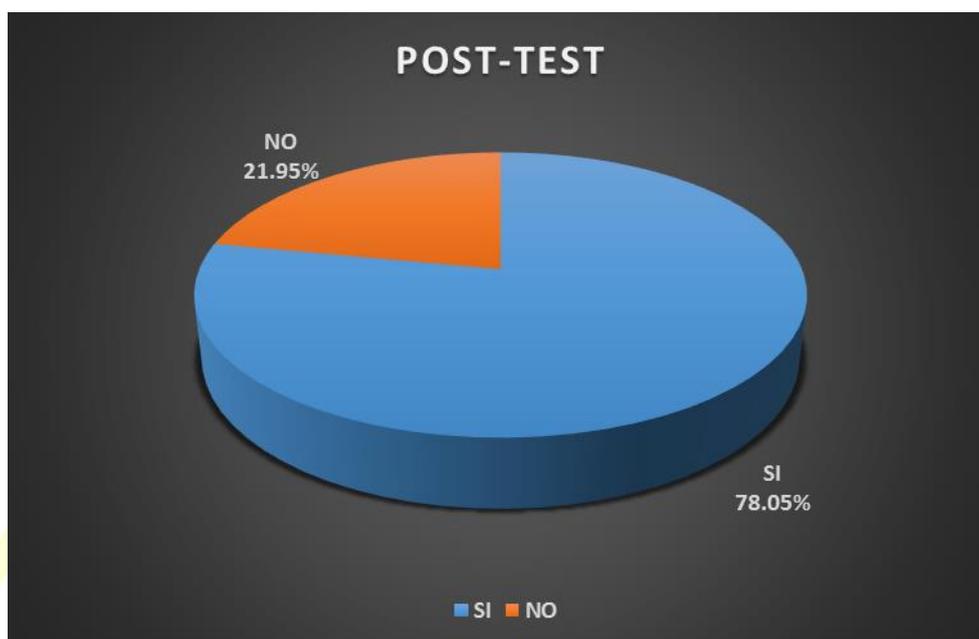


Figura: 29. Frecuencia del Indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Post-test

Elaboración propia

En la tabla y figura anteriores se detalla el resultado obtenido en relación a dicho indicador, el cual muestra en la toma Post-test un gran aumento de encuestados que modificaron el hábito de consumir al menos 3 vasos de agua al día, que representa un 78,05% de la muestra, contra un 21,95% que no lo hace.

Tabla 25. Variación del Indicador consumo mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre y Post test.

	Pre-test	Post-test	Variación	Porcentaje de variación
SI	35	64	29	35,37%
NO	47	18	-29	-35,37%

Elaboración propia

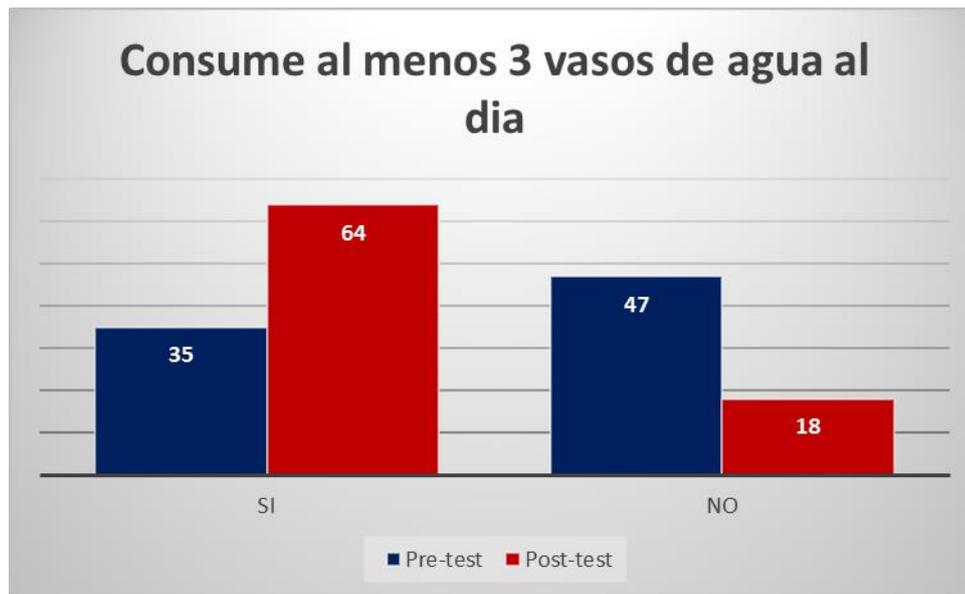


Figura: 30. Número de pacientes que consumen un mínimo de 3 vasos de agua al día en la toma Pre y Post-test.

Elaboración propia

En la tabla y figuras anteriores se muestra la variación del acumulado (numero) de encuestados, comparando los datos obtenidos en el Pre-Test y el Post-Test, en el caso de esta variable se ha obtenido un aumento en el número para el sí mantienen el hábito de consumir al menos 3 vasos de agua al día y se ha disminuido el no.

4.2 Contrastación de hipótesis

El presente trabajo de investigación planteó como hipótesis H1: “La reforma de vida saludable influye en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha.”

A efectos del presente trabajo, se considera que dicha hipótesis puede ser verificada ante el cumplimiento de alguna de las hipótesis específicas, ello debido a que el programa de reforma de vida saludable consta de la identificación de los conocimientos, educación, mejora de los factores biosocioculturales y grado de satisfacción del adulto mayor.

Es así que procederé al contraste de hipótesis de cada una de las hipótesis específicas conforme a la variación del valor de cada uno de los indicadores obtenidos:

Hipótesis específica 1: “La Identificación de los conocimientos del adulto mayor logrará la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el

hospital Rene Toche Groppo Chincha.” La verificación de esta hipótesis se refiere a si el descubrir aspectos de la vida emocional y física de los adultos mayores objeto de estudio fueron conducentes a lograr la denominada reforma de vida saludable, ello es fácilmente verificable al entender que dicho programa de reforma de vida requiere un estudio inicial de la calidad de vida y capacidades físicas y psicológicas de los adultos mayores a tratarse. Es por ello que considero que se ha cumplido esta hipótesis puesto que sin el conocimiento inicial de los indicadores establecidos no es factible medir los resultados posteriores del programa. Dicho conocimiento inicial del adulto mayor está relacionado con todos los indicadores escogidos para el presente estudio, de los cuales todos mantuvieron una variación positiva luego del desarrollo del programa de reforma de vida saludable.

Hipótesis específica 2: “La educación del adulto mayor permitirá desarrollar la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.” Uno de los aspectos fundamentales del programa de reforma de vida saludable es la educación (Presentación de conocimientos específicos para mejorar sus capacidades psicológicas y físicas), explicando a los adultos mayores la necesidad de la reforma de vida y sus beneficios, adaptando el programa a la realidad de cada uno de ellos y planteando objetivos personalizados de acuerdo al valor inicial obtenidos en cada uno de los indicadores planteados en el estudio Pre-Test. Es por ello que considero que la educación es un aspecto fundamental para el desarrollo del programa. La verificación de esta hipótesis está relacionada también con todos los indicadores escogidos para el presente estudio, sobre los cuales se obtuvieron mejoras luego del desarrollo del programa de reforma de vida saludable.

Hipótesis específica 3: “Los factores biosocioculturales determinarán el desarrollo de la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.” Esta hipótesis está directamente relacionada a la medición y variación de los valores en los indicadores: Frecuencia de paseos en un mes en el que se obtuvo una mejora del 23,17% (Tabla N° 22) , Frecuencia del consumo mínimo de 3 vasos de agua al día sobre los se obtuvo una mejora del 35,37% (Tabla N° 25), Frecuencia de capacidad de vestirse sin ayuda, en que se obtuvo que un 13,41% (Tabla N° 10), de encuestados desarrollaron esta capacidad luego del programa de reforma de vida y del indicador Frecuencia de valerse por sí mismo para hacer sus necesidades en los que se registró una mejora de 12,20%(Tabla N° 13). Todos ellos factores biosocioculturales que tienen su repercusión en el estilo de vida y satisfacción de los pacientes adultos mayores en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha que fueron objeto del estudio. En conclusión, al

haberse verificado una variación en los indicadores señalados se puede concluir que existió una influencia positiva de los factores biosocioculturales en la reforma de vida saludable.

Hipótesis específica 4: “El desarrollo de la reforma de vida determinara el grado de satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chíncha.”. Por último, la verificación de esta hipótesis específica se realizará a través de la observación del comportamiento de los indicadores: Contacto con los familiares sobre el que se obtuvo una mejora del 10,98% (Tabla N° 1) de encuestados que pasaron a indicar en el Post-test que propiciaron visitas de los mismos; también en el indicador Resentimiento con familiares se obtuvo una mejora del 4,88% (Tabla N° 4) quienes señalaron que a través del programa de reforma de vida saludable lograron superar tal resentimiento; de igual manera se tuvo un 10,98% (Tabla N° 7) de encuestados quienes dejaron de lado resentimientos con amistades del pasado. También lleva estricta relación con el indicador Frecuencia de actividad mental, en que se obtuvo una medición del 25,61% (Tabla N° 16) de encuestados que manifestaron haber cambiado su rutina para incluir una actividad mental promedio; también se encuentra relacionado el indicador Frecuencia de actividad física sobre el que se obtuvo una mejora de 23,17% correspondiente a encuestados que variaron su rutina para incorporar una actividad física de su agrado como producto del desarrollo del programa de reforma de vida saludable. Todos estos factores relacionados a la satisfacción de los adultos mayores encuestados sobre la percepción de su propia vida.

Conforme lo expuesto se han obtenido resultados positivos (Variación de los indicadores) tendientes a un mejor estilo de vida de los adultos mayores encuestados, hacia la satisfacción de los mismos, por ello es posible concluir que la hipótesis general nula H₀: “La reforma de vida saludable influye en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chíncha.” Es correcta, pues se ha observado que el desarrollo del programa de reforma de vida saludable ocasionó una variación tangible en los valores de todos los indicadores utilizados para la presente investigación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Para explicar los resultados de la aplicación del programa “Reforma de vida saludable del adulto mayor” se han tomado en consideración los indicadores contacto con los familiares, guarda rencor o recuerda periódicamente ofensas, resentimiento con familiares y con amigos, valerse por sí mismos, hacen sus necesidades por si solos, capacidad de vestirse sin ayuda, frecuencias de paseos realizados en un mes, realización de actividad mental, realización de actividad física, consumo mínimo de 3 vasos de agua al día ; los mismos que se consideraron como factores biosocioculturales y sirvieron de base para el planteamiento de las hipótesis y sus contrastación . Las figuras 4 y 5 detallan las diferencias en los valores porcentuales entre tener o no el contacto con los familiares entre el Pre (68,29% y 31,71%) y Post-test (79,27% y 20,73%) respectivamente; observando un aumento para el tener contacto con los familiares y una disminución en el no tenerlo según la figura 6 y que se expresa según la tabla N° 1 con un porcentaje de variación de 10,98% por lo que se afirma que se mejora este indicador con la aplicación de las charlas sobre importancia de la familia y el vivir en sociedad que formo parte de las actividades del, programa de reforma de vida saludable situación semejante fue explicada por Aponte y Daza 2015; quienes trabajaron con adultos mayores en Bolivia y explicaron que las personas se sienten satisfechas y más felices cuando viven compartiendo con la familia que los rodeas diversas actividades porque así desarrollan su creatividad de diferentes formas y sin duda llenan su tiempo y concluyeron que la calidad de vida influye en un mejor envejecimiento..

Para el indicador resentimiento con familiares que está relacionado con guardar rencor o el recuerdo periódicamente de ofensas en este grupo, según detalles en la tabla 2 existió 8 pacientes que contestaron positivamente 9,76% (Fig. 7) este dato no varió en el post test indicado en la figura 8 sin embargo para las respuestas del no recordar se incrementó los porcentajes desde 40,24% a 45,12% y el recordar rara vez desde 50,00% en el pre test hasta 45,12% en el post test haciendo un porcentaje de variación porcentual de 4,88% interpretándose como un ligero cambio de actitud en los adultos mayores, lo que también es

afirmado por Apaza 2015. Los adultos mayores estudiados no poseen resentimiento con amigos en un 70,73% (Fig. 10) y ello mejora a un 81,78% después de la aplicación del programa de reforma de salud evidenciándose un porcentaje de variación de 10,98 %

En la capacidad de vestirse sin ayuda, los ancianos demostraron capacidad física y mental para desarrollar estas tareas habituales, lo cual en un inicio fue de un 60% para el “No se viste solo”, mejoró en el Post-test según se observa en la figura 14, disminuyó a 50% con un porcentaje de variación porcentual de 13,41 % (Tabla 10), en las figuras 16 y 17 se muestra el incremento en la respuesta positiva de tener la capacidad de realizar sus necesidades fisiológicas solos resultando incrementado el valor de 63,41 % a 75,61% con un porcentaje de variación de 12,20% (Tabla 13) algo semejante ocurre con el indicador valerse por sí mismo para hacer sus necesidades disminuyendo los valores porcentuales para la respuesta “No” desde un 24,39 en el pre test a un 17,07% e incrementándose la respuesta “Si” 63,41% a 75,61% según se observa en las figuras 17 y 18 respectivamente

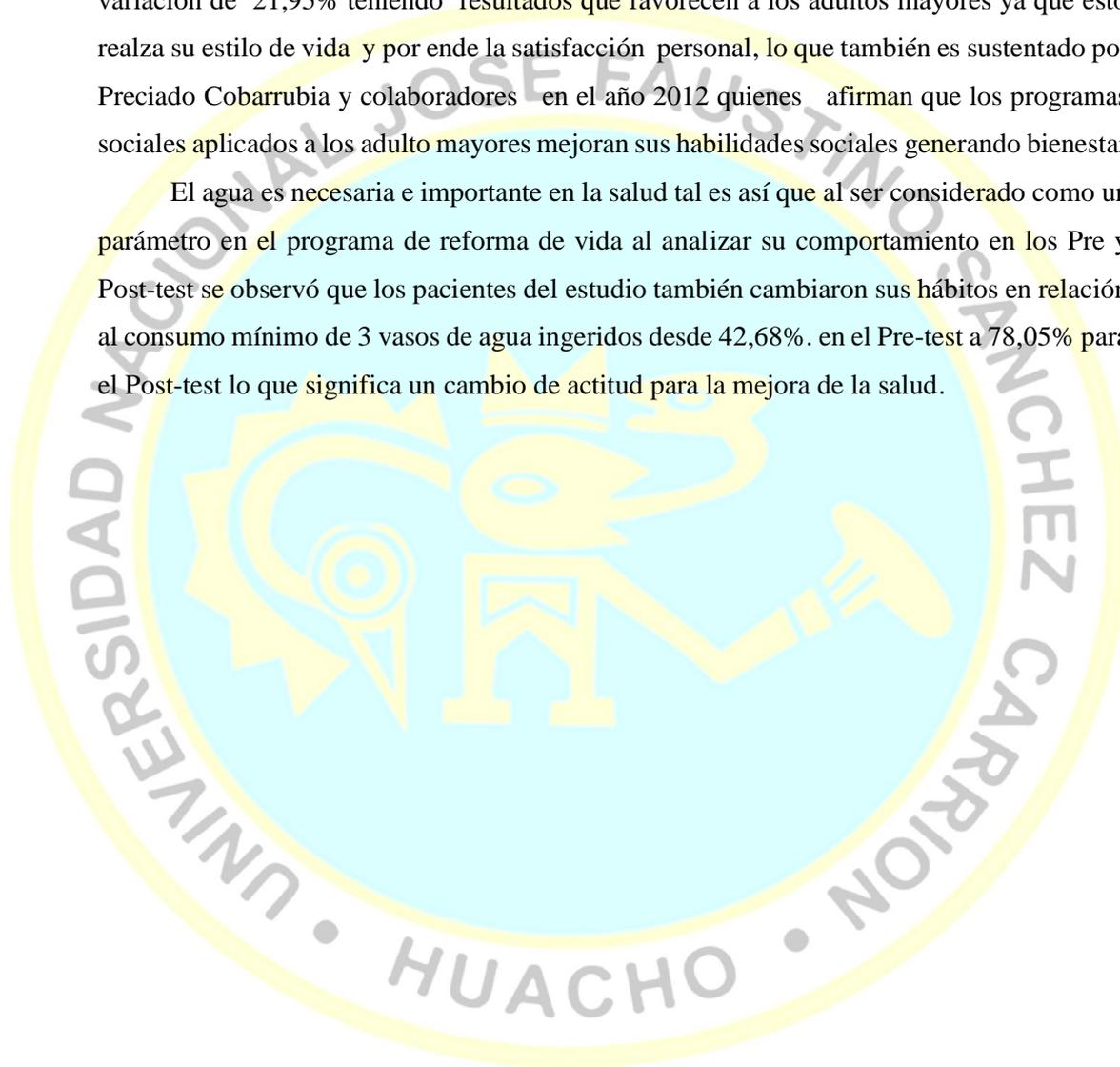
En relación al indicador realizan actividad mental se tiene que los adultos mayores disminuyeron el porcentaje del Pre-test de “No hacer actividad mental” (Llenar pupiletras, hacer sumas, restar, reteniendo en la mente estos números; contar anécdotas, chistes entre otros) desde 46,34% a un 12,20% (Figura 19) e incrementaron el dato (36,59%) en la respuesta del “Si lo hacemos” para el Post-test a un valor de 74,39% lo que resultó en un porcentaje de variación de 25,61% (Tabla 16), mejorando así el estado de satisfacción e índice de calidad de vida del AM datos que son sustentados según la OMS 2015, OMS 2002, ENAHO 2012, entre muchos otros autores las actividades orientadas al ejercicio de desarrollo mental son imprescindibles para mantener e incrementar la calidad de vida del AM.

La actividad física es un indicador muy necesario para desarrollar bienestar en esta etapa de la vida para el cual los AM en conformantes de esta investigación se adecuaron al baile, caminatas, ejercicio de taichí y yoga que se hicieron a través de los talleres la frecuencia de actividad mejoró en relación al Pre-test para la respuesta al “Sí” desde un 51,22% (Figura 22) a un 74,39% en la figura 23 y también se observó la disminución a la respuesta “No hago actividad física” desde un 26,83% a 12,20% respectivamente llegando a un porcentaje de variación de este indicador de 23,17% según se expresa en la tabla 19, estos resultados son semejantes a los hallados por Hernández y Rodríguez en el año 2010 quienes hallaron que la realización de actividad física recreativa de los ancianos desarrollo su calidad de vida en este grupo generando beneficios de índole físico, psicológico, social y espiritual previniendo las enfermedades, disminuyendo el índice de morbimortalidad ya que la actividad física proporciona funcionalidad del organismo.

También Herrera 2016 halló una mayor calidad de vida en AM que realizaron actividad física en relación a un grupo que no lo hizo.

Los adultos AM después de la aplicación del programa de reforma de vida saludable tuvieron un cambio en el indicador participar en paseos en el mes de 12,20% a 35,57% respectivamente haciendo un porcentaje de variación de 23,17% y disminuyeron para la respuesta del “No realiza paseos” de 74,39% a 52,44% lo que tuvo un porcentaje de variación de 21,95% teniendo resultados que favorecen a los adultos mayores ya que esto realza su estilo de vida y por ende la satisfacción personal, lo que también es sustentado por Preciado Cobarrubia y colaboradores en el año 2012 quienes afirman que los programas sociales aplicados a los adulto mayores mejoran sus habilidades sociales generando bienestar.

El agua es necesaria e importante en la salud tal es así que al ser considerado como un parámetro en el programa de reforma de vida al analizar su comportamiento en los Pre y Post-test se observó que los pacientes del estudio también cambiaron sus hábitos en relación al consumo mínimo de 3 vasos de agua ingeridos desde 42,68%. en el Pre-test a 78,05% para el Post-test lo que significa un cambio de actitud para la mejora de la salud.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Los adultos mayores inscritos en el programa de reforma de vida saludable del hospital Renee Toche Groppo de la ciudad de Chincha asistieron y participaron en las actividades del programa.
- El indicador que tuvo un mayor cambio a favor del programa fue la toma mínima de 3 vasos de agua donde se logró mayor porcentaje de respuestas positivas para la toma Post-test; del adulto mayor que acude a consulta externa en el Hospital Rene Toche Groppo – Chincha teniendo un porcentaje de variación de 35,37%.
- El indicador menos favorecido en el programa fue el de resentimiento con los familiares donde se logró menor porcentaje de respuestas positivas para la toma Post-test por parte del adulto mayor que acude a consulta externa en el Hospital Rene Toche Groppo – Chincha teniendo un porcentaje de variación de 4,88%.
- Disminuyó el porcentaje de pacientes que recuerdan las ofensas, así como el sentir resentimiento por sus familiares.
- Se incrementó el vestirse y desvestirse solos, hacer sus necesidades solos, realizar actividad mental, actividad física, y el salir de paseo.

6.2 Recomendaciones

- Continuar con el desarrollo del programa Reforma de vida saludable en el adulto mayor que acuda a consulta externa en el Hospital Rene Toche Groppo – Chincha.
- Motivar a todos los servicios del hospital sobre el desarrollo de estos programas previniendo así patologías asociadas a determinadas enfermedades.
- Gestionar mayor presupuesto para el desarrollo del programa..
- Capacitar a todo el personal del Hospital Rene Toche Groppo – Chincha y a los familiares del adulto mayor, a fin de lograr una extrema satisfacción del adulto mayor.



REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2002). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*.

CEPAL. (2004). *Panorama Social de América Latina 2004*.

World Development Report 2000/2001. (s.f.). *El envejecimiento activo: marco político*.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017*. Lima.

Naciones Unidas División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (1998).

INEI. (2001) *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050*. Lima.

INEI. (2015).

INEI, ENAHO (2010).

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática . (2000).

Ley N° 28803 . (2006).

EsSalud. (2007). *Manual de reforma de vida "Para vivir más y mejor"*. Lima.

7.2 Fuentes bibliográficas

Arboleda Barahona, A., Vargas Espinosa, D., & Galicia Jaramillo, J. (2009). *Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores (añoranzas) de Coeducar-Comcaja (Pereira 2008)*. Universidad Tecnológica de Pereira.

Cabanales Flores, L. (2005). *Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor*.

Felipe Figueroa, L. (2010). *Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Asentamiento humano Villa Magisterial, Nuevo Chimbote, 2010*. Nuevo Chimbote.

- Flores Villavicencio, M. E., Vega López, M. G., & González Pérez, G. J. (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. *Universidad de Guadalajara*.
- Hernández Zamora, Z., Hernández Loeza, O., & Rodríguez Viveros, E. (2010). *El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor*. Distrito Federal, México: Psicología Iberoamericana.
- Herrera, S. (2016). *Actividad física recreativa y calidad de vida en adultos mayores*. Buenos Aires: Fundación Universidad Argentina de la Empresa.
- Olivera, J., & Clausen, J. (2014). *Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social*. Lima.
- Olivi, A., Fadda, G., & Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de Población*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra.
- Preciado Jiménez, S., Covarrubias Ortiz, E., & Arias Soto, M. (2012). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social*. Estados Unidos: Palibrio.
- Rodríguez Alayo, S. (2014). *Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Roldán Monzón, A. (2008). *Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Vidal G., Chamblas G., Zavala G., Muller G., Rodriguez T., Chavez, M. (2014). "Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de CONCEPCIÓN, CHILE.
- Zavala Lizaraso, G. (2010). *Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

7.3 Fuentes hemerográficas

- Aponte Daza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*.
- Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 1.
- Varela, L., & Tello, T. (2016). *Salud y calidad de vida en el adulto mayor*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Gutiérrez Rodríguez, J. (2013). Delirium en centros residenciales para personas mayores. Estudio de la prevalencia y los factores asociados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.

Villar López, M., Ybañez Cuba, E., Gutierrez Villafuerte, C., & Angulo Bazán, Y. (2016). Percepción de la calidad de los servicios de medicina complementaria del seguro social de salud. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*.

Hernández, N., & Rodríguez, I. (2010). Impacto de las actividades físicas recreativas en la calidad de vida del adulto mayor. *Revista ciencias de la educación*.

7.4 Fuentes electrónicas

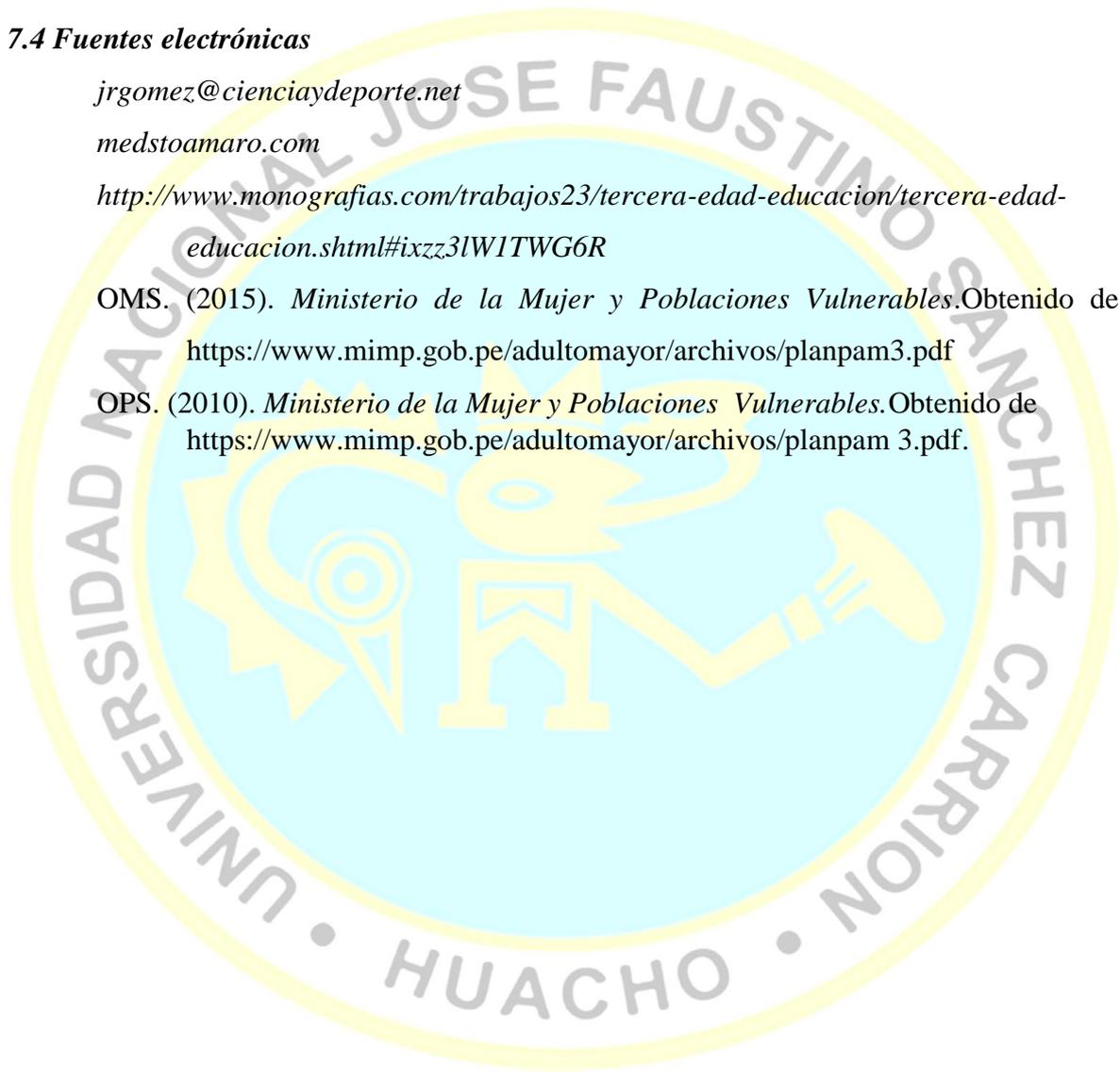
jrgomez@cienciaydeporte.net

medstoamaro.com

<http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml#ixzz3lWITWG6R>

OMS. (2015). *Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>

OPS. (2010). *Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.



ANEXOS

Anexo N° 01 - Instrumentos de recolección de datos

Encuesta Anónima:

Sexo: M (), F ()

Edad en años ()

Tiempo de relación con la pareja () años

Procedencia: Urbano (), Rural ()

Nivel educativo: Analfabeto (), Primaria (), Secundaria (),

Universidad (), Post grado ().

Estado civil:

Casado; (), Viudo (), Divorciado (),

Conviviente (), Unión civil ()

Ocupación laboral:

Ama de casa (), comerciante (), empleado público (), Profesional ().

Situación económica – social:

Recibe ingresos económicos: Jubilación (), De la familia (), Ahorros de su trabajo (), Programas sociales ().

Sus ingresos satisfacen sus necesidades: Si (), No ()

Cuantos hijos tiene: ()

Necesidades del adulto mayor: No tiene contacto con sus hijos (), Habitacionales (), Alimenticias (), Recreacionales (), Pensión económica ().

Cuantas veces al mes ve a sus hijos: (), No los ve ()

Tipo de maltrato ha recibido por algún familiar en el último mes: Insultos (), gritos (), Amenazas (), Chantajes (), Golpes (), empujones ()

En satisfacción con la vida:

	SI	NO	RARA VEZ	NUNCA
Siente que ha desperdiciado su vida o que ésta ha sido un fracaso:				
Piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual				
Siente que no merece vivir como lo hace ahora				
Siente que sus familiares no lo quieren				
Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida				

En salud orgánica general:

	SI	NO	RARA VEZ	NUNCA
Presenta alguna enfermedad diagnosticada por un médico				
Recibía tratamiento y/o visita del médico				
Manifiesta dolencia en alguna parte de su cuerpo				
Ha consumido medicamentos sin receta en el último mes				
Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida				
Ha consumido bebidas alcohólicas, o droga o tabaco				

En identificar recuerdos negativos:

	SI	NO	RARA VEZ	NUNCA
Recuerda con amargura las ofensas recibidas años atrás				
Nunca siente cólera y rabia por familiares				
Nunca siente cólera y rabia por amigos del pasado				

En Dependencia Social-Familiar:

	SI	NO	RARA VEZ	NUNCA
Se viste y desviste sin ayuda				
Hace sus necesidades higiénicas solo				
Realiza tareas caseras como barrer, cargar cosas, hacer la cama:				
Realiza sin ayuda sus compras fuera de casa				
Realiza actividades mentales como: Leer, llenar flujogramas, ejercicios matemáticos, contar cuentos				
Indique la actividad mental:				
Realiza actividad física				
Durante el mes ha salido de paseo				
Recibe atención				

Anexo Nº 02 – Matriz de Consistencia

TITULO: “Reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha”

POR: LILIAN ADELINA CASTILLO MARTINEZ

DEFINICION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES
<p>Problema General:</p> <p>¿Cómo desarrollar la reforma de vida saludable y su influencia en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo identificar los conocimientos relacionados a la reforma de vida saludable que posee el adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha? • ¿Cómo educar desarrollando reforma de vida saludable al adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha? • ¿Cómo determinar los factores biosocioculturales del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha? • ¿Cómo determinar la satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha? 	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar las implicancias surgidas en la reforma de vida saludable con el adulto mayor</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificar los conocimientos relacionados a la reforma de vida saludable que posee el adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo – Chincha. • Educar desarrollando reforma de vida saludable al adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha. • Determinar los factores biosocioculturales del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha? • Determinar la satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha 	<p>Hipótesis General:</p> <p>Ho: La reforma de vida saludable influye en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital RENE TOCHE GROppo – CHINCHA</p> <p>H1: La reforma de vida saludable no influye en la salud del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital RENE TOCHE GROppo – CHINCHA”</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Identificación de los conocimientos del adulto mayor lograra la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha. • La educacion del adulto mayor permitirá desarrollar la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha. • Los factores biosocioculturales determinaran el desarrollo de la reforma de vida saludable del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha. • El desarrollo de la reforma de vida determinara la satisfacción del adulto mayor que acude a consulta externa en el hospital Rene Toche Groppo Chincha.. 	<p>Variable Independiente:</p> <p>Reforma de vida saludable</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Influencia en la salud del adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de actividades cognitivas en la persona • Hábitos alimenticios • Estilos de vida • Factor administrativo • Factor cultural • Factor biológico

Dra. Soledad D. LLañez Bustamante
ASESOR

Dra. María del Rosario Farromeque Meza
PRESIDENTE

M(a) Brunilda E. León Manrique
SECRETARIO

M(o) Enrique U. Díaz Vega
VOCAL

