

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



Tesis

Nivel educativo y envejecimiento activo en el adulto mayor del Centro de Atención

Primaria II Chancay - 2016

Presentada por:

Bach. Karen Meliza ACOSTA QUINCHISA

Bach. Katia Fiorella TORRES BALCEDA

Asesora

Dra. Olga Marina GAMARRA LÓPEZ

Para optar el Título Profesional de Licenciadas en Trabajo Social

HUACHO – PERÚ

2016

DRA. OLGA MARINA GAMARRA LÓPEZ

Asesora de Tesis

DRA. OLIMPIA MARTHA CAMARENA LINO

Presidente de Jurado de Tesis

DRA. ELENA LUISA LAOS FERNÁNDEZ

Secretaria de Jurado de Tesis

LIC. ANGÉLICA CASTAÑEDA CHINGA

Vocal de Jurado de Tesis

DEDICATORIA

A Dios, por brindarnos la fortaleza que necesitamos para seguir luchando día a día y ser mejores al amanecer.

A nuestros padres, por brindarnos el apoyo moral y económico para ser profesionales de éxito.

A la Dra. Maritza Martínez, porque más que una docente fue una compañera de lucha.

A Renatto, Paulo y Sandra por su tiempo y apoyo.

...A ellos con respeto y amor

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

por su Sabiduría y su Amor para desarrollarnos en nuestras vidas en el ámbito personal, familiar y profesional.

A nuestras madres,

por ser el ejemplo y fortaleza para ser mejores personas cada día, ellas nos enseñaron que lo primordial en la vida es el amor hacia uno mismo y la humildad, gracias por ese amor incondicional.

A la docente Maritza Martínez,

por su amistad, apoyo y enseñanzas en aulas, marchas y más; muchas gracias por todo su tiempo y dedicación.

A todos los Adultos Mayores que contribuyeron con sus sonrisas, respuestas y tiempo para que esta investigación se pueda realizar.

A Renato,

por su preocupación, sus libros y consejos para que se realice con éxito la investigación.

A Paulo,

por su tiempo y apoyo en la búsqueda de información. A Sandra, por cubrirme en horarios de trabajo y sus palabras de aliento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Formulación del problema.	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.1.1. Internacional.....	8
2.1.2 Nacional	10
2.2. Bases Teóricas.....	15
2.2.1 Nivel de educación.....	15
2.2.2 Envejecimiento Activo	27
2.2. Definiciones conceptuales.....	54
2.3. Formulación de hipótesis.	60
2.4.1 Hipótesis general.....	60
2.4.2 Hipótesis específica.....	60
Capítulo III	62
METODOLOGÍA	62
3.1 Diseño metodológico.....	62
3.1.1 Tipo.	62
3.1.2. Enfoque.....	63

3.2. Población y Muestra.....	63
3.2.1. Población.....	63
3.3. Operacionalización de las variables	64
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.4.1. Técnicas:.....	66
3.4.2 Descripción de los instrumentos.....	66
3.5. Técnicas para el procesamiento.....	67
Capítulo IV	68
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	68
4.1. Características de la población	68
4.1.1 Edad de la población	68
4.1.2 Estado civil del adulto mayor.....	70
4.2. Variable Nivel educativo.....	74
4.3. Variable Envejecimiento activo	77
4.3.1. Condiciones de salud del adulto mayor.....	77
4.3.2. Procesos de participación del adulto mayor	78
4.4. Contrastación de la hipótesis	80
4.4.1. Hipótesis General	80
4.4.2 Hipótesis Especifica 1	83
4.3.3. Hipótesis específica 2.....	85
4.3.4 Hipótesis específica 3.....	88
Capítulo V	91
DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
5.1. Discusión.....	91
5.2. Conclusiones	94
5.3. Recomendaciones.....	96
Capítulo VI	98
FUENTES DE INFORMACION	98
5.1. Fuentes Bibliográficas.....	98
ANEXOS	103
02 Instrumento de recolección de datos	106
03. Base de datos.....	109

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad del adulto mayor	69
Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de grupo de edades según etapas del adulto mayor.....	69
Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes del estado civil del adulto mayor	70
Tabla 4. Distribución e frecuencias y porcentajes de género del adulto mayor	71
Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes del grado de instrucción del adulto mayor	72
Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes de la profesión u oficios del adulto mayor	73
Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes en relación a Lecto-escritura del adulto mayor.....	75
Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel educativo del adulto mayor	76
Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión de condiciones de salud del adulto mayor.....	77
Tabla 10. Distribución de frecuencias y porcentajes de la participación del adulto mayor.	78
Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentajes de seguridad del adulto mayor	79
Tabla 12. Distribución de frecuencias y porcentajes de niveles educativos y envejecimiento activo de los adultos mayores	81
Tabla 13. Correlación Rho Spearman de Niveles educativos y Envejecimiento activo en el adulto mayor.....	82
Tabla 14. Distribución de frecuencias y porcentajes de niveles educativos y salud de los adultos mayores	83
Tabla 15. Correlación de Rho de Spearman de Niveles educativos y salud de los adultos mayores	84
Tabla 16. Distribución de frecuencias y porcentajes de niveles educativos y participación de los adultos mayores.....	86
Tabla 17. Correlación Rho de Spearman de Niveles educativos y participación de los adultos mayores.	87
Tabla 18. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles educativos y seguridad de los adultos mayores.....	88
Tabla 19. Correlación Rho Spearman de niveles educativos y seguridad de los adultos mayores.	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Distribución porcentual de grupo de edades de Adulto Mayor.....	70
Gráfico 2. Distribución de porcentajes del estado civil del adulto mayor.....	71
Gráfico 3. Distribución de porcentajes de género del adulto mayor	72
Gráfico 4. Distribución de porcentaje del grado de instrucción del adulto mayor	73
Gráfico 5. Distribución de porcentajes de la profesión u oficios de los adultos mayores	74
Gráfico 6 . Distribución de porcentajes de lecto-escritura del adulto mayor	75
Gráfico 7. Distribución de porcentajes de los niveles educativos del adulto mayor	76
Gráfico 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de las condiciones de salud del adulto mayor	78
Gráfico 9. Distribución de porcentaje de la participación del adulto mayor.....	79
Gráfico 10. Distribución de porcentajes de seguridad en el adulto mayor.....	80

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel educativo y su relación con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay.2016, cuya población participa activamente en los programas, talleres, caminatas y demás actividades que brinda el Centro de Atención Primaria Chancay II (CAP CHANCAY II). **Métodos:** Es una investigación básica de nivel correlacional, diseño no experimental y corte transaccional, en una población de 60 adultos mayores; 23 varones y 37 mujeres entre edades de 60 a 90 años de edad. Se aplicó los instrumentos para las variables de estudio, del Instituto Nacional de Estadística e informática del III Censo Nacional Agropecuario y el Inventario de Envejecimiento Activo de Bedoya, L. y Rojas, H.; se ha ordenado los datos en tablas y figuras con apoyo de los programas Excel y SPSS versión 20, se usó para la prueba de hipótesis la correlación de Spearman. **Resultados:** el 71,7% tienen educación básica: primaria o Secundaria, el 58,3% manifiestan tener una vida con envejecimiento activo y por último el 41,7% manifiestan que su nivel educativo es básico y llevar un envejecimiento activo. **Conclusión:** Se logró determinar la relación entre el nivel de educación y el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016, por lo que queda demostrada la hipótesis general. Se demostró la relación entre el nivel educativo y la salud y seguridad y no se encontró relación entre nivel educativo y participación de los adultos mayores.

Palabras claves: Envejecimiento activo, nivel educativo, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of education and its relationship with active aging in older adults of CAM in the Primary Care Center II Chancay.2016, whose population participates actively in the programs, workshops, walks and other activities offered by the Care Center Primary Chancay II (CAP CHANCAY II). **Methods:** It is a basic investigation of correlation level, non-experimental design and transactional cut, in a population of 60 older adults; 23 men and 37 women between the ages of 60 and 90 years old. The instruments were applied for the study variables of the National Institute of Statistics and Information Technology of the III National Agricultural Census and the Inventory of Active Aging of Bedoya, L. and Rojas, H .; the data has been ordered in tables and figures with the support of the Excel and SPSS version 20 programs, the Spearman correlation was used for the hypothesis test. **Results:** 71.7% have basic education: primary or secondary, 58.3% manifest having a life with active aging and finally 41.7% state that their educational level is basic and lead active aging. **Conclusion:** It was possible to determine the relationship between education level and active aging in older adults of CAM at the Primary Care Center II Chancay - 2016, so that the general hypothesis is demonstrated. The relationship between educational level and health and safety was demonstrated and there was no relationship between educational level and participation of the elderly.

Key words: Active aging, educational level, older adult.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación denominada: Nivel educativo y envejecimiento activo en el adulto mayor del Centro de Atención Primaria II Chancay. 2016, es realizada con la finalidad de optar el título de Licenciada(s) en Trabajo Social que otorga la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

El envejecimiento activo según la OMS nos refiere, que es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Este juego con la sociedad permite a los adultos mayores realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Para el desarrollo de la tesis se ha dividido en seis capítulos: En el Capítulo I denominado Planteamiento del problema, se describe la realidad problemática, formulación del problema y objetivos de la investigación;

En el Capítulo II denominado Marco Teórico se señala: Antecedentes del estudio a nivel internacional y nacional, las bases teóricas existentes sobre envejecimiento activo señalada por los organismos internacionales de la salud. Asimismo las definiciones conceptuales de las variables, dimensiones e indicadores y la formulación de la hipótesis general y específica.

Asimismo en el Capítulo III denominado: Metodología, se considera explicar el diseño metodológico, es decir; el tipo y enfoque de la investigación. Además la población y la muestra del estudio, la operacionalización de variables, indicadores, las técnicas e instrumentos de recolección de datos: Técnicas a emplear y descripción de los instrumentos y por ultimo las técnicas para el procesamiento de la información.

En el Capítulo IV se presentan los: Resultados de la investigación en tablas de frecuencia y porcentajes, así como las figuras respectivamente en relación a la variable autoestima. Por último la contratación de las hipótesis planteadas.

En el Capítulo V se presentan: Discusión, conclusiones y recomendaciones, los resultados del contraste de ambas variables a partir de un análisis descriptivo y teórico respecto a ambas variables, comparando con otras investigaciones y haciendo las diferencias del mismo con estudio parecidos.

Finalmente en el Capítulo VI denominado: Fuentes de Información, se enuncian las fuentes bibliográficas, hemerográficas, electrónicas y documentales usadas para la investigación.

Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha informado a través de un documento que entre 2000 y 2050 se duplicará la población de ancianos mayores de 60 años, pasando del 11% al 22 %, en números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 mil millones en el transcurso de medio siglo. En efecto, la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la de la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente. Fruto de esta dinámica, la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre el 2000 y el 2050; de ese modo, para esta última fecha, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. En la actualidad, por cada 100 menores, hay 25 adultos mayores; para el final de la primera mitad del siglo, habrá un 28% más de personas mayores que de menores. Dentro del grupo de personas mayores hay predominancia femenina. En el total de 60 años y más es de 55%, pero se eleva a más de 60% en las

personas de 80 años y más. (Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento). El Instituto Nacional de Estadística e Informática en su informe técnico N° 3 - Setiembre 2016, presenta la situación de la población adulta mayor como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. El informe también considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas.

En la región Lima Provincias según el Plan Regional de Desarrollo Concertado 2008- 2021, refiere que la proporción de la población considerada de la tercera edad, es decir mayores de 65 años, representa el 7.8%, en lo que se refiere al ámbito del gobierno regional, en lo que respecta a la población de la tercera edad, se tiene que las provincias de Yauyos, Cajatambo y Canta son la que presentan una mayor proporción, con 12.5%, 11.9% y 11.7% respectivamente.

En relación al envejecimiento activo según la OMS nos refiere, que es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Este juego con la sociedad permite a los adultos mayores realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Mencionando también que el nivel de educación en el Perú es en la actualidad un requisito de gran importancia a la hora de enfrentar con ciertas garantías de éxito el futuro. Es así que un hecho admitido tiene relación positiva entre nivel de educación de las personas y la capacidad de insertarse en el mercado laboral, para posteriormente tener una jubilación que los ayude a envejecer con mayores oportunidades. (CEPAL).

El nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor en el país según el informe técnico No 3 - Setiembre 2016 por el INEI refiere lo siguiente: El 16,3% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 43,5% alcanzó estudiar primaria; el 24,3% secundaria y el 15,9%, nivel superior (10,7% superior universitaria y 5,2% superior no universitaria). Existen grandes brechas en los niveles alcanzados entre hombres y mujeres adultos/as mayores; así, mientras el 25,3% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 6,4%. En educación secundaria, el 28,8% de los hombres y el 20,2% de las mujeres alcanzan este nivel educativo. Se observa que el envejecimiento de las personas tiene relación con el nivel educativo, dado que este permite mayores conocimientos sobre condiciones que mejoran la calidad de vida del ser humano.

Se ha observado que el nivel educativo de los adultos mayores del Centro de Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria II Chancay, provincia de Huaral y departamento de Lima, en la gran mayoría cuenta con una educación básica, esto se puede resumir en la base de datos de los asegurados donde refleja que el 75 % de la

población (figura en el sistema SIAC y también se puede visualizar en la página de Essalud con el número del DNI de la persona), como titulares, esto quiere decir que, ellos han trabajado y sus empleadores han hecho los aportes al Essalud. El otro 25% son las(os) conyugues o concubinos(as), que figuran como familiar, esto quiere decir que son dependientes del titular y no han hecho aportaciones propias, pero tanto; los titulares como los familiares tienen el derecho a todos los programas, campañas, atenciones promocionadas y programadas por Essalud.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general.

¿Cómo se relaciona el nivel educativo con el envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?

1.2.2. Problemas específicos.

¿Cómo se relaciona el nivel educativo con la salud en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?

¿Cómo se relaciona el nivel educativo con la participación en los adultos mayores del CAM Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?

¿Cómo se relaciona el nivel educativo con la seguridad en los adultos mayores del CAM Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general.

Determinar el nivel educativo y su relación con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016

1.3.2. Objetivos específicos.

Identificar el nivel educativo y su relación con la salud en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Identificar el nivel educativo y su relación con la participación en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Identificar el nivel educativo y su relación con la seguridad en los adultos mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Tesis

Internacional.

Casado, R.; Lescano, F. & Rodriguez, M. (2012) *Envejecimiento activo y acceso a las tecnologías: Un estudio empírico evolutivo*, desarrollado en el Departamento de ciencias de la educación, de la universidad de Burgos España: objetivo principal de esta investigación fue conocer la evolución en el nivel, motivos y necesidades del uso del ordenador y de Internet por personas mayores en un entorno de formación universitaria. El diseño de investigación planteado, en respuesta a los objetivos del estudio, la investigación ha sido de corte descriptivo correlacional, con recogida de información durante nueve años, equivalente a ocho cursos académicos (2004/05 a 2011/12). Se aplicó un cuestionario de diseño propio a una muestra de 419 personas con edades comprendidas entre los 55 y 94 años, alumnos del Programa Interuniversitario de la Experiencia en la Universidad de Burgos, las conclusiones de esta investigación fueron las

siguientes. Se incrementa la presencia de ordenadores en casa y el nivel de uso de internet a medida que avanzan los años estudiados. Las personas mayores utilizan menos el ordenador e internet según avanzan en edad. Las mujeres se encuentran en desventaja en aspectos como posesión y uso del ordenador y el acceso a la red. Aparecen diferencias entre medio rural y urbano favorables a éste último. La actividad más frecuentemente realizada en internet es la consulta (recepción/envío) del correo electrónico; los contenidos más buscados se refieren a cultura, ocio y medios de información. En los dos últimos años comienzan a usarse determinadas redes sociales. La mayoría de las personas mayores desean aprender a usar ordenadores e internet pues lo consideran útil para adquirir conocimientos, estar actualizadas y desarrollar actividades de ocio.

Monserrat, C. (2011). *Prevención de la dependencia y factores vinculados al envejecimiento activo y saludable en personas mayores* Desarrollado en la Universidad de Cádiz España: El objetivo de esta investigación consistió en determinar si se producen cambios en la calidad de vida de las personas mayores desde la autopercepción de la salud, la autonomía, personal, el estado psicoemocional y el apoyo socio familiar como consecuencia de la participación de los mayores en actuaciones socioeducativas y de envejecimiento activo. El estudio es descriptivo correlacional mediante un análisis de regresión lineal multivariante, poniendo en relación los resultados obtenidos en tres cuestionarios (DUFSS,PGWBI,Y EQ-5D) que fueron adaptados para la población española, la población de estudio estuvo conformada por 391 Adultos

Mayores de 65 años , residentes en Sevilla capital,. La Conclusión principal de este estudio reside en que los cambios en la calidad de vida de personas mayores se generan de manera más significativa por determinados componentes psicosociales (el apoyo socio familiar, la comunicación y el reconocimiento personal), que por participar en programas o actividades de intervención educativa destinadas a personas mayores. No obstante, la educación recibida a lo largo de la vida caracterizada por el nivel de estudios adquiridos constituye un fundamento sólido en la vida del adulto mayor y una base positiva para la prevención de situaciones de dependencia, para el fomento de envejecimiento activo y para el estímulo de hábitos y condiciones de vida saludables.

Nacionales.

Lozada O. (2015). *Calidad de vida del adulto mayor: Efectos de Programa estilos de vida para un envejecimiento activo- ESSALUD. Distrito la Esperanza, Provincia de Trujillo, en el año 2014.* En la Escuela Académico Profesional de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Trujillo. La Investigación es de tipo descriptivo correlacional, que tiene como propósito demostrar el efecto del programa de estilo de vida para un envejecimiento activo en la calidad de vida de los adultos mayores del centro del adulto mayor la Esperanza. En esta investigación se halló que el 48.3% de adultos mayores practican la técnica de relajación para afrontar el estrés, lo que ha favorecido que se distiendan frente a las responsabilidades asumidas en sus hogares o los trabajos que realizan, que no les permite tiempo de distraerse. La

población con la que se realizó esta investigación estuvo formada por 60 adultos mayores, el objetivo de la investigación fue determinar el efecto del programa de estilo de vida para un envejecimiento activo en la calidad de vida del adulto mayor en los aspectos físicos, sociales y psicológicos. La metodología utilizada para esta investigación fue el método cuantitativo, las técnicas de historia de vida, encuesta y entrevista, utilizando los instrumentos de cuestionario y registro de entrevista esto ha permitido sacar la realidad y los resultados para esta investigación. Esta Investigación llego a las siguientes conclusiones: El 65% de los adultos mayores consideran que gozan actualmente de buena salud física, partiendo del cuidado y responsabilidad de su bienestar incentivado desde el programa, lo que les permite una mejor adaptación a los cambios que se van presentando en este proceso: Además al participar en este espacio social pueden compartir experiencias y vivencias con sus pares y percibirse valorados. Sin embargo también se presenta un 23% de participantes que valoran como regular su salud al considerar que teniendo controladas sus enfermedades, aun se sienten vulnerables para poder disfrutar plenamente aquello que antes realizaban situación que se agudiza cuando observan dificultades en su hogar y les intranquiliza. El programa de estilos de vida para un envejecimiento activo afecta en la calidad de vida del adulto mayor en el aspecto psicológico al lograr el paulatino manejo y control a través del taller de educación emocional. La presencia de sentimientos de tristeza cuando les invade la nostalgia o emociones de frustración es superada cuando cambian de actividades, se sienten serenos y toman distancia para reflexionar en busca de la solución. Sin embargo la

respuesta depende de lo que han aprendido durante ciertas situaciones dolorosas o mecanismos de afrontamiento de emociones desde sentirse entusiasmados (33%) hasta el tener miedo de que las cosas no les resulten bien (45.7%).

Abarca, J.; Chino, B.; Llacho, M.; Gonzales, K.; Mucho, K.; Vasquez, R. & Cardenas, C. (2012) Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa, 2012. El objetivo principal de la investigación fue establecer la relación existente entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Arequipa. El diseño empleado es el descriptivo correlacional. La muestra estudiada fue de 280 adultos mayores distribuidos en tres grupos de acuerdo al distrito de procedencia de la ciudad de Arequipa. Esta muestra se seleccionó intencionalmente. Para la evaluación utilizaron “el Examen Mental Abreviado” (EMA) o “Mini Mental State Examination” (MMSE), prueba de mayor uso internacional para la detección de deterioro cognitivo (Folstein, y Mchugh, 1975). Evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Esta prueba fue elaborada por Folstein et al. (1975) para examinar el estado mental de manera simple, breve y cuantificable, y es actualmente el instrumento de exploración más ampliamente usado (Benson, Slavin, Tran, Petrella, & Doraiswamy, 2005; Nitrini et al., 2005; Petersen et al., 2001). Consta de once ítems, fácil e inmediatamente calificables, con un máximo de 30 puntos, también se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas.

Para el análisis de las correlaciones utilizaron el estadístico de Pearson (correlación producto momento de Pearson) con el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Resultados La media del puntaje en el EMA para toda la muestra es de 24.06 (DE=5.6). Al analizar las muestras por distritos encontramos variación dependiente del distrito de procedencia en las medias de los puntajes obtenidos (ver gráfica 1). Posteriormente analizamos las medias obtenidas de acuerdo al nivel cultural de la muestra estudiada encontrando variabilidad en las medias del puntaje. Los resultados de la investigación muestran una clara relación entre el deterioro cognitivo y la edad, mostrando que en sujetos con mayor edad se observa puntuaciones menores que indicarían deterioro cognitivo. De igual forma se establece la relación entre el nivel educativo y deterioro cognitivo que evidencia la baja puntuación obtenida por la población analfabeta. Como conclusión, muestran una clara relación entre el nivel educativo y la presencia de deterioro cognitivo en poblaciones envejecidas. A demás concluyeron que los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos. Estas primeras aproximaciones al deterioro cognitivo en nuestro medio ponen de relieve la importancia de la implementación de políticas socioeducativas eficaces que permitan el acceso a la educación a la mayoría de nuestra población.

Locales

García, M. & Meza, P. (2014). *Funcionamiento familiar y envejecimiento activo en los integrantes del centro de adulto mayor Essalud-Huacho, 2014*, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre

funcionamiento familiar y el envejecimiento activo de los integrantes del Centro Adulto Mayor Huacho, 2013. El enfoque de la investigación fue de tipo descriptivo correlacional por que describió la relación existente entre las variables: Funcionamiento familiar y envejecimiento activo del adulto mayor, los instrumentos usados fueron aplicados a los adultos mayores. Los cuales estaban compuestos por 20 ítems, cada uno representando la variable objeto de estudio. El test de funcionamiento familiar FF-SIL y el inventario de envejecimiento activo fueron debidamente validados; llegando a las siguientes conclusiones: Los resultados de esta investigación evidencian que existe correlación de la variable 1 Funcionamiento familiar y la variable 2 Envejecimiento activo. Por lo tanto como trabajadoras sociales hemos comprobado que un hogar funcional basado en el respeto, comprensión, apoyo y armonía, ayudan que el adulto mayor tenga un envejecimiento activo.

Bedoya, E. (2012) *Autoestima y envejecimiento activo del adulto mayor del club amistad y eterna juventud-cesantes del Hospital Regional de Huacho Red de Salud Huaura-Oyon.2012*, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre la autoestima y el envejecimiento activo del adulto mayor del club la eterna juventud- cesantes de Huacho”; trabajaron una muestra conformada por 25 personas que representan el 100% de la población cuyas edades oscilan de 60 a 80 años y el sexo está conformado por masculino y femenino. El tipo de investigación fue de tipo transversal por que los instrumentos se aplicaron en una sola oportunidad y en un solo momento a fin de obtener respuesta que hayan facilitado un análisis

explicación y conclusión. La hipótesis planteada fue que existe relación entre la autoestima y el envejecimiento activo del adulto mayor del club amistad y eterna juventud – cesantes del hospital regional de Huacho. La conclusión fue la siguiente, finalmente estamos en las condiciones de afirmar que el Hospital Regional de Huacho, que al auspiciar a la organización club amistad y eterna juventud desarrolla un actitud comprometida con carácter positivo, permitiendo además que la trabajadora social que ve el área de bienestar de personal extienda su actividad acertada para con estas personas permitiendo que se sientan reivindicadas en sus derechos humanos contando con un espacio idóneo para desarrollar sus actividades cotidianas correspondientes los mismos que redundan en hacernos sentir valorados y con alta autoestima haciendo que estos acepten su vejez como un proceso natural de evolución y no como una enfermedad limitantes.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Nivel de educación

Teorías de la Educación.

Existen diversas teorías de educación en la actualidad pero en esta investigación solo mencionaremos algunas de ellas:

Teoría del aprendizaje significativo (Ausbel, 1983): Fue seguidor de Jean Piaget. Su teoría se basa en el aprendizaje significativo el cual consiste en que los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto logra una retención más duradera de

la información. Facilita el adquirir nuevos conocimientos relacionados con los anteriormente adquiridos de forma significativa, ya que al estar claros en la estructura cognitiva se facilita la retención del nuevo contenido. La nueva información al ser relacionada con la anterior, es guardada en la memoria a largo plazo. Es activo, pues depende de la asimilación de las actividades de aprendizaje por parte del alumno. Es personal, ya que la significación de aprendizaje depende los recursos cognitivos del estudiante. Rodríguez L. (2008) *La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva* pág.: 11

El marxismo como teoría educativa (Carlos M., 1830): La aportación marxista a la educación comprende, por un lado, la conformación de una nueva teoría de la educación y, por otro, la crítica a la escuela entendida como instrumento que mantiene y sustenta las diferencias sociales. La educación se analiza dentro del contexto más amplio de la sociedad y de la política. Por tanto, las críticas principales no están referidas a cuestiones metodológicas, sino al papel que cumple la escuela más allá del aula, es decir, al contexto de las relaciones sociales. Las teorías marxistas surgen en torno a la concepción de una educación politécnica organizada junto al trabajo productivo para superar la alineación de los hombres. Para lograr esta omnilateralidad del ser humano Marx y Engels defienden que la educación ha de abarcar tres ámbitos: la educación intelectual, la educación física y la educación politécnica, mediante la cual el alumno se instruirá en los principios generales del proceso de producción y por la que

entrará en contacto con los instrumentos de la industria. Bodgan S. (1966)

Teoría Marxista de la Educación Pág: 37

Vygotsky (1978): Sus ideales eran netamente marxistas, pero propugnaba el pensamiento revisionista en el segundo congreso de psiconeurología en Leningrado, pronuncia un discurso en el cual expresa su teoría, que manifiesta que sólo los seres humanos poseen la capacidad de transformar el medio para sus propios fines. Esta capacidad, los distingue de otras formas inferiores de vida. Dicho discurso causó tal impresión y aceptación que es invitado a unirse al prestigioso Instituto de Psicología de Moscú. La idea fundamental de su obra es la de que el desarrollo de los humanos únicamente puede ser explicado en términos de interacción social. Uno de los más importantes conceptos sobre el cual trabajó y al cual dió nombre es el conocido como zona de desarrollo próximo, el cual se engloba dentro de su teoría sobre el aprendizaje como camino hacia el desarrollo. Para Vigostky la zona de desarrollo próximo (ZDP). Es la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente el problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. La ayuda que se le brinda a los niños por personas que lo rodean (maestros, padres, hermanos o amiguitos más capaces), Vigostky la llamó “andamiaje”. Según Vigostky el desarrollo cognitivo del niño está determinado según a la cultura que pertenece, el entorno social, influye en el desarrollo del niño. Además señala que el lenguaje es el sistema simbólico más importante que

apoya el aprendizaje. Vygotsky decía que el desarrollo cognoscitivo depende de las relaciones con la gente que rodea al niño o del ambiente en el que se desenvuelve ya que los niños adquieren sus conocimientos, ideas, actitudes y valores a partir de su trato con los demás.

“La distancia entre el nivel de desarrollo, determinado por la capacidad para resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”.

Baquero R. (1997) *Vygotsky y el aprendizaje escolar* pág.: 106-147

El naturalismo de Rousseau (1762): "Renunciar a la libertad es renunciar a la cualidad de hombres, a los derechos de humanidad e incluso a los deberes." "El hombre nace libre, pero en todos lados está encadenado" Rousseau decía que era mejor que el niño aprendiera de su familia y no de la sociedad, porque al tener contacto con esa sociedad se perdían los valores en el niño es por eso que sus hijos recibieron educación en su propia casa. Para Rousseau la educación es un proceso con continuidad, no es una metamorfosis, debe establecer una continuidad entre la infancia, la adolescencia y la edad madura, al mismo tiempo que desarrollar cada carácter en vez de intentar cambiarlo. Rousseau nos dice que" la obra de la educación se consuma cuando se consuma la obra de la naturaleza y cada quien logra ser lo que quiere ser sin salirse de sí mismo" y que esa es la felicidad del hombre la cual debe proveer la educación. En sus tres periodos del desarrollo del niño nos explica cómo se vive esa felicidad.

1. Periodo de la infancia. Cuando el niño empieza a caminar y hablar, entra en una fase de desenvolvimiento. No hay que llenar la mente infantil de conocimientos, lo más importante que el niño pueda juzgar y valorar las cosas que se le ofrece.
 2. Periodo de adolescencia. En esta etapa, el adolescente posee la máxima plasticidad para el aprendizaje; los intereses naturales de la infancia, los que determinan la enseñanza, todos los oficios deben ser reinventados por el educando.
 3. Periodo de la madurez. Etapa de la vida, que Rousseau, llama la mocedad: el educando va elevándose paulatinamente sobre la vida estricta sensitiva, recibe conceptos e ideas y se hace apto para juzgar, despertar sus pasiones, llega a conocerse así mismo, despierta la curiosidad sexual, se dará satisfacción a ella mediante respuestas verdaderas y sólidas. El maestro enseñará realidades y solo realidades.
- Sabori L. 2009 *Teorías de la educación* Recuperado desde <http://www.teoríaunikino.blogspot.pe>

Ley general de educación ley Nro. 28044

La educación es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial. Se desarrolla en Instituciones Educativas y en diferentes ámbitos de la sociedad, La educación es un derecho fundamental de la persona y de la sociedad. El Estado garantiza el ejercicio

del derecho a una educación integral y de calidad para todos y la universalización de la educación básica. La sociedad tiene la responsabilidad de contribuir a la educación y el derecho a participar en su desarrollo. La educación es un servicio público; el Estado lo provee de forma gratuita en todos sus niveles y modalidades, de acuerdo con lo establecido en la Constitución Política y en la presente ley. En la educación inicial y primaria se complementa obligatoriamente con programas de alimentación, salud y entrega de materiales educativos. La libertad de enseñanza es reconocida y garantizada por el Estado. Los padres de familia, o quienes hagan sus veces, tienen el deber de educar a sus hijos y el derecho a participar en el proceso educativo y a elegir las instituciones en que éstos se educan, de acuerdo con sus convicciones y creencias.

Principios de la Educación Peruana: La educación peruana tiene a la persona como centro y agente fundamental del proceso educativo. Se sustenta en los siguientes principios:

- a) La ética, que inspira una educación promotora de los valores de paz, solidaridad, justicia, libertad, honestidad, tolerancia, responsabilidad, trabajo, verdad y pleno respeto a las normas de convivencia; que fortalece la conciencia moral individual y hace posible una sociedad basada en el ejercicio permanente de la responsabilidad ciudadana.
- b) La equidad, que garantiza a todos iguales oportunidades de acceso, permanencia y trato en un sistema educativo de calidad.

- c) La inclusión, que incorpora a las personas con discapacidad, grupos sociales excluidos, marginados y vulnerables, especialmente en el ámbito rural, sin distinción de etnia, religión, sexo u otra causa de discriminación, contribuyendo así a la eliminación de la pobreza, la exclusión y las desigualdades.
- d) La calidad, que asegura condiciones adecuadas para una educación integral, pertinente, abierta, flexible y permanente.
- e) La democracia, que promueve el respeto irrestricto a los derechos humanos, la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, el ejercicio pleno de la ciudadanía y el reconocimiento de la voluntad popular; y que contribuye a la tolerancia mutua en las relaciones entre las personas y entre mayorías y minorías así como al fortalecimiento del Estado de derecho.
- f) La interculturalidad, que asume como riqueza la diversidad cultural, étnica y lingüística del país, y encuentra en el reconocimiento y respeto a las diferencias, así como en el mutuo conocimiento y actitud de aprendizaje del otro, sustento para la convivencia armónica y el intercambio entre las diversas culturas del mundo.
- g) La conciencia ambiental, que motiva el respeto, cuidado y conservación del entorno natural como garantía para el desenvolvimiento de la vida.
- h) La creatividad y la innovación, que promueven la producción de nuevos conocimientos en todos los campos del saber, el arte y la cultura.

Fines de la educación peruana: Son fines de la educación peruana:

- a) Formar personas capaces de lograr su realización ética, intelectual, artística, cultural, afectiva, física, espiritual y religiosa, promoviendo la formación y consolidación de su identidad y autoestima y su integración adecuada y crítica a la sociedad para el ejercicio de su ciudadanía en armonía con su entorno, así como el desarrollo de sus capacidades y habilidades para vincular su vida con el mundo del trabajo y para afrontar los incesantes cambios en la sociedad y el conocimiento.
- b) Contribuir a formar una sociedad democrática, solidaria, justa, inclusiva, próspera, tolerante y forjadora de una cultura de paz que afirme la identidad nacional sustentada en la diversidad cultural, étnica y lingüística, supere la pobreza e impulse el desarrollo sostenible del país y fomente la integración latinoamericana teniendo en cuenta los retos de un mundo globalizado.

La estructura del sistema educativo: El sistema educativo peruano es integrador y flexible porque abarca y articula todos sus elementos y permite a los usuarios organizar su trayectoria educativa. Se adecua a las necesidades y exigencias de la diversidad del país. La estructura del sistema educativo responde a los principios y fines de la educación. Se organiza en etapas, niveles, modalidades, ciclos y programas. El sistema educativo articula sus componentes para que toda persona tenga oportunidad de alcanzar un mayor nivel de aprendizaje. Mantiene relaciones funcionales con entidades del Estado, de la sociedad, de la empresa y de los medios de comunicación, a fin de asegurar que el

aprendizaje sea pertinente e integral y para potenciar el servicio educativo.

Las etapas, niveles, modalidades, ciclos y programas

El sistema educativo se organiza en:

- a) Etapas: Son períodos progresivos en que se divide el sistema educativo; se estructuran y desarrollan en función de las necesidades de aprendizaje de los estudiantes.
- b) Niveles: Son períodos graduales del proceso educativo articulados dentro de las etapas educativas.
- c) Modalidad: Son alternativas de atención educativa que se organizan en función de las características específicas de las personas a quienes se destina este servicio.
- d) Ciclos: Son procesos educativos que se desarrollan en función de logros de aprendizaje.
- e) Programas: son conjuntos de acciones educativas cuya finalidad es atender las demandas y responder a las expectativas de las personas.

Etapas del sistema educativo: El sistema educativo comprende las siguientes etapas:

Educación Básica.- La educación básica está destinada a favorecer el desarrollo integral del estudiante, el despliegue de sus potencialidades y el desarrollo de capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales que la persona debe poseer para actuar adecuada y eficazmente en los diversos ámbitos de la sociedad. Con un carácter

inclusivo atiende las demandas de personas con necesidades educativas especiales o con dificultades de aprendizaje.

Los objetivos de la educación básica:

- a) Formar integralmente al educando en los aspectos físico, afectivo y cognitivo para el logro de su identidad personal y social, ejercer la ciudadanía y desarrollar actividades laborales y económicas que le permitan organizar su proyecto de vida y contribuir al desarrollo del país.
- b) Desarrollar capacidades, valores y actitudes que permitan al educando aprender a lo largo de toda su vida.
- c) Desarrollar aprendizajes en los campos de las ciencias, las humanidades, la técnica, la cultura, el arte, la educación física y los deportes, así como aquellos que permitan al educando un buen uso y usufructo de las nuevas tecnologías.

Educación superior.- La educación superior está destinada a la investigación, creación y difusión de conocimientos; a la proyección a la comunidad; al logro de competencias profesionales de alto nivel, de acuerdo con la demanda y la necesidad del desarrollo

La educación superior es la segunda etapa del sistema educativo que consolida la formación integral de las personas, produce conocimiento, desarrolla la investigación e innovación y forma profesionales en el más alto nivel de especialización y perfeccionamiento en todos los campos del saber, el arte, la cultura, la ciencia y la tecnología a fin de cubrir la demanda de la sociedad y contribuir al desarrollo y sostenibilidad del

país. Para acceder a la educación superior se requiere haber concluido los estudios correspondientes a la educación básica.

Importancia de la Educación.

Coincidimos con Fernando S. (1997) al decir que vivimos en un mundo en el cual debemos esforzarnos cada día por lograr una sociedad mejor, la misma que se vea expresada en una convivencia sana, un respeto mutuo y en la cual la práctica de los valores no sea una casualidad.

En tal sentido nos menciona que nacemos humanos aunque en realidad no lo somos sino hasta después, esto debido a que no basta con nacer humanos sino que fundamentalmente tenemos que llegar a serlo, finalidad para la cual el aprendizaje se nos presenta como el medio por el cual los hombres podemos llegar a mejorarnos los unos a los otros, toda vez que existen cosas que podemos aprender y que merecen serlo a través de la educación, radicando justamente en este aspecto su vital importancia.

También menciona que educar al hombre a lo largo de toda su vida y prepararle para vivir como ciudadano, como profesional y como un sujeto valioso para la sociedad, se ha convertido en la misión última y más importante de los procesos educativos.

Se reconoce además que la educación debe acompañar al ser humano en y durante todo su desarrollo, en lo psicosomático y en todas las fases de su vida, en todas sus circunstancias personales y laborales, lo que debe permitirle vivir una existencia valiosa y auténtica.

Para el autor la educación es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de personas y sociedades. Además de proveer conocimientos, la educación enriquece la cultura, el espíritu, los valores y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos.

La educación es necesaria en todos los sentidos. Para alcanzar mejores niveles de bienestar social y de crecimiento económico; para nivelar las desigualdades económicas y sociales; para propiciar la movilidad social de las personas; para acceder a mejores niveles de empleo; para elevar las condiciones culturales de la población; para ampliar las oportunidades de los jóvenes; para vigorizar los valores cívicos y laicos que fortalecen las relaciones de las sociedades; para el avance democrático y el fortalecimiento del Estado de derecho; para el impulso de la ciencia, la tecnología y la innovación.

La educación siempre ha sido importante para el desarrollo, pero ha adquirido mayor relevancia en el mundo de hoy que vive profundas transformaciones, motivadas en parte por el vertiginoso avance de la ciencia y sus aplicaciones, así como por el no menos acelerado desarrollo de los medios y las tecnologías de la información.

En las economías modernas el conocimiento se ha convertido en uno de los factores más importantes de la producción. Las sociedades que más han avanzado en lo económico y en lo social son las que han logrado cimentar su progreso en el conocimiento, tanto el que se transmite con la

escolarización, como el que se genera a través de la investigación. De la educación, la ciencia y la innovación tecnológica dependen, cada vez más, la productividad y la competitividad económicas, así como buena parte del desarrollo social y cultural de las naciones.

La experiencia mundial muestra la existencia de una estrecha correlación entre el nivel de desarrollo de los países, en su sentido amplio, con la fortaleza de sus sistemas educativos y de investigación científica y tecnológica. Según estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), un año adicional de escolaridad incrementa el PBI per cápita de un país entre 4 y 7%.

Atrás quedaron los tiempos en que se consideraba a las erogaciones en educación como un gasto. En la actualidad, el conocimiento constituye una inversión muy productiva, estratégica en lo económico y prioritaria en lo social.

En suma, la educación contribuye a lograr sociedades más justas, productivas y equitativas. Es un bien social que hace más libres a los seres humanos.

2.2.2 Envejecimiento Activo

Envejecimiento humano

De acuerdo a los autores de la editorial Mad. (2006) coincidimos que desde la antigüedad hubo dos imágenes contrapuestas de la vejez que perdurarían a lo largo de la historia hasta nuestros días, entonces que no

nos sorprenda que tengamos posturas contradictorias en la consideración social y cultural de la vejez. Para aquella sociedad orientada hacia el trabajo, centrada en la juventud y con clara conciencia del nivel socioeconómico, los viejos son un grupo marginal y marginado que no produce y que en ocasiones genera grandes gastos; para sociedades más permisibles con la vejez, el anciano es más poderoso económica y socialmente, más educado e inteligente y además vota.

Además del concepto sociológico existe un concepto subjetivo, cultural, de vejez establecido por cada individuo para acomodarse a diversas situaciones, “uno acaba por ser lo que cree que es, y lo que cree que es depende muchas veces de lo que le dicen que es, de lo que le están diciendo que es”. En cualquier caso viejo es cuando una persona dice: “supongo que soy viejo”, “ya no se vale para nada”, “se tienen muchos años”, “ya no se tiene ilusión para nada”, “a partir de los 65 años”, “al jubilarse”, o como refiere Fernández – Ballesteros en su reciente estudio, que el 84.4% de los adultos mayores definen la vejez como “el momento de descansar después de toda una vida dedicada al trabajo”. D. Ramón Y Cajal refiere que “se es verdaderamente viejo, psicológicamente y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual”

Consideramos, el envejecimiento al conjunto de cambios morfológicas y fisiológicas que se van dando con el pasar del tiempo sobre los seres vivos, los cambios que se dan son el desgaste de los órganos, aparatos y sistemas, esto hace que el cuerpo de los seres vivos este más propensos a

contraer enfermedades por que la capacidad del organismo para hacer frente a estas ya no responde como en los años de juventud. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

La esperanza de vida según estudios realizados recientemente ha aumentado significativamente en los últimos años. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico aunque también es un reto para toda sociedad ya que debe adaptarse a esta nueva realidad. Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento. Internacionalmente, en 1984 se admitió por convenio, se denomina que anciano es toda persona mayor de 65 años, edad coincidente con la jubilación.

Datos estadísticos del envejecimiento

Según la OMS (2003), en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se

proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025.

Ese aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050.

Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad (sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales) experimentarán una transformación.

Características generales del envejecimiento humano

Maria R. (2008) Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían dependiendo de los genes, y de una persona a otra, se pueden citar algunas características generales del envejecimiento humano:

- Pérdida progresiva de la capacidad visual: Síntomas que conducen a la presbicia, miopía, cataratas, etc.
- Hipoacusia progresiva.
- Pérdida de la elasticidad muscular.
- Alteración del sueño.

- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- De generamiento de estructuras óseas: aparición de deformaciones debido a acromegalias, osteoporosis, artritis reumatoides.
- Aparición de demencias seniles: enfermedad de Alzheimer. Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la hipertensión arterial.
- Alteración de la Próstata (varones, riesgo de cáncer).
- Pérdida de la capacidad inmunitaria frente a agentes contagiosos.
- Disminución del colágeno de la piel y de la absorción de proteínas, aparición de arrugas.
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto y de la audición.
- Pérdida progresiva de la libido, disminución de la espermatogénesis en el hombre, menopausia en la mujer.

Teorías del envejecimiento

Según refiere Oddone, M. (2013) en su *Informe Envejecimiento en red*: La primera generación de teorías surgió durante la década del sesenta, aunque hubo propuestas preliminares durante la década anterior. En particular *Personal Adjustment in Old Age* de Cavan, Burgess, Havinghurst y Goldhamer publicado en 1949 y *Older People* de Havinghurst y Albrecht en 1953, son considerados como los precursores de la gerontología social.

Estos primeros esfuerzos estaban enmarcados dentro del abordaje de la psicología social y se interesaban en las distintas formas de actividad y grados de satisfacción en la vida. Con sus enfoques particulares cada uno de ellos, sin embargo, tenían en común el análisis a nivel micro social, pues se basaban en conceptos tales como roles, normas y grupos de referencia para explicar el grado de adaptación a la declinación que consideraban propia del envejecimiento. El funcionalismo estructural y el interaccionismo simbólico son las tradiciones teóricas sobre las que se construyeron estas primeras teorías sociales del envejecimiento. Por lo tanto, al tratar de explicar modelos adaptativos exitosos o disfuncionales, se centraban en el individuo como unidad de análisis, independientemente del contexto cultural o de la situación social.

La teoría de la autodeterminación de Deci (2002) y Ryan (2000)

Aporta igualmente una claridad interesante sobre el envejecimiento exitoso. Este enfoque considera la existencia de necesidades psicológicas fundamentales (autonomía, competencia y relación con otros) que deben estar satisfechas para producir bienestar, desarrollo y buen envejecimiento, además, considera la influencia del medio ambiente sociocultural en la expresión y la satisfacción de dichas necesidades. La teoría postula la existencia de una motivación intrínseca para la satisfacción de estas necesidades y para el crecimiento personal a lo largo de la vida, pero reconoce que esta tendencia es frágil, de modo que los comportamientos intrínsecamente motivados están fuertemente influenciados por factores interpersonales (Sansone y Harackiewicz,

2000). Es por esto que muchos comportamientos son extrínsecamente motivados. Gracias a los procesos de interiorización, el individuo puede más o menos interiorizar los valores asociados a ciertos comportamientos, lo que da lugar a diversos tipos de regulación: una regulación externa e introyectada (no autodeterminada), después una regulación por identificación y por integración (autodeterminada), entendiendo que la autorregulación varía según los individuos, los contextos interpersonales y los dominios de las actividades. Así, en las instituciones de ancianos donde se permite la *autonomía* o el medio ambiente favorece una regulación autodeterminada, los residentes son menos deprimidos, más satisfechos de su vida y dicen tener más vitalidad (O'Connor y Vallerand, 1994, Vallerand y O'Connor, 1989). Es necesario estar muy atento al contexto en el cual se proporciona el cuidado porque en las instituciones el personal prácticamente no estimula los comportamientos autónomos (frecuentemente es más largo y más complicado) y “recompensa” un cierta dependencia, como lo han observado Baltes, Wahl y Reichert (1991).

La teoría de la selectividad socio emocional de Cartensen (1998) cuando las *relaciones interpersonales* son de buena calidad, en el sentido de que favorecen un buen contacto emocional, es cuando son provechosas para los ancianos, esta afirmación está apoyada por las observaciones de Kasser y Ryan (1999). Para quienes hablan de *capacidad*, es evidente que las pérdidas aumentan con la edad, mientras que cuando hay selección de actividades pertinentes (Baltes y Freund, 2003) cuando las metas son reajustadas (Brim, 1992) y cuando los desafíos corresponden a las

capacidades del individuo, el sentimiento de eficacia personal se mantiene, hay actualización de sí mismo y lugar para la experiencia óptima (Csikszentmihalyi, 1990). También parece que la ayuda aportada de una manera no controladora no mina los sentimientos de autonomía y de competencia. Butzel y Ryan (1997) observaron que el anciano que consiente una “dependencia aceptada” (*volitional reliance*) disminuye su angustia psicológica (sentimiento de abandono y soledad profunda) y aumenta su bienestar. Se puede concluir que la satisfacción de necesidades psicológicas fundamentales favorece el bienestar y el buen envejecimiento. La satisfacción de necesidades psicológicas fundamentales se puede realizar mediante la elección de metas congruentes (consigo mismo y con los propios valores) si ellas se persiguen de manera autodeterminada (Ryan y La Guardia, 2000; Sheldon y Passer, 2001)

Otros autores prefieren describir en detalle la plenitud de la edad, cuando evocan la perspectiva de un envejecimiento exitoso, describiendo un alto grado de madurez caracterizado por juicio muy justo, una extrema sensibilidad estética, una profunda humanidad, es decir, alcanzar una cierta forma de sabiduría (Wong, 1998). Desde ésta óptica, Jung (1933) y Erikson (1959, 1982; Erikson, Erikson y Kivnick, 1986) recomiendan con insistencia al anciano, continuar en el mundo participando con compromiso, pero cultivando un cierto desapego. Rogers (1961) parte del principio que la naturaleza fundamental de los seres humanos es crecer y madurar e incita, por lo mismo, a mirar la vejez como una ocasión última

de alcanzar la plenitud de su potencial humano. De otra parte, Baltes y Staundinger (1993) describen un estado de sabiduría que se desarrolla al madurar y se caracteriza por una visión positiva de las dificultades de la vida, un juicio seguro que toma en cuenta el relativismo de los valores y ciertas cualidades humanas como una actitud enfática marcada de compasión. Rembrandt representa para Rosler, Hofmann, Mackenzie, Harris y Mapstone (2001) la ilustración de este estado de sabiduría última, este artista supo evolucionar su estilo de pintura para llegar al grado supremo de su arte al final de su vida. Este último punto de vista sugiere que una buena creatividad es una ventaja al envejecer (Csikszentmihalyi, 1996; Mariske y Willis, 1998; Vaillant, 2002).

La teoría de la actividad (Cavan, 1962; Havign-hurst & Albrecht, 1953), en contraposición a la del descompromiso, sostiene que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en su vida. En realidad la teoría de la actividad no fue desarrollada explícitamente hasta que debió enfrentar el desafío de la teoría del descompromiso. En su formulación original (Cavan y otros, 1949; Havinghurst & Albrecht, 1953) no estaba enmarcada dentro del interaccionismo simbólico. Sin embargo, en los desarrollos posteriores (Cavan, 1962) aparece más estrechamente ligada a esta corriente teórica, ya que en ellos se destaca la importancia de la interacción social en el desarrollo del concepto de sí mismo en la vejez. Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, el concepto de sí mismo está relacionado con los roles desempeñados. Como en la vejez se produce una pérdida de roles (por ejemplo, jubilación, viudez), para mantener un

autoconcepto positivo éstos deben ser sustituidos por roles nuevos. Por lo tanto, el bienestar en la edad avanzada depende de que se desarrolle una actividad considerable en los roles recientemente adquiridos. La teoría de la actividad proporciona la justificación conceptual al supuesto que subyace en gran cantidad de programas para los viejos: la actividad social es beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida. Al mismo tiempo, sin embargo, la teoría supone que todas las personas viejas necesitan y desean mantenerse activos y participativos. Así mismo, la teoría pasa por alto que las distintas actividades tienen diferentes significados para las personas. Lemon y otros (1972), por ejemplo, en su intento por enmarcar la teoría de la actividad en términos del interaccionismo simbólico, encontró que la relación entre bienestar y actividad en la vejez depende del tipo de actividad: formal, informal, solitaria.

La Teoría de la Actividad tal como lo enuncia Tartler en 1961, puede ser llamada o confundida con la teoría de los roles pues comparten planteamientos similares. El punto en común y que, quizás, se presta a confusión, es que toda actividad social supone o involucra un rol.

Consecuencias del envejecimiento

Para la familia

Si el envejecimiento demográfico es una consecuencia de la revolución reproductiva experimentada por los sistemas demográficos humanos en los últimos dos siglos, se entenderá que la institución social

tradicionalmente constituida en torno a la reproducción biológica y social de las personas sea un ámbito privilegiado de cambios.

El envejecimiento demográfico ha ido acompañado de una creciente seguridad en la supervivencia de los miembros de la familia hasta bien entrada su vejez. Esta seguridad hace posibles nuevas configuraciones y comportamientos de los grupos familiares y de los individuos que los integran, simplemente inviabiles cuando el fallecimiento a cualquier edad hacía probable la orfandad prematura, la pérdida de los hijos en edades temprana o la viudedad anterior a la vejez. Lo que hoy hace joven a una persona de cuarenta años es que sus dos padres están vivos y es posible que incluso también lo esté alguno de sus abuelos (de nuevo los mayores generan juventud social). Las perspectivas vitales son muy distintas cuando se llega a esa edad sabiendo que las generaciones precedentes en la línea de filiación ya han fallecido, y que el siguiente a quien “le toca” es uno mismo. Las familias han pasado de tener apenas dos generaciones presentes en la línea de filiación a generalizar la presencia de cuatro, por la probabilidad casi mayoritaria de que los niños actuales vengan al mundo en vida de sus bisabuelos. El tópico nos dice que todo esto es un problema, no una ventaja, para la familia, y se basa en la creciente presencia de personas dependientes “por su edad”. Pero se omite que, por el mismo motivo, existe hoy una generación “visagra”, en su primera vejez, que por su peso estadístico y por sus características sociodemográficas puede ejercer funciones familiares que nunca pudo asumir la vejez, y que probablemente se han convertido en la principal agencia de bienestar para

las demás generaciones en España, mientras el Estado del Bienestar hacía economías y les subsidiarizaba de cada vez más funciones. *Pérez, J., 2003*

Para los roles de género y de edad

Por el mismo motivo por el que la familia se ha visto transformada, también los roles de género y, especialmente, los del género femenino (directamente asociados a la reproducción desde tiempo inmemorial), han experimentado un cambio revolucionario. Como en cualquier otro sector productivo que experimenta un salto de escala en la productividad de su trabajo, en la reproducción humana se han producido enormes “excedentes de mano de obra” [L. Garrido Medina, 1996]. La posibilidad para las mujeres de adoptar pautas de formación y de carrera profesional similares a las masculinas ha recibido un impulso esencial en dicho proceso. Pero aún cabe explorar otra dirección en los efectos transformadores del envejecimiento demográfico sobre los roles de género: la feminización de la vejez. Es posible que, en buena medida, la posibilidad de que las mujeres jóvenes y adultas estén adoptando perfiles formativos, laborales y familiares similares a los masculinos se vea favorecida por la creciente presencia de personas de edad madura y en la primera vejez que asumen parte de las funciones de “reproducción social” que tradicionalmente les eran “propias” y que constituían el principal fundamento de las desigualdades de género. *Pérez J., 2003*

Para la salud colectiva

El envejecimiento demográfico debería haber colapsado los sistemas sanitarios y, por tanto, disminuido el nivel de salud colectiva. Tal cosa, de ser cierta, habría impedido la continuidad del propio fenómeno. En realidad, ha ocurrido todo lo contrario; ha sido un factor impulsor en la consolidación y mejora de tales sistemas, la salud ocupa cada vez un lugar más central en las sociedades avanzadas y la de los mayores ha experimentado, aproximadamente en las últimas dos décadas, una mejora que rebasa absolutamente las expectativas “límite” que cualquier especialista hubiese creído posibles en los años anteriores. El efecto “autoacumulativo” que está teniendo el envejecimiento demográfico en esta materia conduce a escenarios de auténtica ciencia-ficción. A medida que la supervivencia hasta edades muy avanzadas se “democratiza”, los nuevos mayores presentan perfiles más “actuales” y solventes (frente al modelo “tipo” de vejez depauperada). La demanda de productos y servicios sanitarios que generan está convirtiendo a este sector en uno de los más punteros en investigación. Los resultados empiezan a ser visibles y las perspectivas abiertas por la nueva biología molecular son simplemente impredecibles. Contra quienes claman contra la “inequidad generacional” cabe simplemente recordar que todos estos avances tienen al conjunto de las edades como beneficiario si, simplemente, los jóvenes de hoy tienen su supervivencia prácticamente asegurada hasta edades avanzadas. En todo caso, si hubiese alguna injusticia, sería la que afecta a los mayores actuales. Una importante proporción padece enfermedades escasamente conocidas o investigadas porque son propias de las edades avanzadas y hace pocas décadas eran pocas las personas que las padecían.

La enfermedad de Alzheimer es su paradigma. Los jóvenes actuales, a buen seguro se beneficiarán en el futuro de toda la investigación y experimentación realizada sobre los actuales afectados. Ellos son, de momento, los pioneros que abren camino. *Pérez J., 2003*

Para la estructura social

Las clases sociales constituyen probablemente uno del núcleo temático más relevante y complejos de cuantos ocupan a la sociología. El declive político del marxismo y la imprevista dirección tomada por las sociedades más avanzadas, con la extensión de las clases medias y de un sistema productivo post-industrial, habían creado desconcierto histórico y desintegración teórica en esta disciplina, hasta su resurgir en los años ochenta. Ambiciosas propuestas teóricas y empíricas le han devuelto plena vigencia e interés, y en la actualidad es común encontrar en las fuentes oficiales de muchos países variables construidas a partir de los nuevos fundamentos teóricos, como la “categoría socioeconómica” utilizada por el INE en España. Por eso es sencillo constatar que la estructura social es diferente con la edad, y en ello intervienen conjuntamente tanto la lógica del ciclo vital como el factor generacional. La plena industrialización ha generado en cada país (aún sigue haciéndolo en los más retrasados) generaciones “damnificadas” por la abrupta pérdida de su mundo anterior, rural y de economía primaria. En España son especialmente visibles, porque nacieron en la segunda década del siglo XX, padecieron la guerra civil en su juventud, la posguerra en su vida adulta, y su madurez llegó en plena mutación, allá por los años sesenta. En los años setenta y ochenta se convierten finalmente en el campo de acción para la incipiente

gerontología española. La información estadística obtenida sobre su situación económica, sanitaria o familiar, dibuja una vejez triste, empobrecida y desarraigada, que se convierte en el “tipo ideal” de la vejez, naturalizado y supuestamente característico de toda sociedad industrial. En contraste, aquellas décadas son de los “jóvenes”, las primeras generaciones cuyo ciclo vital no se ha visto interrumpido por una guerra, las primeras universalmente escolarizadas, urbanas, de empleo mayoritario en el sector secundario, las primeras del salario familiar, el piso y el seiscientos. Hoy, cuando son estos jóvenes los que alcanzan la primera vejez, subvierten el “tipo ideal” porque, en realidad, devuelven su lógica ancestral al ciclo vital. Han alcanzado una categoría socioeconómica superior a la de sus hijos adultos, y es de esperar que ésta sea la pauta habitual en el futuro, a tenor de lo que ya sabemos sobre las sucesivas generaciones que les irán continuando en la llegada a la vejez. Esta nueva situación contribuye a que las sociedades “envejecidas” posindustriales sean también sociedades “de clases medias” mayoritarias.

Pérez J. 2003.

Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS) en el departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud envejecimiento y ciclo vital en el 2015 elaboran dicho informe donde expresan que en la actualidad la mayoría de personas pueden aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más. La mayor esperanza de vida, sumada a

las caídas importantes en las tasas de fecundidad es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo.

El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. No obstante, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esta respuesta implicaría, y hay pocos datos empíricos acerca de lo que podría hacerse. Si bien se sabe que el envejecimiento activo no es solo un proceso biológico si no también psicosocial. Lo que busca la Organización Mundial de la Salud del año 2015 es cambiar y las percepciones acerca de la salud y el envejecimiento, implementando programas a nivel nacional de acuerdo a la económica de los países.

1. No existe una persona mayor típica. Las poblaciones mayores se caracterizan por su gran diversidad. Por ejemplo, algunas personas de 80 años tienen niveles de capacidad física y mental comparables a los de muchos jóvenes de 20 años, sin comprobarse aún es porque este grupo de adultos mayores tienen una vida más activa que los demás. Las políticas deben estar formuladas de manera tal de permitir que tantas personas como sea posible logren estas trayectorias positivas de envejecimiento, la OMS nos dice claramente que los adultos mayores deben de ser separados para las diferentes actividades puesto que no todos tienen las mismas capacidades y esto deben servir para derribar la gran cantidad de barreras que limitan la participación social y las contribuciones permanentes de los adultos mayores.

2. La diversidad en la edad avanzada no es casual. Aunque parte de la diversidad observada en la edad avanzada responde a nuestra herencia genética, la mayor parte se debe a los entornos físicos y sociales en los que habitamos. Estos entornos incluyen nuestro hogar, nuestro vecindario y nuestra comunidad, y pueden afectar la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que repercuten en nuestras oportunidades, decisiones y comportamientos. Es por ello que a pesar que el envejecimiento activo es un problema neto de la salud pública, engloba a cada uno de la comunidad, porque por naturaleza el hombre es un ser sociable. El entorno es un factor importantísimo para el envejecimiento activo, su influencia a menudo se ve alterada esencialmente por características (personales, familiares, de género y de origen étnico), lo que produce desigualdades en materia de salud, y cuando estas son injustas y evitables, se generan inequidades en salud.

3. La edad avanzada no implica dependencia. Las suposiciones acerca de la dependencia debido a la edad ignoran las numerosas contribuciones que las personas mayores hacen a la economía. Por ejemplo, una investigación en el Reino Unido, en 2011, calculó que después de compensar los costos de pensiones, bienestar social y salud con las contribuciones realizadas a través de impuestos, gastos de consumo y otras actividades de valor económico, los adultos mayores hacían un aporte neto a la sociedad de casi 40 000 millones de libras, una cifra que será de 77 000 millones de libras en 2030. Aunque no hay tantos

datos disponibles de los países de ingresos bajos y medianos, el porte de las personas mayores en estos contextos también es significativo.

4. El envejecimiento de la población aumentará el gasto en salud, pero no tanto como se pensaba. Otra suposición común es que las necesidades crecientes del envejecimiento de las poblaciones darán lugar a un aumento insostenible del gasto en salud. En realidad, el panorama no está tan claro, se tiene que tener en cuenta que la inversión que se realizara es a largo plazo porque los tratamientos a las enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores se tienen que controlar de a pocos. Aunque la edad avanzada se asocia generalmente con mayores necesidades de asistencia sanitaria, la relación entre la utilización del sistema de salud y el gasto en salud es variable. De hecho, en algunos países de ingresos altos, el gasto en salud por persona en realidad se reduce de manera considerable después de los 75 años de edad aproximadamente (mientras que aumenta el gasto en atención a largo plazo). El propio sistema sanitario influye en gran medida en la relación entre la edad y el gasto en salud. Probablemente en esa influencia se reflejen las diferencias en los sistemas, los incentivos, los enfoques de las intervenciones de los proveedores con respecto a las personas mayores con salud delicada y las normas culturales, sobre todo cerca del momento de la muerte.
5. El envejecimiento, la salud y el funcionamiento. A los efectos de determinar las formas de considerar la salud y el funcionamiento en la

vejez, el informe define y distingue dos conceptos importantes. El primero es la capacidad intrínseca, que se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede utilizar en un determinado momento. Sin embargo, la capacidad intrínseca es solo uno de los factores que determinaran lo que una persona mayor puede hacer. El otro es el entorno en el que habita y su interacción con él. El entorno ofrece una serie de recursos o plantea una serie de obstáculos que en última instancia determinarán si una persona con un determinado nivel de capacidad puede hacer las cosas que siente que son importantes. Esta relación entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan, es lo que se conoce como capacidad funcional, definida en el informe como los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar. A partir de estos dos conceptos, en este informe se define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Para entender el tema es fundamental tener en cuenta que ni la capacidad intrínseca ni la capacidad funcional se mantienen constantes aunque ambas tienden a disminuir con la edad, las opciones de vida o las intervenciones en diferentes momentos del ciclo de vida determinaran el camino o la trayectoria de cada individuo. El envejecimiento saludable es un proceso que depende de cada persona mayor porque su experiencia siempre puede tornarse más positiva o menos positiva. Por ejemplo, la trayectoria de envejecimiento saludable de las personas con demencia o cardiopatía avanzada puede mejorar si tienen acceso a

asistencia sanitaria asequible para optimizar su capacidad y si viven en un entorno propicio.

6. Un marco de salud pública para el envejecimiento saludable. Hay diferentes maneras posibles de iniciar las intervenciones para fomentar el envejecimiento saludable pero todas tendrán un objetivo primordial: lograr la máxima capacidad funcional. Este objetivo se puede alcanzar de dos maneras: fomentando y manteniendo la capacidad intrínseca o bien permitiendo que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes.
 - a. Servicios que proporcionan atención integrada y centrada en las personas mayores. Para ofrecer atención centrada en las personas mayores y garantizar su acceso se requerirán sistemas organizados en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, además de servicios adaptados a las personas mayores y vinculadas estrechamente a las familias y las comunidades, también se necesitara integración entre los niveles y los servicios, así como entre la asistencia sanitaria y la atención a largo plazo. Las medidas clave que pueden ayudar a lograr esto son:
 - Garantizar que todas las personas mayores tengan acceso a una evaluación completa y cuenten con un único plan de salud con todos los servicios, que procure optimizar su capacidad,
 - Crear servicios que se encuentren lo más cerca posible de donde viven las personas mayores, incluidas la atención domiciliaria y comunitaria,

- Crear estructuras de servicios que promuevan la atención con equipos multidisciplinarios,
- Apoyar la auto asistencia en las personas mayores mediante el apoyo entre pares, la capacitación, la información y el asesoramiento,
- Asegurar la disponibilidad de los productos médicos, las vacunas y las tecnologías necesarios para optimizar su capacidad.

b. Sistemas orientados en torno a la capacidad intrínseca. La nueva orientación de los sistemas en torno a la capacidad intrínseca requerirá modificar la información médica y administrativa que recogen, la forma en la que supervisan el desempeño, los mecanismos de financiación, los incentivos que utilizan y la capacitación que ofrecen. Las siguientes son algunas de las medidas que seguramente contribuirán a esta transformación:

- Adaptar los sistemas de información para recoger, analizar y dar a conocer datos sobre la capacidad intrínseca
- Adaptar los mecanismos de monitoreo del desempeño, incentivos y financiación para fomentar una atención que optimice la capacidad;
- Crear pautas clínicas para optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca y actualizar las pautas existentes para que quede claro su impacto en la capacidad.

c. Personal sanitario sostenible y debidamente capacitado. Estos nuevos sistemas requerirán que todos los proveedores de servicios cuenten con conocimientos gerontológicos y geriátricos básicos, así como con competencias más generales necesarias para trabajar en sistemas de atención integrada incluyendo buena capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de tecnologías de la información y la comunicación. Pero las estrategias no deben limitarse a definir las funciones del personal.

Entre las medidas clave que podrían adoptarse se encuentran:

- Proporcionar capacitación básica sobre temas geriátricos y gerontológicos en la formación preparatoria y en los cursos de educación permanente de todos los profesionales de la salud;
- Incluir competencias geriátricas y gerontológicas básicas en todos los planes de estudio de la salud;
- Asegurar que el número de geriatras satisfaga las necesidades de la población y alentar la creación de unidades geriátricas para gestionar casos complejos;
- Considerar la necesidad de incorporar nuevos funcionarios (como coordinadores de atención de la salud y orientadores de auto asistencia) y la necesidad de ampliar las funciones del personal existente, como los trabajadores sanitarios de la comunidad, para coordinar la atención médica de las personas mayores en el ámbito comunitario.

7. Crear entornos adaptados a las personas mayores. Este informe se basa en el marco de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud al considerar que los entornos abarcan todo el contexto en el que se vive. Este contexto incluye el transporte, la vivienda, el trabajo, la protección social, la información y la comunicación, así como los servicios de salud y atención a largo plazo, aunque estos se tratan en detalle por separado en el informe. El marco de salud pública para el envejecimiento saludable identifica un objetivo común para todos los interesados: optimizar la capacidad funcional. En el informe se estudia la forma de lograr esto en cinco dominios de la capacidad funcional que están estrechamente interconectados y son esenciales para que las personas mayores hagan lo que valoran. Se trata de las siguientes capacidades:

- Satisfacer las necesidades básicas propias;
- Aprender, crecer y tomar decisiones;
- Tener movilidad;
- Crear y mantener relaciones; y
- Contribuir

Juntas estas capacidades permiten a las personas mayores envejecer de forma segura en un lugar adecuado para ellas, desarrollándose personalmente y contribuyendo a sus comunidades y conservar su autonomía y salud. Debido a que muchos sectores y actores pueden influir en el envejecimiento saludable, es fundamental contar con un enfoque coordinado de políticas y prácticas, centrado en las necesidades y las aspiraciones de las personas mayores.

PLAMPAM 2013-2017 Promoviendo el envejecimiento activo y saludable

Queremos compartir los argumentos sostenidos con el PLAMPAM cuando refiere: 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.

Dicho Plan, aprobado por decreto supremo N° 002-2013-MIMP, precisa cuatro lineamientos de política Nacional:

- 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.

En su conjunto el PLAN PAM 2013-2017 busca que la población adulta mayor (97%) cuente con un documento nacional de identidad. Que 48,000 personas adultas mayores sean alfabetizadas. El 72% de personas adultas mayores cuenten con seguro de salud. El 40% de gobiernos regionales tengan acceso, por lo menos, a un establecimiento de salud diferenciado para la atención de las PAM. El 66% de personas adultas mayores de 60 años cuenten con una pensión o transferencia monetaria.

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. CEPAL considera que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010.

Las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales y hacerlos totalmente dependientes del sistema de seguridad social. Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y

social. En este contexto de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar se constituyen en una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez.

Los lineamientos de política establecidos en el decreto supremo N° 011-2011- MIMDES que aprueba la política nacional en relación a las personas adultas mayores son:

El MIMP, en coordinación con el Ministerio de Salud y las entidades públicas sectoriales, son responsables de promover políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de las personas adultas mayores (Artículo 9 de la Ley de PAM).

Aseguramiento en salud de la población adulta mayor. La mayor proporción de la población de 60 y más años de edad acceden al sistema de aseguramiento de Essalud (33.1%) y el 27.1% es atendido por el seguro integral de salud. Los centros del adulto mayor (CAM), orientados por Essalud y MINSA son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento. Acción familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. Actividades recreativas culturales y deportivas dirigidas a PAM son tan importantes que logran buenos resultados en la salud física y mental. La evidencia muestra que el sistema social de soporte, la actividad recreativa, la compañía la participación de actividades culturales, contribuyen a lograr mayores expectativas de vida, menos enfermedades y mayor calidad de vida de las PAM.

Previsión y seguridad social. En América Latina, y en el Perú en particular la protección social y la cobertura de pensiones en edades avanzadas sigue siendo un desafío. En el año 2011 en el Perú, solo 495,765 de la población adulta mayor se encontró en algún sistema de aseguramiento. Uno de cada cuatro peruanos está afiliado a algún sistema de pensiones, y solo uno de cada tres mayores de 65 años goza de algún tipo de pensión. El Programa nacional vida digna, a cargo del MIMP, fue creado en setiembre del año 2012, por decreto supremo N° 006-2012-MIMP. El programa busca resolver el problema de cientos de personas de más de 60 años que habitan permanentemente en las calles y pernoctan en lugares públicos o privados.

Participación e integración social: Sin embargo, el proceso de envejecimiento cambiará sustancialmente las relaciones familiares y sociales, así como las relaciones de género e inter generacionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente los más pobres.

Educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez: El MINEDU incorpora contenidos sobre el proceso de envejecimiento dentro de los planes de estudio de todos los niveles educativos (art 18). Y en su art. 17, define que el Estado en coordinación con las universidades deberá

impulsar la formulación de programas de educación superior y de investigación en las etapas de pregrado y post grado en las especialidades de geriatría y gerontología en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las PAM dirigidos a personal técnico asistencial.

El Informe tiene por objetivo visibilizar avances en el cumplimiento de la política nacional de las PAM sin dejar de valorar que los avances cuantitativos presentados en relación a los cuatro ejes estratégicos nacionales, aún observan restricciones que requieren ser mejoradas, tanto como la inversión multisectorial requerida para este sector poblacional.

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. 70 organizaciones de personas adultas mayores (PAM) participan en los presupuestos participativos y planes de desarrollo de los gobiernos regionales y locales.

2.2. Definiciones conceptuales.

Nivel

Medida de una cantidad en relación a una escala específica, la que lo presenta como el grado o altura que se logra en determinadas cuestiones del ámbito social (“se trata de una persona de buen nivel cultural”). El concepto que nos ocupa también es empleado con mucha frecuencia en el ámbito de la educación. Así, se suele hablar de niveles educativos para referirse a las diversas especialidades (doctorados, licenciaturas, bachillerato.) que existen dentro del sistema y que determinan la posición formativa en la que se encuentra una persona con respecto a otras. *Real Academia Española (2014)*,

Índice económico, social, cultural, etc., en que se desenvuelve la existencia del ciudadano medio de un país. Se calcula mediante datos estadísticos e informes oficiales relativos al consumo, por parte de la población de determinados artículos (Cemento, papel, acero), así como a través de los índices de mortalidad infantil, longevidad, analfabetismo, calorías alimenticias, por habitantes y día, etc. *Enciclopedia Universal Grolier (1972)*

Educación

Caracterizan la naturaleza mediadora de la educación, y señalan que toda persona o grupo humano, para poder sobrevivir y desarrollarse, debe establecer nexo y comunicación con otras personas y con la naturaleza son intrínsecas a la conducta humana. *Valer C. (1999)*.

La educación es un proceso típicamente humano, porque presupone capacidades exclusivas del hombre, tales como la inteligencia por la cual aprende y planea su

perfeccionamiento, la libertad para autorrealizarse , el poder de relacionarse y comunicarse, la posibilidad de socializarse , y luego concluye , que la educación es proceso exclusivamente humano, intencional, intercomunicativo y espiritual, en virtud del cual se realizan con mayor plenitud la instrucción la personalización y la socialización del hombre. *Fermoso (1997)*

Sin nivel

Sin (prep), indica una situación de carencia o inexistencia. Recuperado 27/10/2016 desde La Escuela *Digital* <http://www.escueladigital.com.uy/espaniol/preposicion.htm>.

Educación básica

La educación básica regular (EBR) es la modalidad que abarca los niveles de educación inicial, primaria y secundaria (Artículo 36 de la Ley 28044). Está dirigida a los niños y adolescentes que pasan oportunamente por el proceso educativo. Se ofrece en la forma escolarizada y no escolarizada a fin de responder a la diversidad familiar, social, cultural, lingüística y ecológica del país. Los servicios educativos se brindan por niveles educativos. *Ley General de Educación Nro. 28044.*

La educación tiene como objetivo la formación de capacidades y actitudes de los individuos para su integración a la sociedad como seres que sean capaces de regular el estatus que a la vez puedan transformar la realidad social en pos de los valores vigentes en un momento histórico determinado. Por tanto, la tarea de la educación superior es “la formación de profesionales competentes; individuos que resuelvan creativamente, es decir, de manera novedosa, eficiente y eficaz, problemas sociales” *Ibáñez (1994).*

Envejecer

Hacer vieja a una persona o cosa; durar permanecer por mucho tiempo *Tri diccionario enciclopédico universal (1999)*

Envejecimiento

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. *Organización Mundial de la Salud (2003)*

Envejecimiento activo

Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". El término "activo" se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente en lo laboral o participar en la mano de obra. En sus inicios, algunas definiciones le dieron mayor énfasis al aspecto laboral definiéndola como la capacidad de las personas de llevar vidas productivas en la sociedad y en la economía a medida que se envejece. *Organización Mundial de la Salud (2002)*,

El envejecimiento activo es la capacidad de las personas de adaptarse a los cambios que son parte del envejecimiento. Se envejece activamente en la medida en que se tiene la fuerza, la energía y los recursos necesarios para adaptarse a los cambios que van ocurriendo. *Sims, Kerse, y Long (2000)*,

Salud

Según la OMS la definición de salud es “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad “Esta concepción de salud plantea al sujeto como un ser bio – psico – social, o sea posee un enfoque holístico de los individuos en contraposición al modelo médico, el cual era reduccionista. *Organización Mundial de la Salud (1948)*.

Salud mental

La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, sino que también implica un estado mental positivo, que se concreta en: un modo de pensar compasivo hacia nosotros mismos y hacia los demás, tener expectativas de futuro positivas, un modo adaptativo de interpretar la realidad, y disponer de recursos psicológicos para afrontar las adversidades y para desarrollarse como ser humano. *Vázquez y Hervás (2012)*,

Ausencia de enfermedad mental. *Diccionario de pedagogía y psicología (2000)*

Salud física

La salud física es un estado de bienestar donde tu cuerpo funciona de manera óptima. Es la ausencia de enfermedades en tu cuerpo y el buen funcionamiento fisiológico de nuestro organismo. Estar sano y saludable es muy indispensable para poder disfrutar de los otros aspectos de salud como lo son el emocional y el mental. *Mi enciclopedia Activa (2000)*

La salud física, debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte. Para asegurarnos de que sí vamos a llegar lo más lejos posible en la vida, tenemos que cuidar a nuestro cuerpo de la mejor manera. *Suhail V., (1999).*

Participación social

Es la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades. En este sentido, la participación social se concibe como un legítimo derecho de los ciudadanos más que como una concesión de las instituciones. Para que la participación social se facilite, se requiere de un marco legal y de mecanismos democráticos que propicien las condiciones para que las comunidades organizadas hagan llegar su voz y sus propuestas a todos los niveles de gobierno. *Consejo Nacional de Participación Social en Educación, Consejos escolares (2000),*

Seguridad es el conjunto de normas preventivas y operativas, con apoyo de procedimientos, programas, sistemas, y equipos de seguridad y protección, orientados a neutralizar, minimizar y controlar los efectos de actos ilícitos o

situaciones de emergencia, que afecten y lesionen a las personas y los bienes que estas poseen. *Gerardo S. (2000)*

Adulto mayor

Se ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60-65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría. *Chakiel: (2000)*,

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

2.3. Formulación de hipótesis.

2.3.1 Hipótesis general.

H₁: El nivel de educación se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

H₀: El nivel de educación no se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

2.3.2 Hipótesis específica.

Hipótesis específica 1

Ha: El nivel de educación se relaciona significativamente con la salud en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

Ho: El nivel de educación no se relaciona significativamente con la salud en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

Hipótesis específica 2

Ha: El nivel de educación se relaciona significativamente la seguridad en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

Ho: El nivel de educación no se relaciona significativamente la seguridad en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

Hipótesis específica 3

Ha: El nivel de educación se relaciona significativamente con la participación en los Adultos Mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Ho: El nivel de educación no se relaciona significativamente con la participación en los Adultos Mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Capítulo III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo

La investigación por su finalidad es básica, porque se está apoyando en teorías ya comprobadas por otros autores que estudiaron este mismo tema además contribuye a los conocimientos ya existentes; es descriptivo porque se describió situaciones , hechos o fenómenos de cómo se comportó nuestro objeto de estudio, es correlacional porque nos permitió establecer la relación que existe entre las variables; Nivel Educativo y Envejecimiento Activo en los Adultos

Mayores del CAM del Centro de Atención Primaria II Chancay (Pedro B, y Annelie B , 2014 pag. 46)

Diseño no experimental, porque los investigadores no manipularon las variables y de corte transversal porque se aplicó el instrumento en un mismo momento a la población objeto de estudio, como lo menciona Hernández, S. Fernández, & Baptista, P. Capítulo V pag.85.

3.1.2. Enfoque

La investigación es cuantitativa porque se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. (Hernández S. y Otros, 2003, p5)

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población de estudio está formada por 60 adultos mayores CAM del quienes participan activamente en los diferente talleres. (Tai – Chi, Manualidades, Aeróbicos, danza y computación), programados por la institución. También porque están en un rasgo de 60 a 80 años de edad.

3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
<p>Nivel de Educación</p> <p>Es el periodo gradual del proceso educativo articulado, dentro de las etapas educativas. (Ley General de Educación N° 28044 Título III-Art. 28 I.B)</p>	Nivel	Sin Nivel	Analfabeto	Encuesta INEI Censo Agrario 1994
		Básica	Educación inicial Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa	
		Superior	Superior no universitario incompleta Superior no universitario completa Superior universitario incompleta Superior universitario completa	

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
<p>Envejecimiento Activo</p> <p>Proceso que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad potencializando su bienestar físico, social y mental con el fin de mejorar la calidad de Vida a medida que envejecen</p> <p>Organización Mundial de la Salud (O.M.S – 2003)</p>	Salud	Mental	¿Le gusta realizar trabajos artesanales (pintura, poesía, arcilla, decoración, etc.)?	Inventario de Envejecimiento Activo – Bedoya Rodríguez, Lorena y Rojas Carranza, Hugo.
			¿Considera a la lectura una actividad placentera?	
			¿Escucha música de su agrado?	
		Físico	¿Considera importante la limpieza de su habitación?	
			¿Le gusta verse aseado y presentable?	
			¿Se higieniza usted personalmente?	
	Participación	Social	¿Realiza ejercicios por la mañana?	
			¿Le gusta estar con sus amigos?	
			¿Se siente usted molesto por cualquier situación?	
		Familiar	¿Asiste a paseos con los integrantes de su grupo?	
			¿Le gusta cuidar de sus nietos u otro familiar menor?	
			¿Participa activamente en reuniones familiares?	
	Seguridad	Entorno	¿Siente usted alegría?	
			¿Tiene usted una dieta adecuada para su alimentación?	
			¿Asiste al médico para su chequeo?	
		Personal	¿Cuenta usted con productos adecuados para su higiene?	
¿Se considera una persona poco sociable?				
¿Le gustaría integrar una organización en su comunidad?				
¿Tiene usted dificultad para asumir nuevas metas?				
¿Le cuesta aceptar su condición de Jubilado?				

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

Encuesta: Para contrastar y comprobar la hipótesis, se aplicó un instrumento en calidad de encuesta con 20 ítems donde se pudo canalizar puntos referentes a las variables: nivel educativo y envejecimiento activo.

3.4.2 Descripción de los instrumentos

Cuestionario.- Se hizo uso de dos instrumentos e recolección de datos

- a. Instrumento que fue utilizado por el INEI, en el censo agropecuario nos ayudó a recopilar datos sobre el nivel educativo en los adultos mayores, consta de 5 preguntas.

- b. Inventario de Envejecimiento Activo, es un instrumento elaborado por Bedoya Rodríguez, Lorena y Rojas Carranza, Hugo; adaptado por las autoras para medir la variable envejecimiento activo. En el área de envejecimiento activo, el objetivo que se persiguió con este instrumento fue conocer el nivel de envejecimiento. Si es activo, moderado o sedentario.

Este instrumento es una evaluación personal que nos permitirá medir el nivel de envejecimiento activo del adulto mayor, está constituido por 20 ítems, cada uno tienen tres alternativas de respuestas siendo estas:

- Nunca= 1
- A veces=2
- Siempre =3

El inventario consta de 20 ítems .Mediante la prueba, realizó una valoración del envejecimiento en tres niveles, acorde a la cantidad de puntaje obtenida:

- Envejecimiento activo
- Envejecimiento moderado
- Envejecimiento sedentario

Interpretación: Para interpretar los puntajes en las escalas parciales, se empleó los siguientes criterios.

De 46 a 60 puntos	Envejecimiento activo
De 31 a 45 puntos	Envejecimiento moderado
De 20 a 30 puntos	Envejecimiento sedentario

3.5. Técnicas para el procesamiento

Las técnicas que se utilizó en el procesamiento de la información fueron:

Análisis de la información. Se analizó las informaciones recopiladas de diferentes fuentes (observaciones, revista, libros. diarios, páginas de internet, etc.)

Conteo computacional. El conteo computacional se realizó mediante el programa estadístico SPSS (Versión 23)

Resumir los resultados. En tablas, figuras, esquemas y codificación, después de haber realizado el conteo manual y computacional.

Capítulo IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Características de la población

4.1.1 Edad de la población

De acuerdo a los estadísticos obtenidos la edad promedio de la población de estudio es de 70 años de edad, considerada dentro de la etapa edad avanzada. Así mismo; tenemos una edad modal de 62 años Una desviación estándar 6,551 que señala una variabilidad mínima en relación a la edad promedio. Por último, edad mínima de 56 años y máxima de 86 años de edad.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la edad del adulto mayor

N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		70,07
Moda		62 ^a
Desv. típ.		6,551
Varianza		42,911
Rango		30
Mínimo		56
Máximo		86

Existen varias modas. Se mostrará

el menor de los valores.

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, tenemos que 44 adultos mayores que representan el 73,3% están en la etapa de la edad avanzada de 60 a 74 años, y solo 16 adultos mayores que representan 26,7% se encuentra en la etapa intermedia de viejos ancianos de 75 a 90 años de edad.

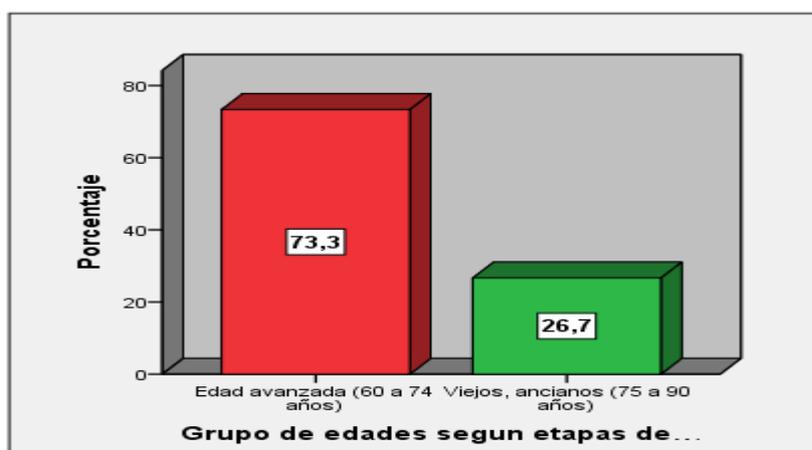
Tabla 2

Distribución de frecuencias y porcentajes de grupo de edades según etapas del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Edad avanzada (60 a 74 años)	44	73,3
Viejos, ancianos (75 a 90 años)	16	26,7
Total	60	100,0

Fuente. Ídem

Gráfico 1. Distribución porcentual de grupo de edades de Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia

4.1.2 Estado civil del adulto mayor

Tabla 3

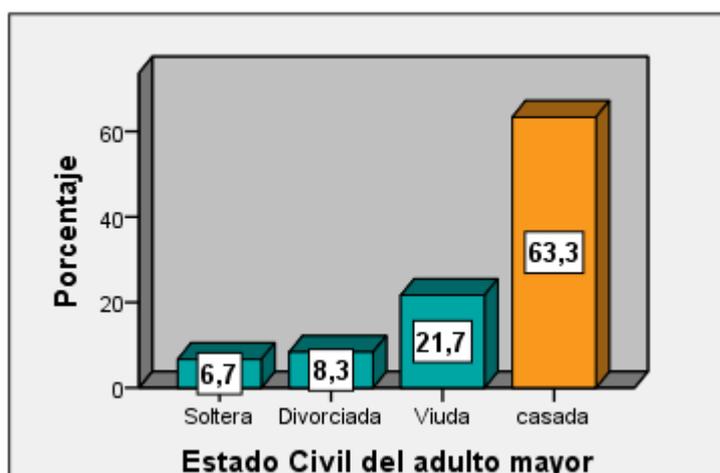
Distribución de frecuencias y porcentajes del estado civil del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	6,7
Divorciada	5	8,3
Viuda	13	21,7
casada	38	63,3
Total	60	100,0

Fuente: Ídem

En la tabla se observa que 38 adultos mayores que representan el 63,3 % son casados, 13 personas que representan el 21,7% son viudos, 4 personas que representan el 6,7% son solteros y solo el 8,3% son divorciadas.

Gráfico 2. Distribución de porcentajes del estado civil del adulto mayor



Fuente: Ídem

4.1.3. Género del adulto mayor

Tabla 4.

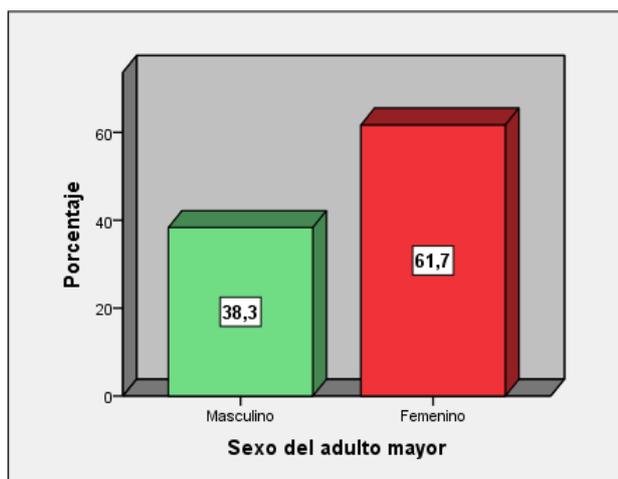
Distribución de frecuencias y porcentajes de género del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	23	38,3
Femenino	37	61,7
Total	60	100,0

Fuente: Ídem

De acuerdo a la tabla 4, se predice que 37 adultos mayores, es decir; el 61.7% son de sexo femenino y 23 adultos mayores que representan el 38,3% son de sexo masculino, se observa la predominancia de mujeres en la población de estudio.

Gráfico 3. Distribución de porcentajes de género del adulto mayor



Fuente. Ídem

4.1.4. Grado de instrucción del adulto mayor

Tabla 5

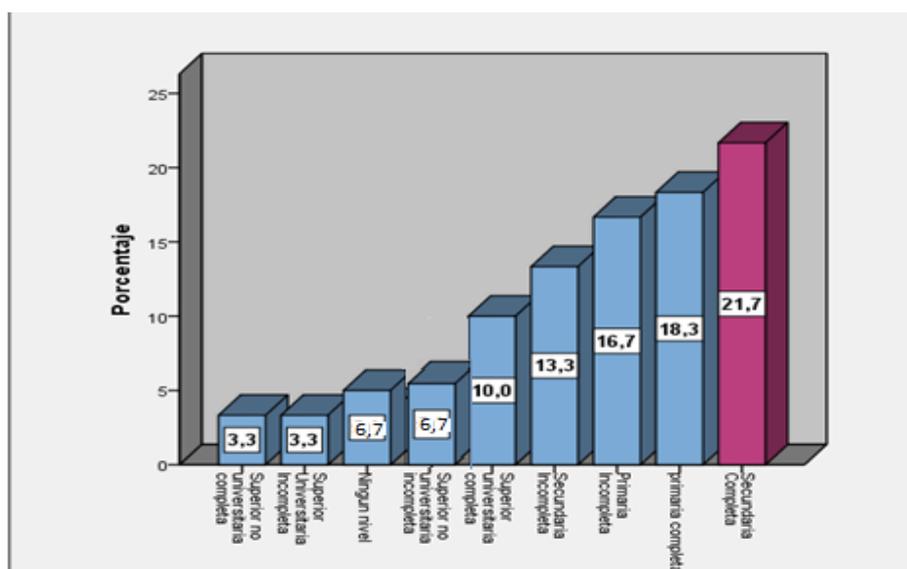
Distribución de frecuencias y porcentajes del grado de instrucción del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Superior no universitaria completa	2	3,3
Superior Universitaria Incompleta	2	3,3
Ningún nivel	4	6,7
Superior no universitaria incompleta	4	6,7
Superior universitaria completa	6	10,0
Secundaria Incompleta	8	13,3
Primaria Incompleta	10	16,7
primaria completa	11	18,3
Secundaria Completa	13	21,7
Total	60	100,0

Fuente. Ídem

De la tabla se predice que 13 adultos mayores que representan el 21,7% tiene secundaria completa, 11 adultos mayores que representan el 18,3% manifiestan que tienen primaria completa y solo 6 adultos mayores que son 10% tienen estudios universitarios completos.

Gráfico 4. Distribución de porcentaje del grado de instrucción del adulto mayor



Fuente: Ídem

4.1.5. Profesión u oficio del adulto mayor

Tabla 6

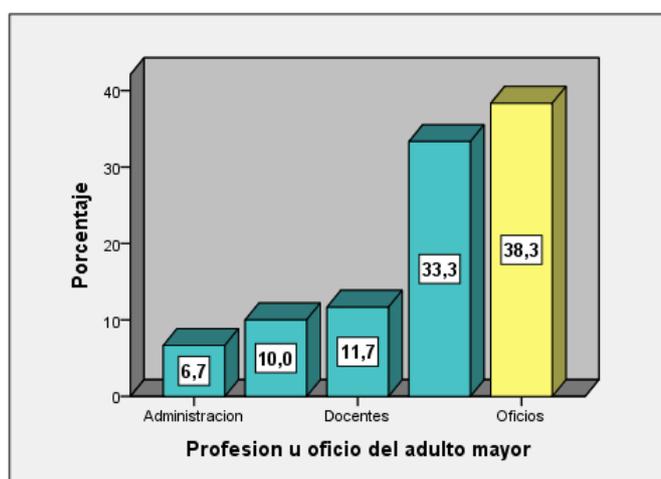
Distribución de frecuencias y porcentajes de la profesión u oficios del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Administración	4	6,7
Comerciantes	6	10,0
Docentes	7	11,7
Ama de casa	20	33,3
Oficios	23	38,3
Total	60	100,0

Fuente: Ídem

Se observa que 23 adultos mayores que representan el 38,3% se han desarrollado como técnicos en oficios que les ha permitido subvencionar a sus familias, 20 adultos mayores que representan una tercera parte de la población son amas de casa, el 11,7% son docentes, el 10% comerciantes y solo el 6,7% se han desarrollado en ámbito administrativo.

Gráfico 5. Distribución de porcentajes de la profesión u oficios de los adultos mayores



Fuente. Ídem

4.2. Variable Nivel educativo

Para una mejor comprensión se presenta la tabla siguiente donde indica claramente que el 93, 3% manifiestan que si saben leer y escribir es decir son alfabetos; sin embargo observamos aun en pleno siglo XXI aún hay analfabetos es así que el 6,7% (4 adultos mayores) respondieron no saber leer ni escribir.

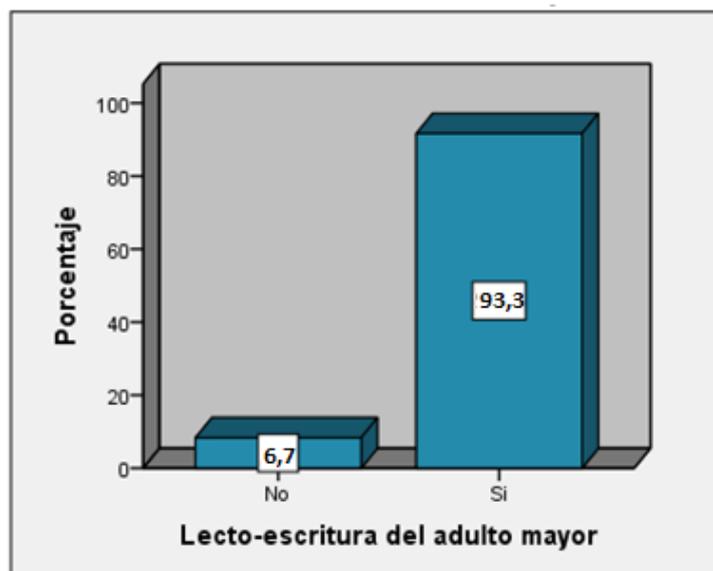
Tabla 7

Distribución de frecuencias y porcentajes en relación a Lecto-escritura del adulto mayor.

	Frecuencia	Porcentaje
No	4	6,7
Si	56	93,3
Total	60	100,0

Fuente. Ídem

Gráfico 6 . Distribución de porcentajes de lecto-escritura del adulto mayor



Fuente. Ídem

4.2.2 Nivel educativo del adulto mayor

Tabla 8

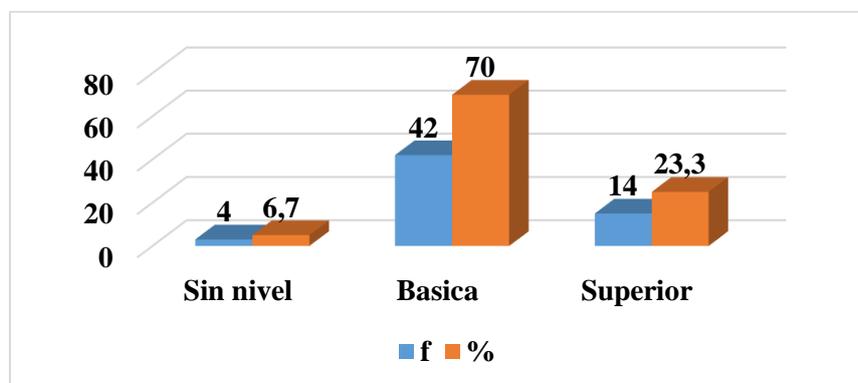
Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel educativo del adulto mayor

Nivel		
educativo	f	%
Sin nivel	4	6,7
Básica	42	70
Superior	14	23,3
Total	60	100

Fuente. Ídem

El tabla 8 tenemos, 42 adultos mayores que representan el 70% señalan haber culminado o está en el nivel básico que corresponde a Primaria y Secundaria, por otro lado solo el 23,3% a cuarta parte de la población accedió a estudio superiores.

Gráfico 7. Distribución de porcentajes de los niveles educativos del adulto mayor



Fuente. Ídem

4.3 Variable Envejecimiento activo

4.3.1. Condiciones de salud del adulto mayor

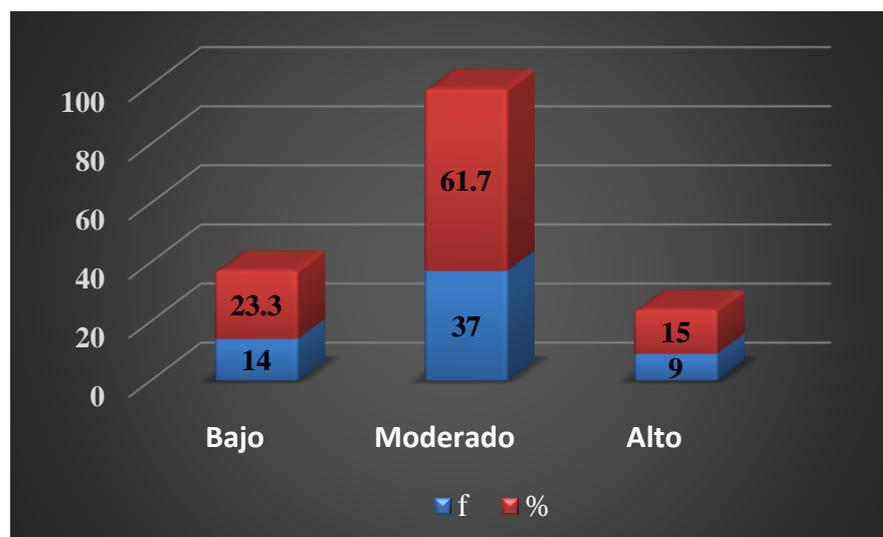
Tabla 9
Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión de condiciones de salud del adulto mayor

Salud	f	%
Bajo	14	23,3
Moderado	37	61,7
Alto	9	15
Total	60	100

Fuente. Ídem

De la tabla se predice que 37 adultos mayores que representan el 61,7% señalan que sus condiciones de salud son moderadas, es decir; según la OMS la definición de salud es “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad“(OMS, 1948) entonces la mayoría tienen una salud equilibrada. El 23,3% señalaron condiciones bajas de salud esto sí es preocupante porque por la edad que tienen necesitan mejorar estas condiciones que van en camino al deterioro corporal y por último solo el 15% manifiestan tener un nivel alto de salud.

Gráfico 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de las condiciones de salud del adulto mayor



Fuente. Ídem

4.3.2. Procesos de participación del adulto mayor

Tabla 10

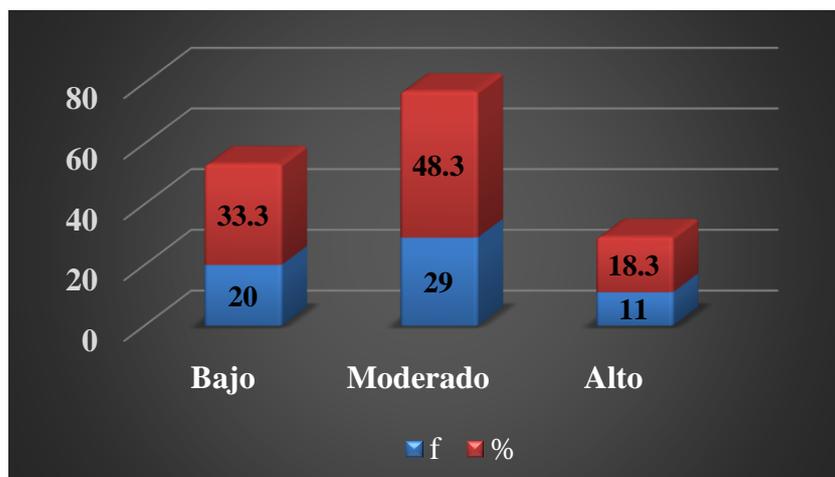
Distribución de frecuencias y porcentajes de la participación del adulto mayor.

Participación	f	%
Bajo	20	33,3
Moderado	29	48,3
Alto	11	18,3
Total	60	100

Fuente. Ídem

En cuanto a esta dimensión tenemos que 29 adultos mayores que representan el 48,3% señalan nivel moderado de participación en su vida personal y familiar, 20 adultos mayores que son un tercio de la población manifiestan tener bajos niveles de participación y solo 11 adultos mayores que representan el 18,3% afirman tener proceso de participación a nivel alto.

Gráfico 9. Distribución de porcentaje de la participación del adulto mayor



Fuente. Ídem

4.1.3 Condiciones de seguridad del adulto mayor

Tabla 11

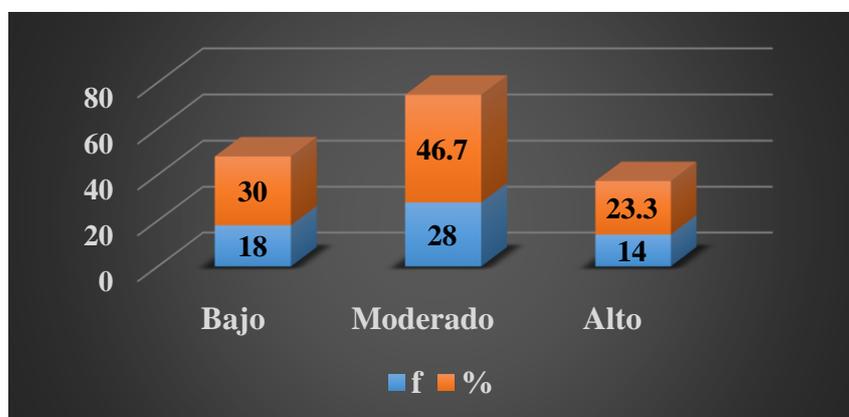
Distribución de frecuencias y porcentajes de seguridad del adulto mayor

Seguridad	f	%
Bajo	18	30
Moderado	28	46,7
Alto	14	23,3
Total	60	100

Fuente. Ídem

De la tabla se predice que 28 adultos mayores que representan el 46,7% señalan que tienen niveles moderados de seguridad en el entorno y personal, 18 adultos mayores que son 30% que manifiestan niveles bajos de seguridad y por ultimo 14 adultos mayores que representan el 23,3% manifiestan niveles altos de seguridad.

Gráfico 10. Distribución de porcentajes de seguridad en el adulto mayor



Fuente. Ídem

4.4. Contrastación de la hipótesis

4.4.1. Hipótesis General

En la tabla de contingencia siguiente se observa que 43 adultos mayores que representan el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, el 58,3% manifiestan tener una vida con envejecimiento activo y por último el 41,7% manifiestan que su nivel educativo es básico y llevar un envejecimiento activo.

Tabla 12

Distribución de frecuencias y porcentajes de niveles educativos y envejecimiento activo de los adultos mayores

			Envejecimiento activo (agrupado)			Total
			Sedentario	Moderado	Activo	
Sin nivel	Recuento		3	1	0	4
	% del total		5,0%	1,7%	0,0%	6,7%
Niveles educativos	Educación	Recuento	0	18	25	43
	Básica	% del total	0,0%	30,0%	41,7%	71,7%
	Educación superior	Recuento	0	3	10	13
		% del total	0,0%	5,0%	16,7%	21,7%
Total		Recuento	3	22	35	60
		% del total	5,0%	36,7%	58,3%	100,0%

Fuente. Ídem

Para la contrastación de la hipótesis general se determinó realizar con el apoyo de la correlación de Rho Spearman a partir de los enunciados siguientes:

H_a. El nivel de educación se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

H_o. El nivel de educación no se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Tabla 13

Correlación Rho Spearman de Niveles educativos y Envejecimiento activo en el adulto mayor

		Envejecimiento activo	Niveles educativos
Envejecimiento activo	Coefficiente de correlación	1,000	,369**
	Sig. (bilateral)	.	,004
	N	60	60
Niveles educativos de	Coefficiente de correlación	,369**	1,000
	Sig. (bilateral)	,004	.
	N	60	60

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Ídem

De acuerdo con el nivel de significancia de ambas variables que es de 0,004 respectivamente, menor al $\alpha=0.05$, por lo que existen evidencias para señalar una relación significativa **rechazando la hipótesis Nula Ho y se acepta la hipótesis alterna Ha**, con un coeficiente de correlación de ,369 indicando una magnitud de correlación positiva baja. Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016., por lo que queda demostrada la hipótesis general.

4.4.2 Hipótesis Especifica 1

En la tabla de contingencia siguiente se observa que 43 adultos mayores que representan el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, 37 adultos mayores que representan el 61,7% manifiestan tener una salud moderada y por último el 41,7% manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y llevar un envejecimiento moderado.

Tabla 14.

Distribución de frecuencias y porcentajes de niveles educativos y salud de los adultos mayores

		Salud (agrupado)			Total
		Sedentario	Moderado	Activo	
Sin nivel	Recuento	3	1	0	4
	% del total	5,0%	1,7%	0,0%	6,7%
Niveles educativos	Educación Recuento	11	25	7	43
	Básica % del total	18,3%	41,7%	11,7%	71,7%
superior	Educación Recuento	0	11	2	13
	% del total	0,0%	18,3%	3,3%	21,7%
Total	Recuento	14	37	9	60
	% del total	23,3%	61,7%	15,0%	100,0%

Fuente. Ídem

Fuente. Ídem

Para la contrastación de la hipótesis específica 1 se determinó realizar con el apoyo de la correlación de Rho Spearman a partir de los enunciados siguientes:

H₁. El nivel de educación, se relaciona significativamente con los cuidados en salud del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

H₀. El nivel de educación, no se relaciona significativamente con los cuidados en salud del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Tabla 15

Correlación de Rho de Spearman de Niveles educativos y salud de los adultos mayores

		Niveles educativos	Condiciones de Salud
Niveles educativos	Coeficiente de correlación	1,000	,306*
	Sig. (bilateral)	.	,017
Rho de Spearman	N	60	60
Condiciones de Salud	Coeficiente de correlación	,306*	1,000
	Sig. (bilateral)	,017	.
	N	60	60

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente. Ídem

De acuerdo con el nivel de significancia de ambas variables es de 0,017 respectivamente, menor al $\alpha=0.05$, por lo que existen evidencias para señalar una relación significativa **rechazando la hipótesis Nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_a** , con un coeficiente de correlación de 0,306 indicando una magnitud de correlación positiva baja. Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con los cuidados en salud del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

4.3.3. Hipótesis específica 2

En la tabla de contingencia siguiente se observa que 43 adultos mayores que representan el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, 29 adultos mayores que representan el 48,3% manifiestan tener una participación moderada y por último el 38,3% manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y tienen una participación moderada. Cabe indicar que existe 33.3% que han afirmado que sus niveles de participación son bajos.

Tabla 16

Distribución de frecuencias y porcentajes de niveles educativos y participación de los adultos mayores

		Participación			Total	
			Bajo	Moderado	Alto	
Sin nivel	Recuento		2	2	0	4
	% del total		3,3%	3,3%	0,0%	6,7%
Niveles educativos	Educación	Recuento	12	23	8	43
	Básica	% del total	20,0%	38,3%	13,3%	71,7%
	Educación	Recuento	6	4	3	13
	Superior	% del total	10,0%	6,7%	5,0%	21,7%
Total		Recuento	20	29	11	60
		% del total	33,3%	48,3%	18,3%	100,0%

Fuente. Ídem

Para la contrastación de la hipótesis específica 2 se determinó realizar con el apoyo de la correlación de Rho Spearman a partir de los enunciados siguientes:

H₂. El nivel de educación se relaciona significativamente con el proceso de participación del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

H₀ El nivel de educación no se relaciona significativamente con el proceso de participación del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.

Tabla 17.

Correlación Rho de Spearman de Niveles educativos y participación de los adultos mayores.

		Niveles educativos	Proceso de participación
Niveles educativos	Coeficiente de correlación	1,000	-,005
	Sig. (bilateral)	.	,968
Rho de Spearman	N	60	60
Proceso de participación	Coeficiente de correlación	-,005	1,000
	Sig. (bilateral)	,968	.
	N	60	60

Fuente. Ídem

De acuerdo con el nivel de significancia de ambas variables es de 0,968 respectivamente, mayor al $\alpha=0.05$ por lo que existen evidencias estadísticas para señalar que no existe relación significativa **aceptando la hipótesis Nula Ho y rechazando la hipótesis alterna Ha**. Concluyéndose: El nivel de educación no se relaciona significativamente con los proceso de participación del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

4.3.4 Hipótesis específica 3

En la tabla de contingencia siguiente se observa que 43 adultos mayores que representan el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, 28 adultos mayores que representan el 46,7% manifiestan tener una seguridad moderada y por último el 31,7 % manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y tienen una seguridad moderada. Cabe indicar que existe 30.0% que han afirmado que sus niveles de seguridad son bajos.

Tabla 18

Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles educativos y seguridad de los adultos mayores.

			Seguridad			Total
			Bajo	Moderado	Alto	
Sin nivel	Recuento		2	2	0	4
	% del total		3,3%	3,3%	0,0%	6,7%
Niveles educativos	Educación	Recuento	15	19	9	43
	Básica	% del total	25,0%	31,7%	15,0%	71,7%
	Educación	Recuento	1	7	5	13
	Superior	% del total	1,7%	11,7%	8,3%	21,7%
Total		Recuento	18	28	14	60
		% del total	30,0%	46,7%	23,3%	100,0%

Fuente. Ídem

Para la contrastación de la hipótesis específica 3, se determinó realizar con el apoyo de la correlación de Rho Spearman a partir de los enunciados siguientes:

H₃. El nivel de educación se relaciona significativamente con las condiciones de seguridad del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

H₀. El nivel de educación no se relaciona significativamente con las condiciones de seguridad del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Tabla 19

Correlación Rho de Spearman de niveles educativos y seguridad de los adultos mayores.

		Niveles educativos	Seguridad
Niveles educativos	Coeficiente de correlación	1,000	,298*
	Sig. (bilateral)	.	,021
Rho de Spearman	N	60	60
Seguridad	Coeficiente de correlación	,298*	1,000
	Sig. (bilateral)	,021	.
	N	60	60

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente. Ídem

De acuerdo con el nivel de significancia de ambas variables es de 0,021 respectivamente, menor al $\alpha=0.05$ por lo que existen evidencias estadísticas para señalar una relación significativa **rechazando la hipótesis Nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_a** , con un coeficiente de correlación de 0,298 indicando una magnitud de correlación positiva baja. Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con las condiciones de seguridad del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

Capítulo V

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

La población de estudio tiene una edad promedio de la población de estudio es de 70 años de edad, considerada dentro de la etapa edad avanzada, están en la etapa de la edad avanzada de 60 a 74 años. La mayoría son de sexo femenino y tienen secundaria completa, se han desenvuelto como técnicos en oficios que les ha permitido subvencionar a sus familias, y una tercera parte de la población son amas de casa. Es importante señalar que la OMS tiene toda una explicación biopsico social de estas edades ya que el envejecer es una característica fisiológica el ser humano donde progresivamente se va deteriorando las funciones biológicas y psicológicas

Sobre la información obtenida de la variable **NIVEL EDUCATIVO** tenemos la mayoría manifiestan que si saben leer y escribir es decir son alfabetos; sin embargo

observamos aun en pleno siglo XXI aún hay analfabetos es así que el 6,7% (4 adultos mayores) respondieron no saber leer ni escribir. El 70% señalan haber culminado o está en el nivel de educación básica que corresponde a Primaria y Secundaria, por otro lado solo el 23,3% a cuarta parte de la población accedió a estudio superiores.

Sobre la información obtenida de la variable **ENVEJECIMIENTO ACTIVO** tenemos que la mayoría de adultos mayores señalan que sus **condiciones de salud** son moderadas, es decir; según la OMS la definición de salud es “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad“(OMS, 1948) entonces la mayoría tienen una salud equilibrada Cabe indicar que existe un buen porcentaje entonces que señalaron que sus condiciones de salud son bajas, esto si es preocupante porque por la edad que tienen necesitan mejorar estas condiciones que van en camino al deterioro corporal . Por otro lado, la mayoría señaló un nivel moderado de **participación en su vida personal y familiar**, y un tercio de los adultos mayores manifiestan tener bajos niveles de participación. Por último, la mayoría señalan que tienen niveles moderados de **seguridad en el entorno y personal**, y un tercio de población manifiesta niveles bajos de seguridad.

En cuanto al objetivo general se logró determinar la relación entre el nivel de educación y el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016., a partir de la correlación de Spearman por lo que queda demostrada la hipótesis general al 71,7% tienen educación básica: primaria o Secundaria, el 58,3% manifiestan tener una vida con envejecimiento activo y por último el 41,7% manifiestan que su nivel educativo es básico y llevar un envejecimiento activo constatándose la hipótesis general. Estos resultados coincidentes con los de Abarca, J.; Chino, B.; Llacho, M.; Gonzales, K.; Mucho, K.;

Vasquez, R. & Cardenas, C. (2012) quienes en su investigación muestran una clara relación entre el deterioro cognitivo y la edad, mostrando que en sujetos con mayor edad se observa puntuaciones menores que indicarían deterioro cognitivo. De igual forma se establece la relación entre el nivel educativo y deterioro cognitivo que evidencia la baja puntuación obtenida por la población analfabeta. Como conclusión, muestran una clara relación entre el nivel educativo y la presencia de deterioro cognitivo en poblaciones envejecidas. A demás concluyeron que los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos. Estas primeras aproximaciones al deterioro cognitivo en nuestro medio ponen de relieve la importancia de la implementación de políticas socioeducativas eficaces que permitan el acceso a la educación a la mayoría de nuestra población.

En cuanto al objetivo específico 1, se determinó la relación entre los niveles educativos con la salud de los adultos mayores a partir de la correlación de Spearman por lo que queda demostrada la hipótesis específica 1 arrojando datos el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria y el 61,7% manifiestan tener una salud moderada y por último el 41,7% manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y llevar un envejecimiento moderado. Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con los cuidados en salud del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

En cuanto al objetivo específico 2, se logró determinar la no relación entre los niveles educativos con la participación de los adultos mayores a partir de la correlación de Spearman, por lo que queda no se demostró la hipótesis específica 2

arrojando datos el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, el 48,3% manifiestan tener una participación moderada y por último el 38,3% manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y tienen una participación moderada. Concluyéndose: El nivel de educación no se relaciona significativamente con la participación del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

En cuanto al objetivo específico 3, se logró determinar la relación entre los niveles educativos con la seguridad de los adultos mayores a partir de la correlación de Spearman, por lo que queda demostrada la hipótesis específica 2 arrojando datos el 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, el 46,7% manifiestan tener una seguridad moderada y por último el 31,7 % manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y tienen una seguridad moderada..Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con las condiciones de seguridad del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

5.2 Conclusiones

Sobre las características de la población de estudio tenemos una la edad promedio de 70 años de edad, considerada dentro de la etapa edad avanzada., el 73,3% están en la etapa de la edad avanzada de 60 a 74 años. El 61.7% son de sexo femenino. El 21,7% tiene secundaria completa, el 38,3% se han desenvuelto como técnicos en oficios que les ha permitido subvencionar a sus familias, 20 adultos mayores que representan una tercera parte de la población son amas de casa.

El 93,3% manifiestan que si saben leer y escribir es decir son alfabetos; El 70% señalan haber culminado o está en el nivel básico que corresponde a Primaria y Secundaria, por otro lado solo el 23,3% a cuarta parte de la población accedió a estudio superiores.

El 61,7% señalan que sus condiciones de salud son moderadas. El 23,3% señalaron condiciones bajas de salud esto si es preocupante porque por la edad que tienen necesitan mejorar estas condiciones que van en camino al deterioro corporal y por ultimo solo el 15% manifiestan tener un nivel alto de salud.

El 48,3% señalan nivel moderado de participación en su vida personal y familiar.

El 46,7% señalan que tienen niveles moderados de seguridad en el entorno y personal,

El 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, el 58,3% manifiestan tener una vida con envejecimiento activo y por último el 41,7% manifiestan que su nivel educativo es básico y llevar un envejecimiento activo. Se constató la hipótesis general Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016., por lo que queda demostrada la hipótesis general.

El 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, 37 adultos mayores que representan el 61,7% manifiestan tener una salud moderada y por último el 41,7% manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y llevar un envejecimiento moderado. Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con los cuidados en salud del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

El 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, 29 adultos mayores que representan el 48,3% manifiestan tener una participación moderada y por último el 38,3% manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y tienen una participación moderada. Concluyéndose: El nivel de educación no se relaciona significativamente con la participación del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

El 71,7% manifiestan que tienen educación básica: primaria o Secundaria, 28 adultos mayores que representan el 46,7% manifiestan tener una seguridad moderada y por último el 31,7 % manifiestan que culminaron o están en proceso su educación básica y tienen una seguridad moderada. Concluyéndose: El nivel de educación se relaciona significativamente con las condiciones de seguridad del envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.

5.3 Recomendaciones

Proponer la implementación de políticas sociales servicios y programas sostenibles a cargo de los gobiernos regionales y locales, en el enfoque de envejecimiento activo, con actividades preventivas ante la transformación del perfil epidemiológico del país, está directamente relacionado con el cambio de pirámide poblacional y la mayor esperanza de vida.

Fomentar espacio específico para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, para alcanzar y mantener la salud, entendida como el completo bienestar

físico, mental y social, y no sólo la mera ausencia de afecciones o enfermedades, involucrando al recurso humano en salud, al individuo, la familia y la comunidad.

Organizar equipos interdisciplinarios en forma intersectorial para tratar el asunto de niveles educativos y la activación memorística del adulto mayor, de esta manera mejorando su calidad de vida, iniciando experiencia pilotos con poblaciones en riesgo

Organizar el trabajo de campo promoviendo un trabajo social geriátrico, mediante las consultas y trabajo de campo, así como también aquéllos usuarios que sean captados por el servicio social mediante las visitas domiciliarias y trabajo con la comunidad.

Capítulo V

FUENTES DE INFORMACION

5.1. Fuentes Bibliográficas

Abarca, J.; Chino, B.; Llacho, M.; Gonzales, K.; Mucho, K.; Vásquez, R. & Cárdenas, C. (2012). *Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa*. (Tesis pregrado) Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Baquero R. (1997) *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. Editorial Aique Grupo S.A. Segunda Edición

Bodgan S. (1966) *Teoría Marxista de la Educación*. México D.F., México: Grijalbo

Causapié, P. (1999). *Envejecimiento Activo: Libro Blanco*. Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMSERSO. España: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.

Cervantes (1999) *Tri diccionario Enciclopédico Universal*. España: Editorial Cultural.

- Grupo Cultural (2013). *Diccionario de pedagogía y psicología*. Madrid: Editorial Polígono Industrial Arroyo Molinos.
- Fernández, R. (2009). *Envejecimiento Activo contribuciones de la psicología*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Lexus (1997). *Enciclopedia de pedagogía y psicología*. Barcelona, España: Editorial Trébol, S.L.
- Pirdais de Vida Junín (2012), *Diseño Cultural Diversificado con enfoque Ambiental*, Junín, Perú: Dirección Regional de Educación
- Pedro B. y Annelie B. (2014), *La investigación Educativa*. Huancayo, Perú: Ediciones Perú Graph SRL.
- Rodríguez L. (2008), *La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva*. España: Editorial Octaedro.
- Rodríguez, L. (2004). *Manual del técnico auxiliar de geriatría*. (2da edición) España: Editorial MAD.

5.2. Fuentes Hemerográficas

- Casado, R.; Lezcano, F. & Rodríguez, M. (2015). Envejecimiento activo y acceso a las tecnologías: Un estudio empírico evolutivo. *Comunicar Revista Científica de Educomunicacion* 45(23),. Burgos, España: Universidad de Burgos España, 37-46.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Especialidad Geriatría y Gerontología*. 37(S2), 74-105.
- UNESCO (2005). Protagonismo docente en el cambio educativo. *Revista proyecto regional de educación para América Latina y el Caribe PRELAC*. 1(7), 193.

Zavala, M. (2006). Funcionamiento Social Del Adulto Mayor”. *Ciencia y enfermería* II. [Online]. 12(2), 53-62. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

5.3. Fuentes Electrónicas

Baekeland, Ch. (2008). ¿Qué es la Salud Mental?. Consulta Baekeland. Recuperado el 24 de octubre del 2016 desde <http://www.consultabaekeland.com/p/es/psicologo-madrid-faqs/que-es-la-salud-mental.php>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2003). Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003 recuperado el 04/10/2016 desde <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/13611/FINAL-DSC-1-Espanol.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016). La población de América Latina alcanzará 625 millones de personas en 2016, según estimaciones de la CEPAL. Recuperado el 22 de Octubre 2016 de <http://www.cepal.org/es/noticias/la-poblacion-america-latina-alcanzara-625-millones-personas-2016-segun-estimaciones-la>

Instituto de Estadística e Informática (2012). Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2012, Cap. 06 tasa de analfabetismo. Recuperado el 04 de octubre del 2016 desde

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1150/cap06.pdf.

Instituto de Estadística e Informática (2016). Informe Técnico N° 3: Situación de la Población Adulta Mayor. Abril - junio 2016. Recuperado el 04 de Octubre del 2016 desde https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informetecnico_poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun2016.pdf

Gobierno Regional de Lima (2008). Plan de desarrollo concertado 2008. Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial. Oficina de Planeamiento. Recuperado el 04 de Octubre del 2016 desde http://www.regionlima.gob.pe/plan_desarrollo_Concertado2008pdf.

Kuoman, S. (2006). La educación en el Perú. Curso Sociedad y cultura peruana. Recuperado el 24 de octubre del 2016 recuperado desde <https://es.scribd.com/doc/12354108/La-Educacion-en-El-Peru>.

Luengo, J. (2004). La educación como objeto de conocimiento: El concepto de educación. En Pozo, M.; Álvarez, J.; Luengo, J. & Otero, E., Teorías e instituciones contemporáneas de educación, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004. Recuperado el 24 de octubre del 2016 desde <http://www.ugr.es/~fjjrios/pce/media/1-EducacionConcepto.pdf>

Mejía, H. (2015). Balance de la reforma pedagógica y curricular en el Perú 2012-2015. <http://es.slideshare.net/hansmejia/balance-de-la-reforma-pedaggica-y-curricular-en-el-per-20122015>

Oddone, M.(2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo”. Madrid, Informes Envejecimiento en red, n° 4. [Fecha de publicación: 28/09/2013]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. Luxemburgo. Recuperado en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?ua=1

Pérez, J. (2005) *Consecuencias del envejecimiento Demográfico* recuperado desde <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5116/1/Perez2005.pdf>

Real academia Española (2014). Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Recuperado desde <http://dle.rae.es/?id=EO5CDdh>

Sabori L, (2009) *Teorías de la Educación*. Recuperado desde <http://www.unikino.blogspot.pe>

Saludemia (2014). Envejecimiento - Lo fundamental - Actividad física y salud mental. Recuperado desde <http://www.saludemia.com/-/vida-saludable-envejecimiento-lo-fundamental-actividad-fisica-salud-mental>

Suhail, V. (2012). Programa Institucional Actividades de Educación para una vida Saludable Unidad 3: Salud Física y Emocional. Recuperado desde www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT100.pdf

Suarez, M. (2010). Definición de educación por diferentes autores (Aristóteles, Coppermann, Durkheim, Kant, Platón...). Recuperado en http://mariasdlp.blogspot.pe/2010/11/definicion-de-educacion-por-diferentes_24.html.

Zavaleta, M. (2012). Problemática social de los adultos mayores: Definición de adulto mayor. Recuperado desde <http://problematikaadultosmayores.blogspot.pe/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>

95532006000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. Doi: 10.4067/S0717-95532006000200007

ANEXOS

O1 Matriz de consistencia

TITULO	VAR IABLE	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	METODOLOGIA	INDICADORES
NIVEL EDUCATIVO Y SU RELACION CON EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LOS BENEFICIARIOS DEL CAM CHANCAY 2016	NIVEL EDUCATIVO	<p>Problema general.</p> <p>¿Cómo se relaciona el nivel educativo con el envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?</p>	<p>Objetivo general.</p> <p>Determinar el nivel educativo y su relación con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?.</p>	<p>Hipótesis general.</p> <p>El nivel de educación se relaciona significativamente con el envejecimiento activo en los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.</p>	<p>Tipo. básica descriptiva,</p> <p>Nivel por su profundidad es correlacional porque nos permitirá medir la relación que existe de dos variables (Hernández S. Fernández & Baptista, P. Capítulo V): Nivel educativo y envejecimiento activo en los Adultos Mayores del CAM del Centro de Atención Primaria II Chancay.</p> <p>El diseño es no experimental, y de corte transversal porque se aplicará el instrumento en un mismo momento a la población objeto de estudio, como lo menciona Hernández S. Fernández & Baptista, P. Capítulo V pag.85.</p>	<p>Sin Nivel</p> <p>Básica</p> <p>Superior</p>
	ENVEJECIMIENTO ACTIVO	<p>Problema específico.</p> <p>¿Cómo se relaciona el nivel educativo con la salud de los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria Chancay - 2016?</p>	<p>Objetivo específico.</p> <p>Identificar el nivel educativo, con la salud de los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.</p>	<p>Hipótesis específicos.</p> <p>El nivel de educación, se relaciona significativamente con la salud de los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención</p>	<p>Enfoque. La investigación es cuantitativa porque se hará uso de una unidad de análisis en el procesamiento de datos a través de la estadística.</p>	<p>Mental</p> <p>Físico</p> <p>Social</p>

		<p>¿Cómo se relaciona el nivel educativo con la participación de los adultos mayores del CAM Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?</p>	<p>Identificar el nivel educativo básico con la participación de los adultos mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.</p>	<p>Primaria II Chancay - 2016.</p> <p>El nivel de educación se relaciona significativamente con la participación de los Adultos Mayores del CAM en el Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.</p>	<p>Población. La población de estudio está formada por 600 adultos mayores CAM del Centro de Atención Primaria II Chancay.</p> <p>Muestra. El tamaño de la muestra es de 60 adultos mayores de tipo no probabilística</p> <p>Instrumentos: Censo agropecuario (INEI) y Cuestionario de Envejecimiento Activo de Bedoya, L. & Rojas, H. (2004)</p>	
		<p>¿Cómo se relaciona el nivel educativo con la seguridad de los adultos mayores del CAM Centro de Atención Primaria II Chancay - 2016?</p>	<p>Identificar el nivel educativo con la seguridad de los adultos mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay - 2016.</p>	<p>El nivel educativo se relaciona significativamente con la seguridad en los Adultos Mayores del CAM en el centro de Atención Primaria II Chancay – 2016.</p>		

02 Instrumento de recolección de datos

INVENTARIO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Autores: Lorena Bedoya Rodríguez y Hugo Rojas Carranza

Edad Sexo M F Estado Civil

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentaremos una serie de actividades (indicadores) que pueden o no coincidir con la suya; marque en las columnas de la derecha lo que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

NUNCA	1	A VECES	2	SIEMPRE	3
--------------	----------	----------------	----------	----------------	----------

N°	INDICADORES	1	2	3
01	¿Realiza ejercicios por las mañanas?			
02	¿Tiene usted una dieta adecuada para su alimentación?			
03	¿Siente usted alegría?			
04	¿Le gusta estar con sus amigos?			
05	¿Se siente usted molesto por cualquier situación?			
06	¿Asiste al médico para sus chequeos?			
07	¿Se higieniza usted personalmente?			
08	¿Cuenta usted con los productos adecuados para su higiene?			
09	¿Participa activamente en reuniones familiares?			
10	¿Se considera una persona poco sociable?			
11	¿Asiste a paseos con los integrantes de su grupo?			
12	¿Le gusta verse aseado y presentable?			
13	¿Le gusta cuidar de sus nietos u otro familiar menor?			

14	¿Le gustaría integrar una organización en su comunidad?			
15	¿Tiene usted dificultad para asumir nuevas metas?			
16	¿Le gusta realizar trabajos artesanales (pintura, poesía, arcilla, decoración, etc)?			
17	¿Considera a la lectura una actividad placentera?			
18	¿Considera importante la limpieza de su habitación?			
19	¿Escucha música de su agrado?			
20	¿Le cuesta aceptar su condición de jubilado?			

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

III CENSO NACIONAL AGROPECUARIO

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentaremos una serie de preguntas que pueden o no coincidir con la suya; marque y complete en las columnas de la derecha. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

I. CARACTERISTICAS

1. Edad: Sexo: M F Estado Civil:

2. ¿Cuál es el nivel educativo alcanzado?

- Sin nivel.....
- Primaria incompleta.....
- Primaria completa.....
- Secundaria incompleta.....
- Secundaria completa.....
- Superior no universitaria incompleta
- Superior no universitaria completa
- Superior universitaria incompleta
- Superior universitaria completa

(Pase a Pgta. 3)

3. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

SI

NO

4. ¿CUAL ES SU PROFESION U OFICIO?

03. Base de datos

base Katya.para imprimir.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	codigo	Númérico	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
2	edad	Númérico	4	0	Edad del adulto...	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Escala	Entrada
3	Sexo	Númérico	4	0	Sexo del adulto...	{1, Masculin...	Ninguna	4	Derecha	Nominal	Entrada
4	estadocivil	Númérico	4	0	Estado Civil del...	{1, Soltera}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
5	gradodeins	Númérico	4	0	Grado de instru...	{1, Ningun n...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
6	leeyescribe	Númérico	4	0	Lecto-escritura ...	{1, No}...	Ninguna	4	Derecha	Nominal	Entrada
7	profesion	Númérico	4	0	Profesion u ofic...	{1, Ama de ...	Ninguna	4	Derecha	Nominal	Entrada
8	V1	Númérico	4	0	¿Realiza ejerci...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
9	V2	Númérico	4	0	¿Tiene usted u...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
10	V3	Númérico	4	0	¿Siente usted ...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
11	V4	Númérico	4	0	¿Le gusta estar...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
12	V5	Númérico	4	0	¿Se siente ust...	{1, Siempre}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
13	V6	Númérico	4	0	¿Asiste al médi...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
14	V7	Númérico	4	0	¿Se higieniza u...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
15	V8	Númérico	4	0	¿Cuenta usted ...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
16	V9	Númérico	4	0	¿Participa activ...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
17	V10	Númérico	4	0	¿Se considera ...	{1, Siempre}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
18	V11	Númérico	4	0	¿Asiste a pase...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
19	V12	Númérico	4	0	¿Le gusta vers...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
20	V13	Númérico	4	0	¿Le gusta cuid...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
21	V14	Númérico	4	0	¿Le gustaría int...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
22	V15	Númérico	4	0	¿Tiene usted di...	{1, Siempre}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
23	V16	Númérico	4	0	¿Le gusta reali...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
24	V17	Númérico	4	0	¿Considera a la...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
25	V18	Númérico	4	0	¿Considera imp...	{1, Nunca}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo 2 notificaciones nuevas

Pregúntame cualquier cosa

22:32 27/12/2016

*base Katya.para imprimir.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

6: Visible: 43 de 43 variables

	codigo	edad	Sexo	es ta	gradodejns	leeyescribe	profesio n	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	EDADRE	men tal	fisico	indica dor1	indica dor2	envejecim ento	YGe nveje...	XGniv eledu	salud	salud 1	participa c...	participa c...	seguridad	segu...	soci al	fam liar	
1	1	72	2	4	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	1	3	2	2	1	6	11	2	3	51	1	1	17	2	16	2	18	2	9	7	
2	2	86	1	4	2	2	5	1	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2	2	1	2	3	1	2	3	3	2	2	2	6	9	2	3	42	2	2	15	1	13	2	14	1	7	6
3	3	63	1	2	4	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	8	11	3	3	55	3	2	19	2	17	3	19	3	9	8	
4	4	65	2	1	9	2	4	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	8	10	3	3	51	3	3	18	2	13	2	20	3	7	6	
5	5	60	2	2	4	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	3	1	2	3	3	2	1	6	12	2	3	47	2	2	18	2	13	2	16	2	7	6	
6	6	69	2	4	9	2	4	2	1	2	3	1	3	3	3	2	2	1	3	1	3	1	1	3	3	2	1	1	6	11	2	3	41	2	3	17	2	10	1	14	1	5	5	
7	7	80	2	2	4	2	5	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	6	12	2	3	55	3	2	18	2	16	2	21	3	8	8
8	8	67	1	2	5	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	2	1	7	10	3	3	51	3	2	17	2	17	3	17	2	8	9	
9	9	62	2	2	6	2	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	1	9	12	3	3	57	3	3	21	3	17	3	19	3	9	8		
10	10	63	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	1	3	2	2	3	3	2	1	7	12	3	3	47	3	2	19	2	12	1	16	2	6	6		
11	11	65	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	1	1	8	11	3	3	51	2	2	19	2	16	2	16	2	8	8	
12	12	73	2	1	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	2	1	8	12	3	3	53	3	2	20	2	16	2	17	2	8	8		
13	13	58	2	2	6	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	3	1	3	1	7	12	3	3	51	3	3	19	2	16	2	16	2	7	9		
14	14	56	2	3	5	2	5	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	9	12	3	3	55	3	2	21	3	16	2	18	2	7	9		
15	15	80	2	4	3	2	1	2	1	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	3	3	3	1	2	3	3	1	2	6	11	2	3	48	3	2	17	2	16	2	15	1	7	9	
16	16	77	1	2	8	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	8	11	3	3	52	3	3	19	2	14	2	19	3	7	7	
17	17	70	2	4	3	2	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	1	9	12	3	3	54	2	2	21	3	17	3	16	2	8	9		
18	18	62	1	2	9	2	4	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	9	12	3	3	55	3	3	21	3	16	2	18	2	7	9		
19	19	69	2	3	5	2	1	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	2	2	3	3	1	1	7	12	3	3	49	3	2	19	2	15	2	15	1	8	7		
20	20	68	2	2	4	2	1	3	1	2	3	3	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1	9	12	3	3	52	3	2	21	3	16	2	15	1	9	7		
21	21	67	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	8	11	3	3	50	3	2	19	2	14	2	17	2	7	7	
22	22	64	2	2	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	6	10	2	2	56	2	2	24	2	15	2	20	2	7	0	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Pregúntame cualquier cosa

Altavoces: 23%



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay desarrollando su encuesta



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay desarrollando su encuesta



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay Participando de su taller de Tai -Chi



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay Participando de su taller de Manualidades

Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay Desarrollando su encuesta



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay Participando en el taller de Aeróbicos



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay participando en el taller de danza



Adultos mayores del Centro de Atención Primaria II Chancay participando en el taller de danza



