



FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACION

**MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SUS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD “SUNAMPE” DE CHINCHA ALTA – 2016**

PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

BENAVIDES ORTIZ JUANA MINELLY

ASESORA:

ISSBETH DEL ROSARIO RAMOS OLIVARES

CHINCHA – ICA- PERÚ, 2016

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la última década el aumento de las personas adultos mayores se ha desarrollado en forma progresiva en los países desarrollados y en países en vías de desarrollo se está realizando con mayor velocidad; es decir, el número de adultos mayores en el mundo en el año 2000 era de 605 millones, el 2012 de 1,200 millones y se prevé que para el 2050 habrá casi 2,000 millones de adultos mayores de 80 años. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el adulto mayor de más de 60 años por su vulneraria es más susceptible a enfermarse y de contraer enfermedades crónicas degenerativas: enfermedades infecciosas, cardiovasculares, neurológicas y oncológicas que incide negativamente en su calidad de vida; conforme se conviertan en personas dependientes. ⁽²⁾

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), sostiene que la esperanza de vida al nacer en el Perú es en promedio de 75 años; en consecuencia, es de esperar que se incremente la demanda de atención y costo para proveer servicios en el ámbito de la salud a los grupos cada vez más numerosos de adultos mayores, ya que el envejecimiento trae consigo modificaciones morfológicas, fisiológicas, y biopsicosociales como consecuencia de la evolución del hombre en el tiempo. ⁽³⁾

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), año 2015, estiman que las causas de morbilidad son las enfermedades en el adulto mayor, siendo las más frecuentes las

que se presentan en el aparato respiratorio, sistema osteomuscular, tejido conectivo, sistema nervioso y de los sentidos. ⁽⁴⁾

Por otro lado, según la Seguridad Social (ESSALUD), del año 2015 refiere que entre las causas de morbilidad entre los primeros lugares figuran la hipertensión arterial esencial, la artrosis y otras dorsopatías, y otras enfermedades del tejido conectivo. ⁽⁵⁾

Asimismo, con relación a la demanda de salud en el adulto mayor, MINSA estima que sólo el 13% de la población total está asegurada, en EESALUD (3.4%), atenciones en hospitales (28,75%), en consulta externa (24.25%) y emergencias (21.6%). ⁽⁶⁾

Los adultos mayores son un grupo de riesgo, por presentar algunas afecciones bien sea por desgaste orgánico, funcional o por presentar enfermedades crónicas y degenerativas. Presentándose en ellos mayormente enfermedades cardiovasculares como principal causa de hospitalización; entre los diagnósticos que se encuentran tenemos: infarto, accidentes vasculares encefálicos y la hipertensión arterial.

En el grupo de enfermedades del aparato digestivo, son frecuentes las afecciones de la vesícula biliar y las afecciones del tracto genitourinario, la patología prostática en el caso de los hombres y las afecciones urinarias en las mujeres, son también enfermedades que con frecuencia requieren de hospitalización en edad avanzada.

En el Centro de Salud "SUNAMPE" de Chíncha Alta; se observa que los adultos mayores que asisten al centro se encuentran afectados con enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis y afecciones cardíacas; mucho de ellos solo acuden cuando se encuentran en la fase aguda de la enfermedad, vienen muchas veces solos, evidenciándose que muchos de ellos no cumplen con llevar un control de su salud, de proseguir esta situación hay probabilidades de presentar complicaciones mayores, trayendo como consecuencia deficiente calidad de vida en el adulto mayor.

Según informes de las autoridades del centro no se cuenta con datos oficiales procedentes de estudios científicos sobre la problemática del adulto mayor en la zona, se trabaja en función de la demanda y no existen acciones de salud dirigida a este grupo de riesgo. Por todo lo anteriormente expuesto, se formula la siguiente interrogante:

12 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la morbilidad del adulto mayor según sus características sociodemográficas atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta – 2016?.

13. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la morbilidad del adulto mayor según sus características sociodemográficas atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta – 2016.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas según: edad, sexo, grado de instrucción y estado civil de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta.
- Describir las patologías más frecuentes que presentan los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta.

14. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los cambios drásticos en la pirámide poblacional mundial reflejan que la población adulta mayor va en aumento proyectándose para el año 2025 en un 12,6% y en el año 2050 en un 22% de la población mundial, y en la actualidad en el mundo representan un 7.54% de adultos mayores, situación que no es ajena a nuestro país.

La transformación demográfica y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad y mortalidad de nuestro país; a diferencia de lo que ocurría hace algunas décadas; actualmente los adultos mayores representan el 6% a 7% de la población y las enfermedades que afectan a este grupo étareo constituyen las primeras causas de muerte en el anciano.

Por lo tanto, el estudio es de suma relevancia para conocer las características de la morbilidad en el adulto mayor, para que en base a los hallazgos encontrados los profesionales de enfermería planifiquen las acciones de salud a fin de promover y/o implementar estrategias de atención que contribuyan a proteger la salud del anciano, para prevenir las enfermedades no transmisibles y crónico-degenerativas, y de esta manera favorecer un envejecimiento saludable y elevar la calidad de vida adulto mayor.

Asimismo, los resultados obtenidos en esta investigación se harán las coordinaciones con el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chíncha, a fin de implementar estrategias educativas de enfermería mediante la aplicación de programas educativos a la población en general sobre los estilos de vida saludables y de esta manera tener en el futuro un envejecimiento saludable contribuyendo a mantener en los adultos mayores la independencia física, psicológica y social llevando así una calidad de vida funcional saludable.

15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados solo son aplicables en la realidad del estudio.

1.6. VIABILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio es viable, ya que se cuenta con la participación de los adultos mayores y el apoyo del Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta. Además, se cuenta con bibliografía especializada y con antecedentes similares acerca del tema.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

González Rodríguez Antonia Miladys, Palma López María Elena, en el año 2008, en el Policlínico Universitario Federico Capdevila, en la Habana: Cuba, realizaron un estudio titulado: **Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores**. OBJETIVO: Caracterizar la población de 60 años y más, atendida por este Grupo y determinar las principales causas de morbilidad en esta población. METODOLOGÍA: Se realiza un estudio descriptivo, transversal que incluyó a pacientes adultos mayores y se aplicó una encuesta. A los 452 pacientes incluidos en el estudio previa su aceptación, se estudiaron las variables edad, sexo, principales causas de morbilidad; se procesaron los datos y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes con un nivel de significación $p < 0.05$. RESULTADOS: Se agrupa mayor número de adultos mayores pertenecientes a la tercera edad (60-74 años), con 345 ancianos (76.3%); seguido del grupo de la cuarta edad (75-89 años) 107 pacientes, (23.7%). En cuanto al sexo, predomina el femenino con 229 pacientes (50.7%). Al analizar el estado de salud de los adultos mayores, predominaron los enfermos, 360 pacientes, (79.6%). CONCLUSIONES: Las afecciones cardiovasculares fueron las que afectaron a la mayor proporción de pacientes, con 73 de 360 para una tasa de morbilidad específica de 160.0 por 1 000 habitantes, seguidas por las del sistema Osteomioarticular, para una tasa de morbilidad 149.4 por 1 000 habitantes y las del aparato respiratorio con 66 pacientes para una tasa de morbilidad específica de 145.0 por 1 000 habitantes. (7)

Arias Reyes Leonor, en el año 2008, en la Universidad de Valparaíso, en Valparaíso: Chile, realizó un estudio titulado:

Acceso a la atención primaria y morbilidad del adulto mayor de la Comuna de Quintero. OBJETIVO: Caracterizar el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) y cuantificar la morbilidad y funcionalidad de los adultos mayores. METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de prevalencia en 161 adultos de 60 años y más. RESULTADOS: Se estableció que el nivel socioeconómico de esta población

es precario, existiendo un 24,2% de pobreza, 5,6% de indigencia y 31% ubicado en el Quintil I de ingresos monetarios. Se encontró que el 49,7% presenta dificultad en la movilización a la APS y el mayor problema para moverse tanto en el sector urbano como en el rural es la falta de dinero 25% y 20,7% respectivamente. Por otro lado, los residentes en el sector rural perciben mayor dificultad en el acceso a la APS que la población urbana, una red caminera menos transitable y menor acceso a red telefónica fija. Las personas que presentaron morbilidad aguda y que residen en el sector rural perciben significativamente más difícil el acceso a la APS 82,8% que los que residen en el sector urbano 19,7%. La prevalencia de morbilidad aguda general fue 52,2%, para el sector urbano 47,7% y rural 55,2%. La prevalencia fue 84,5%, siendo mayor en el sector urbano con un 85,6% que en el sector rural con un 79,3%, no existiendo diferencia significativa. Los resultados en funcionalidad encontrados difieren de los valores en la población chilena; los clasificados como autovalentes alcanzaron el 18,6% mientras que a nivel nacional es de 67%; los autovalentes con riesgo ascienden 24,8% y a nivel nacional 30%, y los dependientes alcanzaron un 56,5% siendo superior al valor nacional que representa el 5%. **CONCLUSIONES:** Pese a existir diferencias en las características de acceso a la APS principalmente entre sectores de residencia, ambos presentan un nivel de salud deficiente y se podría concluir que el bajo nivel socioeconómico de esta población incide en el acceso a la APS, y esto influye en el nivel de salud encontrado. ⁽⁸⁾

Durán Adriana, Valderrama Laura, Uribe Ana, González Angélica, Molina Juan, en el año 2009, en la Universidad Nacional Javeriana, en Calí: Colombia, realizaron un estudio titulado: **Enfermedad crónica en adultos mayores**. **OBJETIVO:** El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia y la tipología de las enfermedades crónicas en adultos mayores de la ciudad de Cali que asisten a centros de día. **METODOLOGÍA:** Se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por 500 adultos mayores colombianos, de sexo masculino y femenino, que pertenecían a los grupos de la tercera edad constituidos en Cali. La selección de la muestra se hizo cuando los adultos mayores acudían espontáneamente al centro de día y se solicitaba su participación voluntaria, mediante un consentimiento escrito y oral. Se excluyeron a los pacientes institucionalizados y aquéllos con un

deterioro cognitivo grave determinado por la prueba mental de Pfeiffer. Se utilizó un cuestionario de factores psicosociales para el adulto mayor diseñado por Baca, González y Uribe. RESULTADOS: Los resultados encontrados fueron: Se observó que la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis son las enfermedades más comunes en los adultos mayores, aunque el mayor porcentaje de esta población se encuentra sin ningún tipo de enfermedad. Asimismo, se observó que los adultos mayores casados y viudos presentaban más enfermedades en comparación con los que se encontraban solteros, separados o en unión libre. CONCLUSIONES: Las conclusiones fueron entre otras que: La enfermedad crónica continúa siendo un problema en los adultos mayores y su presencia está relacionada, no sólo con la disminución de la funcionalidad del ser humano, sino también, con el control y la prevención de las enfermedades y la dificultad para acceder a los sistemas de salud. ⁽⁹⁾

ANTECEDENTES NACIONALES:

Rojas Revoredo Dora Verónica, en el año 2008, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima: Perú, realizó un estudio titulado: **Morbilidad y mortalidad comparativa del adulto mayor en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins**. OBJETIVO: El objetivo del presente estudio consiste en determinar si existen diferencias en la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores de 60 a 79 años, denominados adultos mayores más jóvenes, comparados con los adultos mayores de 80 a más años, denominados adultos mayores más ancianos. METODOLOGÍA: Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal en los adultos mayores ingresados al servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2007. La metodología para determinar la morbilidad y la mortalidad de ambos grupos se sustenta en un análisis comparativo de frecuencias del diagnóstico principal de egreso de cada paciente tomado de las epicrisis del servicio y en la elaboración de las tasas de mortalidad de cada uno de los grupos de adultos mayores. RESULTADOS: Según los datos obtenidos y realizados el análisis comparativo se encontró que la morbilidad en el grupo de adultos mayores estudiados de 60 a 79 años estuvo conformada por el desorden cerebrovascular (6,7%), neumonía (5,6%), sepsis (5,6%) e infección urinaria (5%). La morbilidad en el grupo de adultos mayores estudiados que tienen de 80 a más años estuvo conformada por neumonía (10,2%), desorden cerebrovascular (8,9%), sepsis (6,8%) e infección urinaria (5,5%). CONCLUSIONES: Las patologías más frecuentes en ambos grupos fueron de tipo infeccioso. La mortalidad en el periodo de estudio y en ambos grupos de adultos mayores no mostró grandes diferencias y sus principales causas también fueron las enfermedades infecciosas. ⁽¹⁰⁾

Ruiz Dioses Lourdes, Campos León Marisela, Peña Alvarez Nelly, en el 2009, en la Universidad Nacional del Callao, realizaron un estudio titulado: **Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes (morbilidad) del adulto mayor que acude al establecimiento del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao**. OBJETIVO: Determinar la situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes (morbilidad) de los adultos

mayores. METODOLOGÍA: Estudio transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. RESULTADOS: La mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. Solo 13,6% de los adultos mayores son saludables, 23,9% son enfermos, 31,9% son frágiles y 30,6% son pacientes geriátricos complejos. Los hombres son en su mayoría frágiles (35,1%) y las mujeres son pacientes geriátricas complejas (31,9%); existe asociación entre la valoración clínica y el sexo ($p < 0,05$). 1). La distribución de la valoración clínica fue similar en los grupos de 60 a 69 y de 70 a 79 años, en el grupo de 80 a más años aumentaron los casos complejos (Figura 2, $p < 0,05$). Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron hipertensión arterial (42,5%), artrosis (33,6%), dislipidemias (29,6%), enfermedades cardiovasculares (17,9%) y diabetes mellitus (14,6%), no se encontró asociación con el sexo. CONCLUSIONES: La mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores.

Villón Almendras Juan Marcos, Pecho Sánchez Luz Angélica, en el año 2009, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima: Perú, realizaron un estudio titulado: **Características de los pacientes ancianos hospitalizados con morbilidad asociada a fractura de cadera secundaria a una caída del Servicio de Traumatología del HNGAI-EsSalud**. OBJETIVO: Conocer las características clínicas, funcionales, cognitivas, sociales y algunos aspectos perioperatorios de los pacientes ancianos hospitalizados con morbilidad asociada a fractura de cadera secundaria a una caída. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, prospectivo. El estado funcional fue evaluado con el I.Katz, E.Lawton y CRF y estado cognitivo a través del MEC Lobo. RESULTADOS: Se evaluaron 101 pacientes, mayoría mujeres (60.5%), mayores de 80 años (46,5%). El 96% tuvo 1 o más comorbilidades (cardiovasculares: 78.4%). 87.2% consumía 1 o más medicamentos

(antihipertensivos: 78.4%). 91,1% tuvo 1 o más síndromes geriátricos (deprivación sensorial: 93.5%). El grado funcional al alta fue con dependencia parcial en 90.9% y dependencia total en 9.4%. Hubo deterioro cognitivo leve (25.7%), deterioro moderado a severo (27.7%), demencia (11.3%), más frecuente la vascular (41.2%). 96.7% provenían de su domicilio y 54.4% vivía con familia amplia. Los aspectos perioperatorios en ancianos hospitalizados con fractura de cadera por caída quirúrgico, solo 5.3% dentro de las primeras 48 horas. 89.1% presentó complicaciones en hospitalización, delirium (50%) e infecciones respiratorias no neumonía (35.6%). Hubo 5 muertes (4.9%). El 51,5% recibió tratamiento rehabilitador (promedio inicio: 7.3 días). 81.3% alta a domicilio. Estancia promedio 17,5días. CONCLUSIONES: La mayoría de ancianos hospitalizados con fracturas de cadera por caída son bastante frágiles, reciben tratamiento quirúrgico tardío, tienen muchas complicaciones, quedan con marcado deterioro funcional y no reciben adecuada continuidad de cuidados de rehabilitación.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población.

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base).

A medida que el proceso de envejecimiento va avanzando, el ritmo de crecimiento de la población muestra un incremento mucho más acelerado en el tramo de 60 años de edad y más, por efecto de la disminución de la mortalidad adulta y por la entrada en las edades adultas mayores de generaciones numerosas.

Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación y, sobre todo, a las necesidades de salud. Según el censo de 1970, la población adulta mayor del Perú, constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%. El ritmo de crecimiento va incrementando desde hace una década, y a fines del 2013 esta población represento el 7.55% y posteriormente en el 2025, el 13.27%. Esto significa que en los próximos 20 años la población de los adultos mayores llegará casi a duplicarse. Con estos resultados estamos siendo testigos de un rápido proceso demográfico, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus futuras consecuencias. Asimismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970, era de 53 años; y en el 2013, era de 70 años y se estima que alcanzará los 75 años en el año 2025.

Otros aspectos demográficos a tener en cuenta en relación con la vejez son el sexo y el estado civil. En la actualidad, entre los mayores de 65 años hay un millón más de mujeres que de hombres y los adultos mayores de 80 años la diferencia es aún mayor: 2 de cada 3 personas de más de 80 años de edad son mujeres. Con respecto al estado civil, más del 50% de las mujeres mayores de 70 años son viudas y viven solas, mientras que más del 75% de los varones de esta edad están casados y viven con sus parejas. Asimismo, en números absolutos hay más personas mayores en las ciudades, pero en los pueblos gran parte de sus habitantes son ancianos.

Además de indagar respecto de las características del proceso de envejecimiento demográfico, para la definición de políticas de vejez y la focalización de programas y proyectos asociados a la población adulta mayor es esencial el análisis de la situación de las personas mayores a través de su caracterización sociodemográfica que debe contar con información referente a su distribución geográfica (urbana o rural), estado civil, grado de instrucción, entre otros.

Algunas características sociodemográficas del adulto mayor son:

- **Distribución geográfica.-** Este indicador se puede desagregar por edad y sexo, y muestra el peso de las personas mayores urbanas o rurales sobre el total de la población respectiva. Se utiliza para observar qué tan envejecida se encuentra la población: un porcentaje superior al 10% de personas mayores indicaría una población en proceso de envejecimiento. La importancia de diferenciación urbano-rural radica en que las necesidades de la población adulta mayor difieren notablemente según su zona de residencia, y los datos demuestran que la mayoría de las veces las áreas rurales suelen estar más envejecidas que las urbanas.
- **Edad y sexo.-** Se trata de un indicador básico para el análisis de la distribución por edad y sexo de la población. En las personas mayores esta relación tiende a ser superior a cien, por diferentes razones, las mujeres viven más tiempo que los hombres.
- **Grado de instrucción.-** Las características educativas son otro rasgo importante del análisis sociodemográfico, ya que el nivel educacional que hayan alcanzado puede incidir en su acceso a recursos en la vejez, o revela las particularidades generacionales del acceso a la educación en determinadas etapas de la vida. Por lo general las categorías utilizadas son cuatro: sin educación, primaria o básica, secundaria y técnica o superior.
- **Estado civil.-** El patrón nupcial de las personas mayores es un rasgo de interés para el análisis de su situación, ya que vivir una vejez con pareja está muy vinculado con las relaciones de parentesco intradomésticas, las redes de apoyo familiar a las que pueden acceder, y además es importante para efectos de políticas y programas

de vejez. Por lo general se divide en cuatro categorías: casados, separados o divorciados, viudos y solteros.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que actualmente existen en el Perú, 2 millones 807 mil 354 habitantes mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,21% de la población total, estimándose que 1 millón 311 mil 027 son varones y 1 millón 496 mil 327 son mujeres. El 39,0% de los hogares del país tienen entre sus miembros alguna persona adulta mayor; ubicándose en el área urbana el 36,7% y en el área rural el 41,7%. En el Perú la población adulta mayor tiene un crecimiento anual del 3.6%, y se estima que para el 2050 se tendrá 8 millones 738 mil 032 adultos mayores, representando aproximadamente el 21%.

Asimismo, la conformación por grupos de edad, encontramos un 33,7% de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad, que generalmente realiza una importante contribución a la familia, por medio del aporte monetario, o mediante tareas de cuidado y trabajo doméstico. Existiendo algunas diferencias como:

- Las mujeres presentan mayor esperanza de vida que el hombre y esta condición favorece la sobrevivencia cuando viven en pareja y las pone en mayor riesgo de viudez.
- Las mujeres demuestran mayor autonomía en esta etapa y es más común encontrarlas viviendo solas después de enviudar, a diferencia de los hombres que tienden a volver a emparejarse.
- Las mujeres mayoritariamente siguen realizando roles domésticos de cuidadoras de nietos o personas en situación de dependencia.
- Respecto de los cambios fisiológicos es indudable que uno de los aspectos diferenciadores más importantes es el periodo de fertilidad que diferencia a hombres y mujeres, mientras los primeros pueden engendrar sin límite de edad, las mujeres deben asumir su tiempo biológico.
- En el plano de los aspectos físicos, pareciera ser que la sociedad es más exigente con la mujer, para quienes el apareamiento de canas es un suceso que obliga, a la

mayoría, a ocupar la cosmética para disimularlas, en cambio para el hombre esto se transforma en un elemento de distinción.

- En el ámbito social las mujeres se integran más fácilmente a redes sociales, las organizaciones de adultos mayores están constituidas preferentemente por integrantes del sexo femenino, sin embargo los roles directivos son desempeñados por varones.
- Tradicionalmente, la osteoporosis se ha considerado un problema femenino que se acelera después de la menopausia. Los hombres también están afectados, pero tienen un riesgo estimado de sufrir fracturas a lo largo de la vida tres veces menor que las mujeres.
- Una patología que es más común en las mujeres que en los hombres de cualquier edad, es la Depresión, pero que en edades avanzadas esta diferencia tiende a reducirse, en la que los hombres están afectados casi en la misma proporción.
- Uno de los elementos que iguala las condiciones de envejecimiento de hombres y mujeres es la educación, las mujeres que tuvieron acceso a educación superior comparten experiencias sociales que sitúan a ambos géneros en escenarios comunes.
- La jubilación suele verse por el hombre como un periodo de decadencia en cambio para la mujer representa un tiempo de libertad, este sentimiento se entiende por la obligación que ha tenido la mujer en su vida activa al compartir el rol laboral con el doméstico.
- La Organización Mundial de la Salud (1997), define al adulto mayor a la persona mayor de 65 años e introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional en adulto mayor autovalente, frágil y dependiente. Asimismo, la etapa del adulto mayor está subdividida en categorías:

- Tercera edad: 60 – 74 años
- Cuarta edad: 75 – 89 años
- Longevos: 90 – 99 años
- Centenarios Más de 100 años

El envejecimiento primario, aquellos cambios que van produciéndose con el paso del tiempo y que no pueden ser evitados, tal como la pérdida de la agudeza visual. El envejecimiento secundario, siendo el resultado de un proceso de vida que involucra la enfermedad o malos hábitos de salud. Finalmente, el envejecimiento terciario, proceso rápido de deterioro en la salud, culmina con la muerte.

El envejecimiento es el conjunto de cambios, modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que se producen con el paso del tiempo en los seres vivos. Cuando los cambios son moderados estamos frente al envejecimiento fisiológico o normal (hay una disminución de la capacidad de reserva de nuestros órganos, pero aún se mantiene la funcionalidad), si son exagerados un envejecimiento fisiopatológico o anormal.

Asimismo, está enmarcada por la experiencia y la sabiduría, por lo tanto, debe aprenderse a valorarlo y cuidarlos para que tenga unos años llenos de calidad de vida. La mayoría de las enfermedades e incapacidades que afectan al adulto mayor pueden ser prevenidas total o parcialmente. La forma de vida, higiene, dieta y hábitos determinan la calidad de vida de la persona de la edad dorada.

La OMS, considera al adulto mayor a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años en los países desarrollados. Según la Norma Técnica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor es de 60 años. ⁽¹¹⁾

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en su vida. ⁽¹²⁾

Esta situación hace que las personas de la tercera edad, muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado (como un actividad mercantilista).⁽¹³⁾

La anterior concepción de la tercera edad en la mayoría de los casos se encuentra bastante alejada de la realidad que estas personas viven. Muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida. El término anciano se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores.⁽¹⁴⁾ Entonces, entre las características que definen a este tipo de población se cuentan una edad que oscilará entre los 65 y 70 años para arriba, porque vale destacar que como consecuencia de las mejoras que a través de los años y siglos se han logrado en materia de calidad de vida, cada vez más se corre la brecha de edad que empezó siendo en la antigüedad de 30 años de edad y en la actualidad, como dijimos, ya supera los 70, los 80, los 90 y en algunos casos paradigmáticos y por demás envidiables, los 100.

Y por otro lado, otra cuestión que caracteriza a este tipo de población y que se toma sin dudas también como parámetro para definirlos en esta etapa, es el tema de la jubilación o retiro de la actividad laboral por ya haber traspasado la barrera de años estipulada por el estado en cuestión y que determina hasta cuando una persona se considera activa y a partir de cuándo es que entonces deberá recibir el aporte económico del estado para vivir, en retribución, a todos los años que la persona trabajó y también aportó para cuando le llegase la edad del retiro poder vivir cómodamente.

Aunque claro y muy lamentablemente, en algunos lugares del mundo, especialmente en aquellos menos desarrollados, esta cuestión todavía sigue siendo una utopía como consecuencia de los magros y pobres aportes que le retribuye el estado en concepto de jubilaciones a un anciano.

En tanto, la geriatría es la disciplina científica que se encarga de estudiar los aspectos vinculados a la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades y problemáticas más comunes que atañen a los ancianos y en la que también podremos encontrar las claves para que la perdurabilidad y la calidad de vida de los ancianos se pueda intensificar aún más.

Asimismo, los cambios por el envejecimiento en el adulto mayor que se dan por el paso del tiempo determina distintas modificaciones en el aspecto de las persona; en esta etapa predominan procesos de crecimiento, con un progresivo enlentecimiento hasta la tercera década de la vida, en la que se inicia un mantenimiento y progresivo proceso de pérdida de vitalidad, conduciendo al envejecimiento. En sentido global se puede decir que se envejece desde el nacimiento.

El cuerpo humano sufre cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales que provocan alteraciones de la homeostasis, resultando, en un momento dado incompatibles con la vida.

- **Universal:** Es propio de todos los seres vivos.
- **Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo:** Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrínseco:** No es debido a factores ambientales modificables. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años.

Clasificación funcional en el adulto mayor

Envejecer es probablemente la consecuencia de una serie de factores internos y externos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento del equilibrio que culmina con la muerte. Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referidos a los cambios derivados del propio paso del tiempo y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

Lo anterior tiene directa relación con la clasificación que podamos realizar desde el punto de vista funcional. Desde este punto de vista podemos clasificar al adulto mayor en cuatro grupos: Autovalente, autovalente con riesgo (frágil), dependiente y postrado o Terminal.

- **Autovalente:** Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Autovalente con riesgo:** Aquella persona con aumento de la susceptibilidad a la discapacidad, es decir aquella persona adulto mayor con alguna patología crónica.
- **Dependiente:** Persona con restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- **Postrada o Terminal:** Aquella persona con restricción física y mental, incapaz de realizar actividades básicas (alimentarse, control de esfínter).

Las características físicas, orgánicas, psicológicas y sociológicas que se presentan en la etapa de vida del adulto mayor son las siguientes:

- **Características físicas y orgánicas.-** De igual forma, dentro de un mismo organismo, no todos los órganos o sistemas van a envejecer al mismo tiempo, por lo que no podemos esperar en nuestros mayores que compartan las mismas características. Aparecen una serie de modificaciones degenerativas que suponen un elevado riesgo para las personas ya que pueden conducir a estados de aislamiento, confusión y disminución del equilibrio.
- **Características psicológicas.-** Dependen de la vida que estas hayan desarrollado a lo largo de su ciclo vital y de la manera que tenga de afrontar los cambios físicos, funcionales y socio-familiares a los que continuamente se ven sometidos.
 - **A nivel intelectual,** disminuye la velocidad de procesamiento y retención de la información, les resulta más complicado resolver problemas abstractos y disminuye la memoria.
 - **A nivel personal,** comienzan a aferrarse a sus posesiones e ideas, desdeñando de entrada cualquier idea ajena o novedosa. Tienen necesidad de conservar cosas a fin de asegurarse un futuro.
- **Características sociológicas.-** En la actualidad, la jubilación conlleva una carga negativa de orden económica, social y psicológica, que muchos implicados no resisten, dando lugar a cuadros de ansiedad y angustia. Es por ello, que el tiempo libre y de ocio de los mayores es extenso y deberían llenarse con actividades con sentido existencial y de aprendizaje.

222 MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR

Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

El término morbilidad es un término de uso médico y científico, sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

La morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. Esto es así a modo de poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son más fácilmente observables.

La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología, que se especializa en el análisis y estudio del avance de diferentes epidemias en diferentes tipos de población. De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la investigación basada en la morbilidad, los especialistas pueden saber el poder o el efecto que una enfermedad tiene en una población, al mismo tiempo que se pueden analizar las causas de tal situación y buscar las posibles soluciones para el futuro.

Morbilidad (inglés morbidity), en el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población. También es una adaptación mal empleada al español que proviene de la inglesa "morbidity" generalmente usada así en Sudamérica para identificar una condición médica en la que se estudian los padecimientos de una enfermedad y cuyo verdadero significado es "patología". O también para definir discapacidad, es el porcentaje de individuos que contrae una cierta enfermedad en una población. En español se considera incorrecta la palabra morbilidad.

La frecuencia de la enfermedad en proporción a una población. El cómputo de la tasa de morbilidad requiere que se especifique:

1. El período.

2. El lugar.

Las tasas de morbilidad más frecuentemente usadas son las siguientes:

- **Prevalencia:** Es la frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido (prevalencia de período).
- **Incidencia:** Es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico y en un área determinada.

Clasificación de la morbilidad del adulto mayor

La mayor longevidad de una población es causa y consecuencia de los cambios en patrones de la enfermedad. La enfermedad infecciosa, la más prevalente de forma tradicional en la historia de la humanidad, de origen exógeno, transmisible y de curso agudo, es reemplazada por la enfermedad edad dependiente, de origen endógeno, no transmisible, de curso crónico y frecuentemente incapacitante.

La morbilidad en los ancianos puede clasificarse en tres categorías:

- **Morbilidad asociada a procesos crónicos frecuente mortales:** Derivados de problemas de arterioesclerosis, cáncer o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pueden ser tratados o prevenidos con éxito y prolongar la vida del sujeto.
- **Morbilidad asociada a enfermedades raramente mortales:** Ejemplo de éstas serían la artrosis, hernias, estreñimiento, depresión. Si en un futuro se logra posponer la morbilidad debida al grupo anterior, será el grupo que contabilizará la mayor parte de la morbilidad. Su prevención no prolonga la vida del sujeto, por lo que supone una reducción neta de la morbilidad.
- **Morbilidad asociada a la senescencia:** Problemas derivados de la pérdida de homeostasis y a la dependencia. Algunos de ellos son osteoporosis, déficit visual y auditivo, pérdida de memoria, incontinencia. Su prevención no aumenta la supervivencia, pero sí aumenta el periodo libre de morbilidad. Al aumentar la esperanza de vida, la morbilidad por estos procesos subirá de forma importante.

Patologías del adulto mayor

Las patologías más frecuentes que presenta en el adulto mayor son:

- **Arterioesclerosis:** Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre.

Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y tejidos.

- **Artrosis:** Afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, la edad, obesidad, falta de ejercicio son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular.
- **Artritis:** Es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes; por microcristales, neuropática, reumatoide, infecciosa y reactiva.
- **Alzheimer:** Es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y zonas del cerebro se atrofian.
- **Párkinson:** Es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo es la edad.
- **Hipertrofia benigna de próstata:** Consiste en el crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años.
- **Gripe:** Se trata de una enfermedad "común" que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios.
- **Malnutrición:** A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina), déficit de folato, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica.

- **Mareos:** En los adultos mayores buenas partes de los mayores de 60 años, acuden al médico por culpa de inexplicables mareos o vértigos. También son habituales las pérdidas de equilibrio y otras sensaciones de aturdimiento. Es importante que sea un médico quien determine la gravedad de nuestra situación.
- **Sordera:** Los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.
- **Presión arterial alta:** Es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. No suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardiaca, derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal.
- **Problemas Visuales:** Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Los problemas de visión más frecuentes son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular, etc.
- **Diabetes:** Es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo necesita, los niveles de azúcar (glucosa) de la sangre están muy altos, provocando problemas oculares, riñones, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales e incluso amputación del pie.
- **Claudicación intermitente:** Es un trastorno que se produce como consecuencia de la obstrucción progresiva de las arterias que nutren las extremidades, con aparición de dolor muscular intenso en la pantorrilla o muslo, aparece normalmente al caminar o realizar un ejercicio físico y que mejora al detener la actividad. Se observa con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer.
- **Demencia senil:** Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.

- **Osteoporosis:** Es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical por un defecto en la absorción del calcio, volviéndose quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia por carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición.
- **Accidente Cerebro Vascular (Ictus):** Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que parte del cerebro no consiga el flujo de sangre que necesita, quedándose la zona sin riego, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, quedando paralizada la zona del cuerpo dirigida por esa parte del cerebro.

223. ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

El rol de la enfermera en el adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, ansiedad, aislamiento y depresión;

dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones. Dentro del apoyo instrumental o las ayudas tangibles, se mencionan los cuidados que los abuelos prestan a los nietos; pero también se incluye el mobiliario que es necesario para la comodidad; involucra proporcionar servicios tales como transporte, el cuidado físico, la asistencia con las tareas del hogar, proveer dinero o abrigo cuando es necesario.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores. El propósito es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo o favorecer el autocuidado al adulto mayor encaminando a un envejecimiento saludable con calidad de la vida.

Según Virginia Henderson, el objetivo de la profesión de enfermería es la de conservar y restablecer la independencia de la persona a fin que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales. Henderson postula que la persona es un todo complejo con catorce necesidades fundamentales: respirar, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse, dormir, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Estas necesidades deben ser satisfechas normalmente por la persona adulta mayor, en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacerse

normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello y cuando el adulto mayor está enfermo necesita del apoyo emocional, social, psicológico y espiritual por parte del profesional de enfermería.

(16)

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Características sociodemográficas del adulto mayor.-** Conjunto de características del adulto mayor referente a su edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y ocupación.
- **Morbilidad del adulto mayor.-** Es el porcentaje de individuos que contrae una cierta enfermedad en una población; es decir, señala la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.
- **Adulto mayor.-** Es aquella persona mayor de 60 años que se encuentra en la última etapa de la vida, y en el que antecede al fallecimiento de la persona, durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Identificación de variables

X: Morbilidad del adulto mayor

Y: Características sociodemográficas del adulto mayor

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico de la investigación es de enfoque de tipo cuantitativo, método descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

Población.- La población estará conformada por el total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta, durante el año 2015, que asciende a 600 adultos mayores.

Muestreo.- El tipo de muestreo será probabilístico aleatorio simple, ya que el tamaño muestral se calculará aplicando la prueba de la Z cuya fórmula es la que nos permite aplicar los estadísticos mencionados, al 95% de confiabilidad y el 5% de error estándar y con un 50% de probabilidad de que los adultos mayores acepten ser entrevistados.

Fórmula de poblaciones finitas,

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{e^2 (N-1) + p * q * Z^2}$$

NC = nivel de confianza 95%

Z = 1.96

Q = Nivel de satisfacción 50% = 0.50

P = Nivel de insatisfacción 50% = 0.50

E = 5% = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{(600) (0.50) (0.50) (1.96)^2}{(0.05)^2 (599) + (0.50) (0.50) (1.96)^2}$$

$$n = \frac{(600) (0.25) (3.8416)}{(0.0025)(599) + (0.25) (3.8416)}$$

$$n = \frac{600 * 0.9604}{1.4975 + 0.9604}$$

$$n = \frac{576.24}{2.4579}$$

$$n = 234.44 = 234 \text{ adultos mayores}$$

Muestra.- La selección de las unidades muestrales se realizará agrupando a la población por estrato mensual, para establecer el número de casos. Luego a través de un muestreo aleatorio simple se determinará quienes van a formar parte de la muestra.

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLES | INDICADORES |
|---|--|
| <p>Características sociodemográficas del adulto mayor</p> | <p>EDAD: 60 a 69 años 70 a 79 años 80 a 89 años 90 años a más</p> <p>SEXO: Mujer Varón</p> <p>GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin instrucción Primaria Secundaria Superior</p> <p>ESTADO CIVIL: Soltero(a) Casado(a) Conviviente Viudo(a) Divorciado(a)</p> |
| <p>Morbilidad del adulto mayor</p> | <p>PATOLOGÍAS:</p> <p>Arterioesclerosis Artrosis Artritis Alzheimer Párkinson Hipertrofia benigna de próstata Prolapso Gripe Anemia Desnutrición Presión arterial Presbicia (ceguera) Presbiacucia (sordera) Diabetes Demencia senil Osteoporosis Accidente Cerebro Vascular</p> |

3.4. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será la observación y como instrumento una lista de chequeo, para evaluar las historias clínicas de los adultos

mayores atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta, en el año 2015, en relación a los datos específicos de la variable en estudio.

Para la recolección de datos se efectuará las siguientes acciones:

- Se solicitará la autorización al Médico Jefe del Centro de Salud “SUNAMPE” de Chincha Alta, para llevar a cabo el estudio de investigación, adjuntándole un impreso del proyecto al jefe de área de docencia e investigación para realizar la investigación.
- Se seleccionaran las historias clínicas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud “SUNAMPE” en el año 2015.
- Para la recolección de datos se realizará una revisión individualizada de las historias clínicas de los adultos mayores según las patologías asociadas; para luego ser transcritas en la lista de chequeo con una duración no mayor de 10 a 15 minutos por cada historia.

3.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para el procesamiento de los datos, se creará una base de datos que será codificada y procesada en el Programa SPSS versión 20.0 en español, donde se vaciarán los datos obtenidos, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio. Los resultados obtenidos serán presentados en tablas y/o figuras a fin de realizar el análisis e interpretación de los resultados.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar el estudio será necesario considerar la autorización de la institución y el consentimiento informado de los adultos mayores que van a participar en el estudio.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. PRESUPUESTO

| I Recursos Humanos | Nº | Costo Unidad | Consumo | Costo |
|-----------------------------------|-----------|---------------------|----------------|---------------|
| Asesor | 5 | 100/h | | 500 |
| Estadístico | 16 | 50/h | | 800 |
| Digitador | 10 | 40/h | | 400 |
| SUBTOTAL | | | | 1,700 |
| II Servicios | | | | |
| Copias | 2000 | 0.10 | | 200.00 |
| Internet | 45 | 1.50 | | 67.50 |
| Biblioteca (Tramite Carnet) | 01 | 30.00 | | 30.00 |
| Impresión | 200 | 0.40 | | 80.00 |
| Trasporte ida vuelta | 70 | 1.20 | | 84.00 |
| SUBTOTAL | | | | 461.50 |
| III Insumos | | | | |
| Papel Bond A4 | 500 | 1 | | 15.00 |
| USB | 1 | 60 | | 60.00 |
| Lapicero | 2 | 0.60 | | 1.20 |
| CD | 4 | 1 | | 4.00 |
| Fólder | 10 | 1 | | 10.00 |
| Frascos de muestras | 90 | 1.50 | | 135.00 |
| SUB TOTAL | | | | 225.00 |

RESUMEN

| | |
|------------------------|---------------------|
| 1. Recursos Humanos | 1,700.00 |
| 2. Servicios | 461.50 |
| 3. Insumos | 225.20 |
| INVERSION TOTAL | S/. 2,386.70 |

4.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| PLANIFICACION | 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|
| | ENE | | | | FEB | | | | MAR | | | | ABR | | | | MAY | | | | JUN | | | | | | |
| ACTIVIDADES | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| Capítulo I Planteamiento Del Problema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formulación Del Problema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivos de La Investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capítulo II Marco Teórico: Bases Teóricas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño Metodológico: Población | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumentos de Recolección de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Validez y Confiabilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. El número de adultos mayores en el mundo en el año 2000 y en el año 2012. Ginebra: OMS; 2012.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Vulnerabilidad del adulto mayor a contraer enfermedades crónico degenerativas. Ginebra: OMS; 2012.
- (3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Esperanza de vida al nacer del adulto mayor en el Perú. Lima: INEI; 2012.
- (4) Ministerio de Salud del Perú. Causas de morbilidad en el adulto mayor en el Perú. Lima: MINSA; 2012.
- (5) Instituto Peruano de Seguridad Social. La hipertensión arterial una de las primeras causas de morbilidad en el Perú. Lima: ESSALUD; 2012.
- (6) Ministerio de Salud del Perú. Relación a la demanda de aseguramiento en salud en el adulto mayor. Lima: MINSA; 2012.
- (7) González Rodríguez Antonia Miladys, Palma López María Elena. Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores. Habana: Policlínico Universitario Federico Capdevila; 2008.
- (8) Arias Reyes Leonor. Acceso a la atención primaria y morbilidad del adulto mayor de la Comuna de Quintero. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 2008.
- (9) Adriana Durán, Laura Valderrama, Ana Fernanda Uribe, Angélica González, Juan Máximo Molina. Enfermedad crónica en adultos mayores. Calí: Universidad Nacional Javeriana; 2009.

- (10) Rojas Revoredo Dora Verónica. Morbilidad y mortalidad comparativa del adulto mayor en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
- (11) Novelo de López Hilda. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. DF: México; 2011.
- (12) Aguilar Alexis. Etapa del adulto mayor de 65 a más años. Madrid: España; 2010.
- (13) Laureate International Universities. El adulto mayor. Universidad Europea de Madrid. Madrid: España; 2010.
- (14) Monterroso Cordero María, Tahay Medina Claudia. Los talleres recreativos como parte de la cotidianidad del adulto mayor del hogar para ancianos cabecitas de algodón de la casa N° 1 de la antigua Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2010.
- (15) Fernández Alba R, Manrique Abril F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Caracas: Venezuela; 2011.
- (16) Gálvez Silva Karina. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor. Madrid: España; 2010.

ANEXO 1. LISTA DE CHEQUEO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR

| EDAD | 60 a 69 años | 70 a 79 años | 80 a 89 años | 90 a más años |
|------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | | | |

| SEXO | Mujer | Varón |
|------|-------|-------|
| | | |

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Sin instrucción | Primaria | Secundaria | Superior |
|----------------------|-----------------|----------|------------|----------|
| | | | | |

| ESTADO CIVIL | Soltero(a) | Casado(a) | Conviviente | Viudo(a) | Divorciado |
|--------------|------------|-----------|-------------|----------|------------|
| | | | | | |

MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR

| PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES | NO | SI |
|---------------------------------|----|----|
| Arterioesclerosis | | |
| Artrosis | | |
| Artritis | | |
| Alzheimer | | |
| Párkinson | | |
| Hipertrofia benigna de próstata | | |
| Prolapso | | |
| Gripe | | |
| Anemia | | |
| Desnutrición | | |
| Presión arterial | | |
| Presbicia (ceguera) | | |
| Presbiacucia (sordera) | | |
| Diabetes | | |
| Demencia senil | | |
| Osteoporosis | | |
| Accidente Cerebro Vascular | | |