

**PROYECTO DE DESARROLLO LOCAL: PROMOVRIENDO UN
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR
PUEBLO JOVEN AMPLIACIÓN VICTOR RAÚL – LA
VICTORIA – CHICLAYO DE 2018**

PRESENTADA POR:

SEGURA MÍÑOPE, SUSSAN GIOVANA

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

APROBADA POR:

Dra. Saavedra Covarrubia, Mirian Elena
PRESIDENTE

Mgtr. Nureña Montenegro, Julia María
SECRETARIO

Mgtr. Zevallos Cotrina, Anita del Rosario
ASESOR

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
I. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO	11
II. NATURALEZA DEL PROYECTO	11
2.1. Descripción del proyecto	11
2.2. Fundamentación y justificación	11
2.3. Marco institucional	33
2.4. Finalidad del proyecto	38
2.5. Objetivos	38
2.6. Metas	39
2.7. Beneficiarios	39
2.8. Productos	39
2.9. Localización física y cobertura espacial	40
III. ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES	47
IV. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR	56
V. DETERMINACIÓN DEL CALENDARIO DE ACTIVIDADES	57
VI. DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS:	58
VII. CÁLCULO DE COSTOS DE EJECUCIÓN Y PRESUPUESTO	60

VIII. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	65
IX. INDICADORES DE EVALUACIÓN	66
X. FACTORES CONDICIONANTES E IMPACTO DEL PROYECTO	67
XI. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	67
XII. IMPACTO AMBIENTAL	67
XIII. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y darme una familia maravillosa. A mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento por creer en mí, aunque pasamos momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome su amor. A Esther Chirinos Vera, mi abuelita, de quien plenamente puedo decir que es mi segunda madre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, mi familia y seres queridos por su apoyo incondicional. Gradezco mis formadores y asesora Mgtr. Anita Zevallos por su paciencia, esfuerzo y entusiasmo para la realización de este trabajo académico.

RESUMEN

El proyecto busca promover un envejecimiento saludable en el adulto mayor - Victoria Ampliación Víctor Raúl – Chiclayo – 2018. Para ello se desarrollarán diferentes actividades con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. El objetivo general que persigue el siguiente trabajo académico es disminuir las enfermedades crónicas (DM – HTA) en adultos mayores en el PJ Ampliación Víctor Raúl - La Victoria. A través de promover adecuados estilos de vida saludable en el adulto mayor, incentivar el interés de las autoridades y cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor, incrementar el conocimiento e interés de los familiares y cuidadores sobre DM y HTA en el adulto mayor. Como producto del presente proyecto de desarrollo local, se habrá desarrollado conocimientos en la familia sobre una alimentación saludable, actividad física, disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA. Además, se habrá desarrollado conocimiento de autoridades y agentes comunitarios sobre el Impacto social de la DM-HTA; y por último se habrá contado con un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.

Palabras claves: Estilos de vida saludables, adulto mayor, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial.

ABSTRACT

The project seeks to promote a healthy aging in the major adult - Ampliación Víctor Raúl - Chiclayo - 2018. For it different activities will develop with the purpose of improving the quality of life of the major adults. The general aim(lens) that chases(prosecutes) the following academic work is Víctor Raúl diminishes the chronic diseases (DM - HTA) in major adults in the PJ Extension - The Victory. Across promoting suitable ways of healthy life in the major adult, stimulating the interest of the authorities and keepers on the care of the major adult, increasing the knowledge and interest of the relatives and keepers on DM and HTA in the major adult. As product of the present project of local development, one will have developed knowledge in the family on a healthy supply(food), physical activity, decrease of alcohol and tobacco; and managing and control of the DM-HTA. In addition, there will have developed knowledge of authorities and community agents on the social Impact of the DM-HTA; and finally one will have possessed(relied on) a program of training on the integral care of the major adult in the home.

Keywords: healthy Ways of life, major adult, Diabetes Mellitus, Arterial Hypertension.

INTRODUCCIÓN

Es notable el crecimiento de la población adulta mayor en el Perú. La población de adultos mayores está creciendo en el Perú. En 1950 representaba el 5.7% de los habitantes peruanos, pero en el año 2017 el porcentaje casi se ha duplicado. Actualmente la tasa de adultos mayores alcanza el 10.1% de la población peruana, es decir unas 3'250,000 personas. Pero la proyección es que este segmento poblacional siga creciendo.¹

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general; sino que también ocurre en nuestro país. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2015 la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento. Además, estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población peruana. Este crecimiento se producirá una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles¹.

El plan nacional concertado de salud 2007 – 2020, se sostiene en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud.² El objetivo sanitario N° 7 persigue controlar las enfermedades crónico degenerativas

prevención y control de la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Isquémica del Miocardio y Accidente Cerebro Vascular. Una de las estrategias e intervenciones: desarrollar estrategias preventivas dirigidas a la disminución los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica y Accidente Cerebro Vascular en la población adulta; desarrollar estrategias de diagnóstico precoz; tratamiento y control adecuado de los pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica y con riesgo de Accidente Cerebro Vascular; promover estilos de vida saludable, evitar el sedentarismo, tabaco, obesidad, stress y desarrollar actividad física regular; promover grupos organizados (grupo de ayuda) para la promoción y prevención de las Enfermedades Crónico Degenerativos, en especial de la Diabetes Mellitus.³

Para la disminución de la dependencia y el deterioro de la salud del adulto mayor, el Minsa promueve el autocuidado y prevención de enfermedades crónicas en esta etapa de vida. En los establecimientos de salud a nivel nacional, los profesionales médicos identifican en los adultos mayores el riesgo de Tuberculosis, Infecciones de Transmisión Sexual, Diabetes, Hipertensión Arterial, Depresión, Demencia, entre otros, para proporcionarles un tratamiento adecuado que les permita tener calidad de vida.⁴

I. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

Promoviendo un envejecimiento saludable en el adulto mayor del Pueblo Joven Ampliación Víctor Raúl La Victoria - Chiclayo 2018.

II. NATURALEZA DEL PROYECTO

2.1. Descripción del proyecto

El proyecto busca promover un envejecimiento saludable en el adulto mayor - Victoria Ampliación Víctor Raúl – Chiclayo – 2018. Para ello se desarrollarán diferentes actividades con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Así mismo, se establecerán alianzas estratégicas con la Municipalidad y diferentes organizaciones del Pueblo Joven Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, se ejecutarán distintas reuniones de sensibilización con autoridades y familias de adultos mayores, con la ayuda de agentes comunales para un trabajo sostenible, quienes serán convocados por el Centro de Salud La Victoria Sector I, permitiendo fortalecer las acciones programadas en el proyecto.

2.2. Fundamentación y justificación

El Perú en las dos últimas décadas ha experimentado un paulatino envejecimiento de la población, este proceso requiere ser estudiado y conocido, esencialmente por aquellas personas que detentan la responsabilidad de formular las políticas sociales orientadas a aquellas personas del grupo etáreo de 60 y más años.⁵

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2015 la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento. Además, estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población peruana.¹

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, se considera personas mayores a aquellas que tienen 60 a más años. En el Perú conforme a lo establecido en la asamblea general de la organización nacional de las naciones unidas, mediante la Resolución 50/141 del

30 de Enero de 1996, la denominación utilizada para este grupo poblacional es el de Personas Adultas mayores.⁶

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame adultos mayores o ancianos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del desarrollo humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub etapas como: la edad adulta temprana o joven (entre los 20 y 40 años), la edad adulta intermedia o madura (de los 40 a los 65 años) y la edad adulta tardía o mayor (después de los 65 años de edad).⁷

En cada una de estas etapas la persona tiene características propias, así tenemos que en la etapa adulta temprana alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico; mientras que en la etapa adulta mayor se caracteriza por la declinación biológica y se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos.⁸

La edad adulta tardía o vejez comienza a los 60 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Diferentes teorías intentan explicar las causas del envejecimiento biológico o senescencia (término utilizado por los biólogos y gerontólogos).⁹ Sin embargo, a pesar de los intentos por dar respuestas, ninguna de las teorías propuestas explica los sucesos complejos que se dan durante el envejecimiento. Este involucra una serie de procesos que producen cambios dependientes del tiempo en un organismo. Además de los factores hereditarios y los cambios intrínsecos (los que ocurren desde el interior), el organismo también es afectado desde el exterior por los estresores ambientales, bacterias, virus y otras influencias, lo que ocasionalmente reduce la capacidad de diversos órganos para continuar funcionando.¹⁰

Cambios físicos:

Son muchas las diferencias individuales entre la cronología y el alcance de los cambios durante la edad adulta tardía o vejez, así como en las capacidades de percepción y sensitivas.¹¹ Las personas de edad avanzada experimentan un debilitamiento general de la capacidad de respuesta y del procesamiento de información. Estos cambios les exigen hacer ajustes en muchos aspectos de su vida:

- Pérdida de textura y elasticidad de la piel.
- Adelgazamiento y encanecimiento del cabello.
- Disminución de la talla corporal.
- Adelgazamiento de los huesos.
- La pérdida de dientes y los problemas de encías son comunes.
- Problemas de visión
- Desaparición progresiva de masa muscular, Atrofia de los músculos.
- Se intensifican las arrugas.
- Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas.
- Propensión a la osteoporosis en las mujeres.
- Pérdida de la adaptación al frío y al calor.
- Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas.
- Las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad.
- Los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones pierden eficiencia.
- Los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto.

Durante esta etapa se presentan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades, esto debido a la fragilidad del organismo. Algunas de las enfermedades que se asocian con la vejez son enfermedades crónicas que han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como es el caso de la artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas.

El envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad, a diferencia de lo que se suele pensar. La salud de la mayoría de las personas de edad avanzada es favorable, un pequeño porcentaje se encuentra en un estado de invalidez o postración y el resto tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autónomos.¹⁰ Si se mantiene un estilo de vida sano, incorporando ejercicio, alimentación apropiada, evitando el cigarrillo y el alcohol, pueden ayudar a las personas a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedades crónicas, que pueden llegar a ser fatales.

Personalidad y Desarrollo Social:

Según Erickson en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad vs. desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas. Implica la aceptación de los propios progenitores como

personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de amor, aun cuando no fueron perfectas.¹² También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Los adultos mayores necesitan aceptar sus vidas y su proximidad a la muerte; si fracasan, se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida y, por tanto, serán incapaces de aceptar la muerte. Aquellos que han trabajado toda su vida y tienen la oportunidad, deben aceptar su retiro del campo laboral al jubilarse.¹³

La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante en el que la persona puede esperar sentir estrés, para algunos supone la pérdida de ingresos, identidad profesional, estatus social, compañeros y estructura cotidiana del tiempo y actividades. Una clave para superar los efectos de la jubilación en la satisfacción de la vida es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida. La jubilación conlleva a nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o apartamento más pequeño o problemas de salud.¹⁰

El evento más significativo en muchos matrimonios de personas mayores es la jubilación del hombre, encontrarse sin su trabajo y apartado de su contacto diario con sus compañeros, intelectual, sin embargo, ansían más la jubilación que su esposa.¹⁴ Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media su profesión. Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación.

La preferencia al jubilarse es permanecer en las casas donde educaron a sus hijos, que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero cuando lo hacen es por diversión. Son bastante sanos y suelen tener suficientes ingresos, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes. Los ancianos (mayores de 85 años) se ven obligados a depender de alguien. Generalmente, se van a vivir con los hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional.

Las relaciones son muy importantes para los ancianos, la familia es aún la fuente primaria de apoyo emocional. Con frecuencia las relaciones entre hermanos se vuelven más estrechas al final de la vida que a comienzos de la edad adulta.¹⁰ En particular, las hermanas hacen el esfuerzo de mantener esos lazos. Cuando la expectativa de vida crece, lo mismo sucede con la longevidad potencial del matrimonio. Los matrimonios que subsisten hasta el final de la edad adulta tardía tienden a ser relativamente satisfactorios, pero las dificultades surgen en los aspectos de personalidad, salud y cambio en los roles, que pueden requerir ajustes de ambas partes.

Muchas personas permanecen sexualmente activas. Se da mayor importancia a la expresión sexual, al comprobar que ésta no sólo sirve a propósitos físicos, sino que también para asegurar a ambos miembros de la pareja el amor del otro, así como su comprensión y la sensación de que sigue estando vigente su vitalidad, lo que en definitiva contribuiría a elevar la autoestima de cada miembro de la pareja. De esta manera, los estereotipos populares que plantean que los años de la vejez son asexuados, son infundados puesto que, en la práctica, existe un número elevado de personas adultas, que después de los sesenta y cinco años permanecen interesadas y activas sexualmente.¹⁵ En definitiva, si bien es cierto que las relaciones sexuales en la tercera edad son diferentes en frecuencia e intensidad, las cuales disminuyen producto de signos biológicos y físicos, la satisfacción y consistencia de la misma se deberá principalmente a como haya sido el comportamiento sexual durante la juventud.

El estrés o la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, deteriorar física y mentalmente. La forma de cómo se perciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación. Las personas mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad.

Cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años se divorcian, es más probable que den más muestras de estrés psicológico que los jóvenes que se encuentran en situación similar. La pérdida de los papeles conyugales, al igual que el de los profesionales, puede quebrantar su sentido de identidad. Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio de la tercera edad tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores

que sus esposas, los maridos desaparecen con tanta rapidez que la situación de viudez parece ser "normal" entre las mujeres mayores. Cuando se vuelven a casar, el nuevo cónyuge suele ser alguien que ya conocían antes de enviudar o alguien que han conocido a través de una amistad mutua o un pariente.

El duelo es uno evento doloroso en la vida de cada persona, ya que esto es parte de ella y tarde y temprano se debe enfrentar a un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además, deben superar el cambio de status laboral y la decaída de la salud física y de las habilidades. Cuando uno de los cónyuges fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aún después de la recuperación el dolor continúa.

Funcionamiento intelectual en la edad adulta tardía, según diversas investigaciones (principalmente transversales) existiría un declive en la capacidad intelectual que se relacionaría con la edad, cuyos argumentos se hallan en los resultados de diversas pruebas de CI y de variadas medidas piagetianas que de ser ciertas podrían ser explicadas por las siguientes razones: 1) deterioro neurológico; 2) limitaciones físicas; 3) factores psicológicos; 4) velocidad; 5) ansiedad ante las pruebas; 6) inadecuación de las tareas; 7) cautela; 8) actividades derrotistas; 9) pérdida de continuidad en la actividad intelectual y 10) descenso terminal.¹²

Como se puede apreciar, son muchos los factores que pudiesen intervenir en un mal desempeño del adulto mayor, es por esto, que surge la interrogante acerca de qué tan efectivos pueden llegar a ser estos resultados. Si observamos a nuestro alrededor nos daremos cuenta de que esta disminución cognitiva forma parte más de un mito que de la realidad, ya que la mayoría de los ancianos no experimentan disminuciones significativas en su capacidad intelectual, sino por el contrario, se pueden mantener estables o llegar incluso a un incremento; todo lo cual estará dado por las diferencias individuales. Es así como el adulto

mayor es capaz aún de aprender destrezas nuevas, pero requiere de mayor tiempo que las personas jóvenes, lo cual se debería a un decremento en la incapacidad operacional de la memoria a corto plazo, especialmente en la utilización de estrategias de codificación, organización y recuperación de la información que haría más difícil el aprendizaje como es la resolución de problemas. No obstante, gracias a "los programas de entrenamiento ha sido posible acelerar el procesamiento de la información, reducir las diferencias en recordar e invertir los declives en las habilidades de inteligencia fluida".¹⁶

Por último, si bien es cierto que el adulto mayor ya no cuenta con la misma eficiencia que tuvo en su juventud, en relación a algunas habilidades cognitivas; en la actualidad es poseedor de un conocimiento pragmático, que conocemos como sabiduría, la cual ha sido acumulada como producto de su experiencia a lo largo de la vida. De esta manera, el adulto mayor posee un gran desarrollo de la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarlos a sus asuntos importantes.

Se ha demostrado que la edad por si sola no es el factor más determinante, ni tampoco el número de enfermedades que presentan los adultos mayores.

Para ser costo-efectivo en los programas, es necesario focalizar los recursos socio-sanitarios disponibles en el grupo de adultos mayores que están en riesgo o son ya frágiles. Es en este grupo que debemos intervenir prontamente con los recursos locales, para prevenir y tratar a los adultos mayores antes que se transformen en dependientes y requieran aún mayores costos en sus cuidados integrales, si llegan a transformarse en discapacitados o postrados.

Por lo anterior es que es muy importante emplear el concepto de fragilidad en el adulto mayor. La definición no está aún bien consensuada, ya que diferentes autores utilizan variados conceptos.

De una forma u otra forma, la fragilidad resulta de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización o muerte. Se sabe que el adulto mayor presenta habitualmente una mayor vulnerabilidad al medio interno o externo, la que es producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica con el paso de los años. El organismo presenta una menor capacidad en la homeostasia fisiológica que un sujeto más joven. Por ejemplo, se reduce su fuerza muscular, las horas de sueño, la capacidad de regular la temperatura corporal, la capacidad de ingerir líquidos en caso de deshidratación, etc. Un adulto mayor puede llegar a estar frágil por una causa médica, pero también puede

llegar a esta condición por factores sociales (soledad, pobreza, tipo de vivienda, educación, etc.), por razones farmacológicas (dosis y tipos de fármacos que usan) y psicológicas.¹⁷ También es frecuente observar que se puede estar frágil con sumas de pequeños factores o insultos del ambiente médico-social, ya sea del medio interno o externo.

Los principales factores de riesgo de fragilidad serían un compendio de los problemas derivados de:¹⁷

- El envejecimiento biológico. Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, muscular, equilibrio, etc).
- Enfermedades agudas o crónicas reagudizadas (conocidas o no).
- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos).
- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional).

Algunos de los factores determinantes de fragilidad en el adulto mayor aceptados por la mayoría de los autores son los siguientes:¹⁸

1. Mayor de 75 u 80 años.
2. Pluripatologías.
3. Polifarmacia.
4. Problemas cognitivos o afectivos.
5. Reingreso hospitalario frecuente o reciente.
6. Patología crónica invalidante.
7. Sin soporte/apoyo social adecuado.
8. Problemas en la deambulaci3n (caídas frecuentes, miedo a caerse)
9. Pobreza.

En este sentido, se dice que una poblaci3n envejece cuando aumenta la proporci3n de personas del grupo de m3s edad y disminuye la proporci3n de ni1os y j3venes, resultando por ello una edad media mayor. El conocimiento de esta realidad demogr3fica permitir3 a quienes “toman decisiones”, revisar y redefinir el papel de las instituciones, considerando la din3mica poblacional y sobre todo analizando el comportamiento de la poblaci3n en su conjunto.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el Informe Técnico que describe la Situación de la Población Adulta Mayor, entre Octubre, Noviembre y Diciembre del 2017. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, que ha evidenciado el aumento de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017.⁵

Al cuarto trimestre del año 2017, el 37,1% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En el área rural se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, con el 41,3%.

El 82,3% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 70,7%, habiendo 11,6 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana (85,1%) son las que más padecen de problemas de salud crónica. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónica.⁵

Del total de la población adulta mayor de 60 y más años de edad, el 83,4% tiene algún seguro de salud, sea público o privado. Destaca la cobertura de afiliación a algún seguro de salud de los residentes en Lima Metropolitana con el 86.1%, ubicándose luego el área urbana y rural con el 82,3% y 81.8%, respectivamente.

El envejecimiento saludable entendido como la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.¹⁹

La prevalencia de enfermedades en las Personas Adultas Mayores se manifiesta en un 74.4 %, quienes tienen algún problema de salud.

. El 46.2% declaró presentar síntomas.

. El 41.9% señaló que tuvo alguna enfermedad.

. Las enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, o diabetes, entre otras) han aumentado significativamente en las PAM de sexo femenino.

. Para el año 2011, el 71.4% de PAM varones observa alguna enfermedad crónica, el 82.1% de mujeres también.

Estos indicadores aluden la responsabilidad individual, pero principalmente a las deficientes condiciones de acceso equitativo que tiene la población para una vida sana y para poder disponer de apoyo para tomar decisiones saludables. Más de una quinta parte (21.4%) de los hogares peruanos con al menos una PAM (personas adultas mayores) presentó déficit calórico. Esto se debe a hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, aparte de la insuficiente ingesta calórica-proteica que afecta en mayor medida a las PAM que viven en situación de pobreza.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) representan el 9,6 % de la población del país y para el 2021 serán el 11,2 %. Es un grupo etéreo que está teniendo un crecimiento exponencial, el mundo está envejeciendo y eso no es ajeno a su población.⁵

El envejecimiento a nivel Mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años.¹⁹

El envejecimiento como proceso individual que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques y teorías como las presentadas a continuación:²⁰

a) El enfoque biologicista

El enfoque biologicista tiene su base en dos teorías: la del envejecimiento programado, según Papalia y Wendkos “que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo”

Los defensores de la teoría del envejecimiento programado señalan que como cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón es innato en todos los seres vivos; de otro lado, los promotores de la teoría del desgaste natural, comparan el cuerpo con una máquina, cuyas partes se desgastan debido al uso.¹²

La diferencia entre ambas teorías es sustancial, mientras que la teoría del envejecimiento programado se centra en el determinismo y en el hecho casi ineludible de que poco se puede hacer por intervenir en el proceso de envejecimiento, la teoría del desgaste natural otorga un margen de posibilidades a la intervención mediante la prevención y la acción.

b) El enfoque psicológico

Desde un enfoque psicológico el envejecimiento se enfoca usualmente desde dos teorías opuestas en su concepción: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio.

La teoría de la desvinculación nos señala que “...la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento”¹²

Esta teoría conceptualizaba la desvinculación social como un proceso natural y positivamente funcional.¹² La desvinculación social o desapego de las personas adultas mayores de sus instituciones y roles sociales es explicada, así como un proceso de beneficios mutuos que está arraigada en la declinación biológica y psicológica.

Opuesta a la teoría de la desvinculación se encuentra la teoría del envejecimiento satisfactorio introducida por John Rowe en 1987, quien señala “...que este sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos”²¹

De acuerdo a la teoría de la actividad, ello significaría que mientras más activas se conserven las personas adultas mayores, su envejecimiento sería más satisfactorio. Cabe precisar que esta teoría, a diferencia de la anterior, intenta dar una explicación socio cultural del envejecimiento, al considerar los factores sociales, históricos y culturales que estructuran y

limitan la participación social de las personas adultas mayores; sin embargo reduce el valor humano a factores como la actividad y la productividad, dejando de lado el hecho de que las personas adultas mayores, independientemente de su nivel de actividad, merecen un lugar dentro de la sociedad.

c) El enfoque social

Desde la perspectiva del enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el “carácter problemático” de una población que envejece, y que percibe a las personas adultas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad.²¹

Otra de las teorías explicativas se refiere a la economía política de la vejez, que señala que el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas, es que la calidad de vida alcanzada en esta etapa del ciclo de vida, está directamente influenciada por su posición en el mercado de trabajo al momento de jubilarse. Los críticos de esta teoría manifiestan que, “aun cuando esta aproximación resulte útil, debe convenirse que la continuidad pre y post jubilatoria no existe en la esfera económica - el nivel de ingreso - o en el plano de las relaciones sociales - entendidas como relaciones de producción - y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única, caracterizada por la desvinculación del sistema productivo y la tributación a la seguridad social”.²¹

Por otro lado, la teoría de la dependencia estructurada enfoca su atención en “...el sistema social en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social” Dicha teoría enfoca cuestiones trascendentales como “...las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas adultas mayores, a la vez que funciona como un correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento”.

En concordancia con los lineamientos dados en la primera asamblea mundial sobre el envejecimiento, en el año 2000 se conformó en el Perú una comisión multisectorial para la formulación del Plan Nacional de las personas adultas mayores (PLANPAM),²⁰ que desde el 16 de junio de 2013 cuenta con el PLANPAM 2013-2017: "Promoviendo el envejecimiento activo y saludable", el cual está vigente y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores; todo ello basado en cuatro lineamientos. El Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, estableció una política nacional en relación a las personas adultas mayores:

- Lineamiento de política N°1 envejecimiento saludable: Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y la calidad de los servicios socio sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.
- Lineamiento de Política N° 2: Empleo, Previsión y Seguridad Social, promover oportunidades para las personas adultas mayores mediante mecanismos que permitan mejorar su calificación e inserción en el mercado laboral garantizando un nivel mínimo de ingresos y su acceso a los servicios de previsión y seguridad social.
- Lineamiento de Política N° 03, Participación e integración social de las personas adultas mayores, buscando incrementar los niveles de participación social y política de las personas adultas mayores de manera que la sociedad los integre como agentes del desarrollo comunitario.
- Lineamiento de Política N° 4: Educación, conciencia sobre envejecimiento y la vejez; elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor, promover una imagen positiva del envejecimiento y la vejez e incrementar en la sociedad el reconocimiento hacia los valores y experiencia de vida de las personas adultas mayores.

En el PLANPAM 2013-2017 se refiere al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una

asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.²⁰

“El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población”. Facilita a las personas a alcanzar 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.²²

La OMS considera al envejecimiento activo como: 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. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.²³

El documento “Envejecimiento activo: un marco político”, desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, señala que: “El envejecimiento activo 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”.²² El marco político para el envejecimiento activo se enmarca en los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores: independencia, participación, asistencia, realización de los propios deseos y dignidad, así como en el análisis de los factores relacionados con el envejecimiento activo y su influencia en el envejecimiento de las personas.

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias.²⁴ Entonces, se puede afirmar que la calidad de vida deber

ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, espiritualidad, entre otros.

La Constitución Política del Perú, reconoce a las personas adultas mayores todos los derechos fundamentales expresados en su artículo 2º, y establece expresamente en su artículo 4º la protección de la familia, señalando que: la comunidad y el estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono.²⁵

En 2016 se promulgo la Ley de la persona adulta mayor (Ley N°30490), en la cual se enumeran los derechos de las personas mayores de 60 años. Es fundamental conocer esta norma para darles el lugar que merecen en la sociedad, tomar conciencia de la importancia de esta población. En la Ley del Adulto Mayor, concerniente a los servicios para la persona adulta mayor. Los servicios prestados por entidades públicas o privadas que se brindan a favor de la persona adulta mayor, están orientados a promover su autonomía e independencia con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud. La persona adulta mayor es titular de libertades fundamentales y tiene, entre otros, el derecho a:²⁶

1. Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.
2. La no discriminación por razones de edad y a no ser sujeto de imagen peyorativa.
3. La igualdad de oportunidades.
4. Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades.
5. Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad.
6. Una vida sin ningún tipo de violencia.
7. Acceder a programas de educación y capacitación.
8. Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país.
9. Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados.
10. Información adecuada y oportuna en todos los trámites que realice.
11. Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual.
12. Brindar su consentimiento previo e informado en todos los aspectos de su vida.

13. Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.
14. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
15. Acceso a la justicia.

Asimismo, la persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral de salud, en EsSalud o Minsa, de manera prioritaria y recibir un buen trato por parte del personal de salud (explicar adecuadamente sobre sus enfermedades, dar alternativas, resolver dudas y brindar apoyo y tranquilidad). Por otra parte, las entidades públicas y privadas deben facilitar el acceso y desplazamiento de la persona adulta mayor, con instalaciones adecuadas, sin barreras arquitectónicas que impidan su libre tránsito o desplazamiento.²⁷

El Ministerio de Salud (Minsa), promueve el derecho a la atención integral para el adulto mayor. El sector busca promover un envejecimiento activo a través del bienestar físico, social y mental.

Para la disminución de la dependencia y el deterioro de la salud del adulto mayor, el Minsa promueve el autocuidado y prevención de enfermedades crónicas en esta etapa de vida. En los establecimientos de salud a nivel nacional, los profesionales médicos identifican en los adultos mayores el riesgo de Tuberculosis, Infecciones De Transmisión Sexual, Diabetes, Hipertensión Arterial, Depresión, Demencia, entre otros, para proporcionarles un tratamiento adecuado que les permita tener calidad de vida.

El Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables²⁰ definió los principales problemas que afectan a las personas adultas mayores en el Perú, estos son de diversa naturaleza. Sin embargo de acuerdo a la cifras estadísticas disponibles y a la propia percepción de este grupo de personas, es posible establecer un primer nivel de clasificación de estos problemas que, adicionalmente, comprometen las posibilidades de desarrollo humano del país al no cubrirse plenamente las necesidades de este importante grupo poblacional, entre los principales problemas denota: deficiente cuidado de salud y malos hábitos alimenticios y nutricionales; bajo nivel educativo y falta de conocimiento sobre el envejecimiento y la vejez; ingresos y pensiones reducidas y falta de solidaridad con la personas adultas mayores;

desaprovechamiento y mal uso del tiempo libre; bajos niveles de participación, facilidades para la integración social y escasa cultura de buen trato y respeto.

El Modelo de Atención Integral de Salud, busca abordar las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, de una manera integral. Eje de las Necesidades de Salud, las necesidades de salud son el conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable.²⁸ Necesidades de desarrollo (promoción), Necesidades de mantenimiento de la salud (prevención). Eje de las Necesidades de Salud. Los Programas de Atención Integral: Norma y define los procesos para que las personas y sus familias se considere protegida en salud.

El Plan nacional concertado de salud 2007 – 2020, se sostiene en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud. En el lineamiento de política de Salud N° 2: Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, pertenece el objetivo sanitario N° 7, el cual persigue controlar las Enfermedades Crónico Degenerativas que permite la prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebro vascular.² Una de las Estrategias e intervenciones son: desarrollar estrategias preventivas dirigidas a la disminución los factores de riesgo de la Diabetes Mellitas, Hipertensión Arterial, cardiopatía isquémica y accidente cerebro vascular en la población adulta, desarrollar estrategias de diagnóstico precoz, tratamiento y control adecuado de los pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, cardiopatía isquémica y con riesgo de accidente cerebro vascular, promover estilos de vida saludable, evitar el sedentarismo, tabaco, obesidad, stress y desarrollar actividad física regular, promover grupos organizados (grupo de ayuda) para la promoción y prevención de las enfermedades crónico degenerativos, en especial de la diabetes mellitus, promover grupos organizados (grupo de ayuda) para la promoción y prevención de las Enfermedades Crónico Degenerativos, en especial de la Diabetes Mellitus e incorporar las prestaciones de salud de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Enfermedad Isquémica del Miocardio y Accidentes Cardiovascular.

La Diabetes es una enfermedad crónica no transmisible que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no puede utilizarla de forma apropiada. Ello hace que se acumule azúcar en la sangre generando la hiperglucemia, que con el tiempo

aumenta el riesgo de padecer infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares, entre otras afecciones.

El 9,0% de la población adulta mayor fue informada por un médico que padecía de diabetes. Por grupo de edad, se encontró que esta enfermedad se presentó en mayor porcentaje en los grupos de 65 a 69 años (10,7%) y de 70 a 74 años de edad (10,2%). En los últimos doce meses previos a la encuesta, el 12,9% de los adultos mayores residentes en el área urbana fueron informados que tenían diabetes, de ellos el 83,9% recibieron tratamiento. En el área rural solo se encontró el 3,1% con diabetes, de este grupo poblacional, el 37,7% no recibió tratamiento.

La elevación de la presión arterial se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedad cardiovascular; sin embargo, puede ser tratada mejorando su calidad de vida. Los resultados expuestos derivan del autoreporte del adulto mayor, quedando en evidencia el estado de hipertensión. El 27,7% de la población adulta mayor declaró haber sido informada por un médico o profesional de la salud que padece de presión alta o hipertensión arterial; y de ella, el 78,3% se encontraba con tratamiento; mientras que, el 21,7% no se sometió a un tratamiento médico. Esta enfermedad se presenta en mayor proporción en mujeres que hombres, así el 32,0% de mujeres de 60 y más años de edad fueron declaradas con Hipertensión Arterial, proporción mayor en 8,9 puntos porcentuales que los hombres (23,1%).⁵ Por otro lado, según la Dirección General de Epidemiología, la diabetes mellitus es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 59 años de edad.²⁹

La Diabetes Mellitus (DM) es un Trastorno Metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.³⁰

La causa de la DM es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes. Se tiene como clasificación de la Diabetes mellitus tipo (DM-1): Se presenta por la destrucción de las células beta (β) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina, la etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM-1 de origen idiopático.³⁰ La Diabetes mellitus tipo 2: caracterizada por un defecto

relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa.

Diabetes mellitus tipo 2, clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia de la DM-2. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM-2. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM-2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro.²⁹

Los principales factores de riesgo asociados a la diabetes son los inadecuados estilos de vida como el sedentarismo, malos hábitos alimentarios, el tabaquismo, el alcohol; los factores hereditarios; el sobrepeso y obesidad; la edad, se considera mayor riesgo en las personas mayores de 45 años, la prevalencia de DM-2 es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica;²⁹ Historia de enfermedad cardiovascular, la Hipertensión arterial es factor de riesgo asociado a DM; los antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional y el bajo grado de instrucción.

Los signos y síntomas de la Diabetes dependerán de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico. Entre ellos tenemos los asintomáticos, son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años). Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito. Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica. Comorbilidades asociadas: infecciones del tracto urinario a repetición. También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda).²⁹

Según la guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, se recomiendan medidas generales y preventivas. Se sugiere que las personas con DM-2 entren en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita que la persona conozca su enfermedad para lograr el autocontrol y adherencia al tratamiento. Se debe incluir recomendaciones nutricionales, Actividad física, disminución del consumo de Tabaco y alcohol. Y por supuesto la terapéutica que incluye manejo de medicamentos y control.

Las complicaciones se subdividen en complicaciones agudas y crónicas. Entre las complicaciones agudas tenemos: la hipoglucemia, referida la complicación aguda más frecuente del tratamiento de la diabetes y la Crisis hiperglucémica.

Las complicaciones crónicas, se subdividen en crónicas macrovasculares: Enfermedad cardiovascular: La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes. Las condiciones comunes coexistentes con la DM-2 (hipertensión arterial y dislipidemia) son claros factores de riesgo para ECV y la DM-2 por si misma confiere un riesgo independiente.²⁹ También en la clasificación de complicaciones crónicas, se incluyen complicaciones crónicas microvasculares: Nefropatía, Neuropatía (pie diabético) y secuelas como Ceguera, alteraciones gastrointestinales, Neuropatías, Insuficiencia arterial periférica, amputaciones e Insuficiencia renal crónica.

La HTA es la principal causa de enfermedad y mortalidad cardiovascular; y la primera carga de enfermedad a nivel mundial. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud estima que 12,8% de todas las muertes a nivel mundial se deben a esta enfermedad; y calcula que en personas de 25 años a más, alrededor del 40% padecen hipertensión, y 35% para la región de las Américas, siendo algo mayor en hombres (39%) que en mujeres (32%)². La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1.500 millones de personas. En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el MINSA y ESSALUD, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. Según estadísticas en USA el 67% de los mayores de 60 años tiene hipertensión arterial y en el Perú según la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años es de 56,3% en los mayores de 80 años. Según estadísticas en USA la hipertensión arterial está presente en el

69% de los pacientes que presentan infarto agudo al miocardio, en el 77% de los pacientes con ACV y en el 74% en los que desarrollan insuficiencia cardiaca. También es el principal factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus.³¹

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). En la población adulta (18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es mayor o igual de 140 mmHg y para la diastólica es mayor o igual de 90 mmHg. La enfermedad hipertensiva no es curable pero se considera que la reducción efectiva de la presión arterial (PA) es un objetivo fundamental para la reducción de los eventos cardiovasculares. Entre los factores de riesgo está el medio ambiente, estilo de vida, factores hereditarios, tabaquismo, dislipidemias, hiperglucemia, obesidad, etc.

La HTA es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil. Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas.³¹ Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares.

Entre las medidas generales y preventivas, se encuentran los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. Las medidas con demostrada capacidad para reducir la PA son:³²

- a) Restricción de la ingesta de sal.
- b) Evitar el consumo de alcohol, en su defecto, moderar su consumo.
- c) Consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa.
- d) Reducción y control de peso.
- e) Actividad física regular.

f) Evitar exposición al humo de tabaco.

Las complicaciones de los pacientes hipertensos son aquellas que dependen del compromiso clínico o subclínico de los distintos órganos blanco como:

- Riñón: daño renal, microalbuminuria, nefropatía, insuficiencia renal.
- Cerebro: arterioesclerosis, microaneurisma, infartos lacunares silentes, trombosis cerebral, hemorragia, embolia cerebral y demencia.
- Corazón: trombosis coronaria, infarto del miocardio, muerte súbita o pérdida del músculo e hipertrofia ventricular izquierda
- Ojo: ruptura de pequeños capilares de la retina del ojo y puede causar ceguera.

Hay que considerar la diabetes y la hipertensión arterial como enfermedades crónicas degenerativas que incluso van de la mano en la mayoría de las ocasiones y contribuyen a afectar el pronóstico de aquellos que las padecen, sobre todo si son coincidentes. Las personas con estas enfermedades además de cumplir adecuadamente el tratamiento terapéutico, los expertos han remarcado la importancia de concienciarlos sobre la necesidad de que adquieran y mantengan hábitos saludables, como la práctica del ejercicio o el llevar una dieta sana, que les ayuden a prevenir y controlar su enfermedad.

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países.

El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la

colaboración activa de toda la familia y la comunidad; por ello nos propusimos en este trabajo caracterizar el papel de la familia y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial.³²

La red social a la que pertenece la persona con Hipertensión y Diabetes tiene la función de incentivar actitudes personales que se asocian positivamente en el monitoreo de la salud, como el compartir informaciones, auxilio en momentos de crisis y cuidados con la salud en general, incluyendo cuidados con dieta, ejercicios físicos, sueño y adhesión al régimen medicamentoso.³³ La presencia de la familia junto al enfermo es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, lo que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad.

Para conseguir la reducción de los altos índices de morbilidad y mortalidad provenientes de enfermedades cardiovasculares es necesario adoptar acciones efectivas capaces de contener la progresión de la hipertensión arterial.³⁴ La adhesión al tratamiento constituye una pieza fundamental en esa lucha. Entretanto, creemos que ella depende del paciente y de los profesionales de la salud, de la familia y de la comunidad, como forma de ofrecer el soporte necesario para una participación efectiva en la búsqueda de la adhesión.

2.3. Marco institucional

2.3.1. Datos de la Contraparte

Nombre : Centro de Salud - Manuel Sanchez Villegas-La Victoria Sector I

Clasificación : Centro de Salud

Tipo : Sin Internamiento

Categoría : I-3

Dirección : Calle Viru N° 429. Lambayeque - Chiclayo - La Victoria

Ubigeo : 140106

Teléfono : 074-205295

Horario : 7:30 - 19:30 horas

DISA : Lambayeque

Red : Chiclayo

Microred : La Victoria

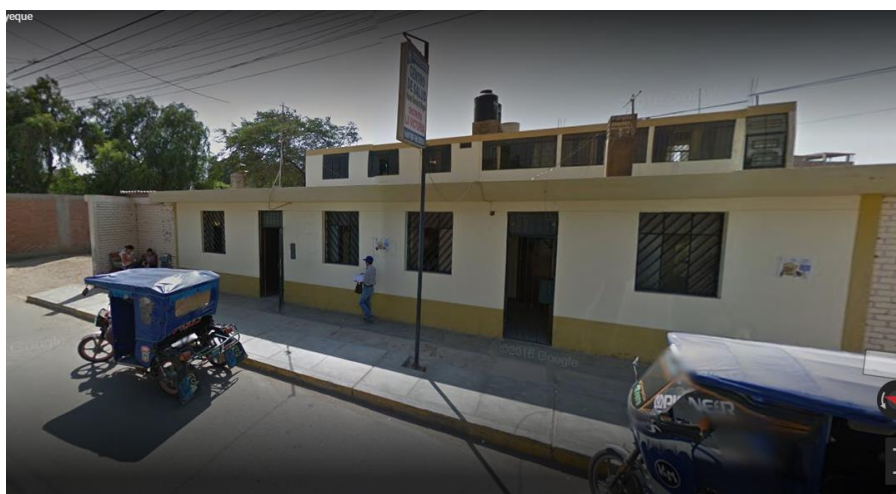
Unidad Ejecutora : Salud Lambayeque

CENTRO DE SALUD “MANUEL SANCHEZ VILLEGAS”¹

El Centro de Salud “Manuel Sánchez Villegas”, se encuentra ubicado en el distrito de La Victoria. Este, es uno de los 20 distritos de la Provincia de Chiclayo, perteneciente a la Región de Lambayeque, en el Norte del Perú.

Tiene una superficie de 29,36 km² y fue creado por Ley 23926, el 13 de septiembre de 1984, durante el segundo gobierno del Arq. Fernando Belaunde

Terry.³⁵ El Distrito de la Victoria tiene una población de 25, 556 habitantes, entre la cual el 36.29 % de la población se encuentra comprendida entre 30 a 59 años, el 7.49 % son personas mayores de 60 años. La población del distrito de la victoria está dividida en grupos urbano marginal y población rural.



Fuente: Fotografía del autor

El C.S. “Manuel Sánchez Villegas” tiene delimitada la zona:

- Por el Norte: Av. Chinchaysuyo.
- Por el Sur: Vía de Evitamiento (Av. Gran Chimú)
- Por el este: Av. Los Incas.
- Por el Oeste: Vía de Avitamiento a Monsefu – Pimentel

Corresponde a esta jurisdicción:

- Zona urbana
- El P.J. Víctor Raúl Haya de la Torre
- Ampliación del P.J Víctor Raúl
- Fundos: el mango y san lázaro
- Urb. Santa margarita

El Centro de Salud “Manuel Sánchez Villegas” Cuenta con 13 sectores y tiene por

Objetivo brindar atención en promoción y prevención en las diferentes etapas

De vida de su jurisdicción, contando con diversos recursos humanos: médicos,

Enfermeras, obstetras, nutricionistas, odontólogos y personal de apoyo (Técnico y administrativo), así como con recursos materiales y financieros básicos para poder brindar atención primaria de calidad con calidez.

En lo que respecta a los agentes comunitarios el centro de salud “Manuel Sánchez Villegas”- La Victoria Sector I, cuenta con agentes comunitarios que desarrollan actividades de Promoción de la salud en captación, referencia y contra referencia de casos; encontrándose distribuidos en los diferentes sectores del distrito.

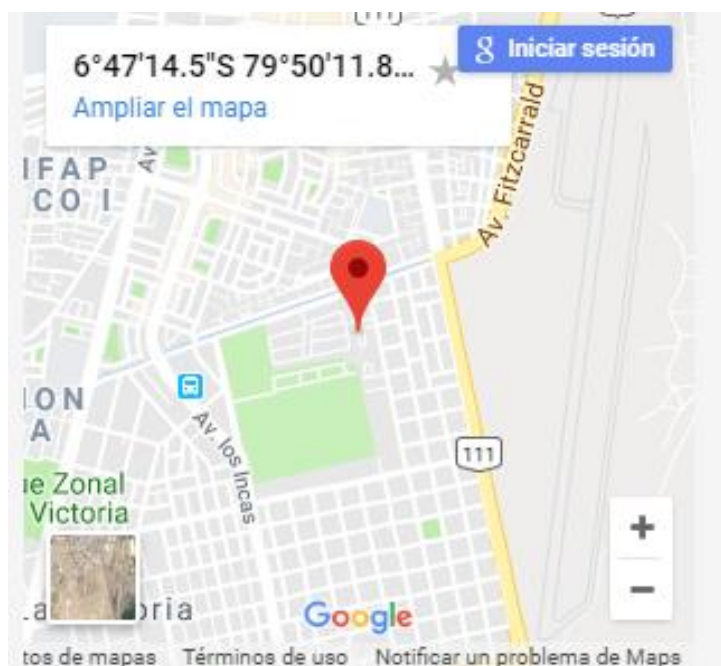
Misión:

Somos una institución dedicada a proporcionar los servicios básicos de salud preventivos, fortaleciendo las estrategias sanitarias mediante el trabajo en equipo, personal capacitado mejorando nuestros procesos de información y salud, optimizando fortalezas y minimizando riesgos para lograr la máxima satisfacción del usuario interno y externo.

Visión:

En el 2018, el centro de salud Manuel Sánchez Villegas, ofrecerá una mejor infraestructura con instalaciones amplias, equipadas y modernas, contando también con un laboratorio básico acorde con las necesidades de la institución, con la finalidad de mejorar los procesos y

servicios, impulsando el desarrollo de habilidades y capacidades de nuestros colaboradores para brindar un mejor servicio, adecuado y parecido para el cliente



Fuente: Google Maps

2.3.2. Datos de la contraparte USAT

La Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT) es una universidad promovida y patrocinada por el Obispado de Chiclayo, en el departamento de Lambayeque, Perú.³⁶

El principal propósito de la USAT es alcanzar una síntesis entre la fe y la cultura, que conduzca a la formación integral de las personas, y al desarrollo de la sociedad. Su comunidad universitaria está integrada por profesores, estudiantes y graduados, consagrados al estudio, la investigación y la difusión de la verdad.³⁶

En ese sentido, la universidad forma profesionales y personas que demuestran, en todo momento y en todo ámbito, respeto a la persona humana y a su libertad, con tolerancia y capacidad de diálogo; amor a la sabiduría, aprendiendo a compartir y enseñando con humildad; y pasión por la investigación, siendo contemplativos y profundos en su quehacer universitario.

PRINCIPIOS

Búsqueda de la verdad, la afirmación de los valores y el servicio a la sociedad a la luz de la revelación divina.

Pluralismo y libertad de pensamiento respetando la axiología de la Universidad.

Defensa de la dignidad de la persona humana

Desarrollo social, respeto a la naturaleza y a su transformación al servicio del bienestar del individuo, la familia y la sociedad.

FINES

La Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo se orienta en los siguientes fines:

La consecución de una síntesis entre fe y cultura, que armonice la dispersión especializada del saber con la unidad de la verdad humana, iluminada por la fe cristiana.

La formación integral mediante la enseñanza y la investigación de la realidad, a fin de contar con profesionales capaces de formular alternativas solidarias, responsables y sostenibles a los problemas de la sociedad.

VISIÓN

Ser una Universidad líder a nivel nacional, reconocida por su excelencia académica, que de modo riguroso y crítico, contribuye a la tutela y desarrollo de la dignidad humana y su herencia cultural, cumpliendo sus funciones eficazmente dentro del sentido cristiano de la vida, la verdad y el bien común.

MISION

Contribuir al desarrollo y progreso de la sociedad mediante la formación integral de los estudiantes, la responsabilidad social universitaria y la investigación e innovación, respetando la libertad de conciencia y los principios de la Iglesia Católica.

El Programa de Especialización de Salud Familiar y Comunitaria, tiene como objetivo:³⁷

- Asegurar una formación especializada del enfermero, con competencia para realizar una práctica basada en la evidencia, que le permita formular propuestas de mejora en la sistematización de su práctica en el área familiar y comunitaria en el sistema de salud.

- Formar un profesional de enfermería especializado para brindar cuidado integral, oportuno y eficaz a la persona, familia y comunidad, con el enfoque de derechos en salud e interculturalidad.
- Formar enfermeros especialistas capaces de promover la transformación de los servicios, de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, garantizando la oferta de un modelo de atención integral, de calidad y universal de la salud familiar y comunitaria.
- Formar enfermeros especialistas capaces de implementar propuestas específicas y consecuentes a la elaboración de proyectos de desarrollo, como gestor líder del equipo multidisciplinario de Atención Primaria de Salud.
- Formar enfermeros salubristas líderes, con habilidades gerenciales que promuevan el desarrollo local sostenible a partir de la articulación y complementariedad de las políticas públicas.³⁷

2.4. Finalidad del proyecto

La finalidad del siguiente Proyecto de Desarrollo Local es lograr el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en el P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria.

2.5. Objetivos

2.5.1. Objetivo general del proyecto

- Disminuir las enfermedades crónicas (DM – HTA) en adultos mayores en el PJ Ampliación Víctor Raúl - La Victoria.

2.5.2. Objetivos específicos

- Promover adecuados estilos de vida saludable en el adulto mayor.
- Incentivar el interés de las autoridades y cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor.
- Incrementar el conocimiento e interés de los familiares y cuidadores sobre DM y HTA en el adulto mayor.

2.6. Metas

- En el 2020, el 25% de adultos mayores del P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, con enfermedades crónicas serán controlados y sin complicaciones.
- Al finalizar el 2020, el 30% de adultos mayores adoptan estilos de vida.
- Al finalizar el 2020, las instituciones (Municipalidad de La Victoria y las autoridades del PJ Ampliación Víctor Raúl – La Victoria promoverán y desarrollaran un proyecto público para el cuidado integral del adulto mayor.
- Al finalizar el 2020, se habrá contado con un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.

2.7. Beneficiarios

Los implicados directos del proyecto son 50 adultos mayores, familiares y cuidadores que viven en la Ampliación Víctor Raúl – La Victoria. Para ello se tendrá en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Que las familias estén ubicados en la zona a de la Ampliación Víctor Raúl – La Victoria.
- Que las familias tengan la voluntad de cambiar y deseen participar en las actividades implicadas en el proyecto.

2.8. Productos

2.8.1. Resultados esperados:

Resultado 1:

Se habrá desarrollado conocimientos en la familia sobre una alimentación saludable, actividad física, disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.

Resultado 2:

Se habrá desarrollado conocimiento de autoridades y agentes comunitarios sobre el Impacto social de la DM-HTA.

Resultado 3:

Se habrá contado con un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.

2.9. Localización física y cobertura espacial

El Distrito de La Victoria es uno de los veinte distritos de la Provincia de Chiclayo Lambayeque, ubicada en el Departamento de Lambayeque, bajo la administración del Gobierno Regional de Lambayeque, en el norte de Perú. Fue creado por Ley 23926 el 14 de septiembre de 1984, siendo Presidente de la República Fernando Belaúnde Terry.³⁵

Está ubicado al sur de la ciudad de Chiclayo, su relieve es llano y su extensión territorial es de 32 Km². A fines de la década del cincuenta en tierras del fundo Chapuce propiedad del distrito de Reque, se asentaron un grupo de familias para habitar en viviendas rústicas localizadas a un costado de la Panamericana Sur. Posteriormente las autoridades de aquel entonces de la Municipalidad de Reque con buen criterio impusieron el trabajo de planificación, con el asesoramiento técnico de ingenieros venidos de Lima, quienes inician el trazo de la ciudad dando lugar a la creación del Sector IV, posteriormente con técnicos del Municipio de Reque se continúa con el trazo dando lugar a la creación de los sectores I, II y III. La Victoria nace oficialmente con el nombre de “Barrio Marginal La Victoria” el 8 de septiembre de 1961 a través de la Resolución N° 131 de la Corporación Nacional de Vivienda. En aplicación de la Ley 13617 (barrios marginales) art. 31 Título 10.³⁵

Desde el 9 de febrero de 1972 oficialmente la Victoria deja de ser barrio marginal y pasa a ser un Pueblo Joven. Nace el distrito el 6 de julio de 1980, se elige el Comité Pro Elevación a Distrito del Pueblo Joven La Victoria, recayendo la presidencia en José Félix Paz Pérez. El origen de La Victoria está relacionado a la política económica y financiera del Concejo Distrital de Reque, como su propietario y fundamentalmente al fenómeno demográfico de la inmigración de habitantes de los pueblos de la Sierra de Cajamarca, Bagua, Jaén y de los pueblos del departamento cercanos al distrito.³⁵

- 7 de Agosto
- Santo Tomás
- Los Rosales
- La urbanización Santa Rosa.

Geografía

Altitud: 28 Altitud (msnm.)

Ubicación geográfica: Latitud Sur: 06°47'18 Longitud Oeste: 79°50'12

Tiene una superficie de 32 km².

Recursos naturales

Sus suelos no son muy extensos, existen terrenos de cultivo, algunos fértiles, y otros que presentan salinización. Su flora está conservada en los parques y alrededores de la ciudad, y tienen acequias que riegan de agua sus cultivos, que se encuentran al extremo sur-oeste del distrito

AMPLIACIÓN VICTOR RAUL HAYA LA TORRE – LA VICTORIA

Hace 26 años, un 31 de mayo de 1986 a las 12 de la noche un centenar de familias carentes de un techo propio, se posesionaron en los terrenos del estado pertenecientes a la Municipalidad del distrito de la Victoria, formando así un asentamiento humano y tras sufrir los embates de la naturaleza se reconstruyeron las viviendas, aún más sin los servicios básicos. Así mismo un 19 de noviembre en 1992 con Resolución Municipal N° 2336 -92 – MPCH/A Municipal de la provincia de Chiclayo se eleva a categoría de Pueblo Joven dejando de ser un asentamiento humano.³⁵

Mediante el informe N° 036 – 2016 –MPCH/SGPP de fecha 18 de enero del 2016, la Sub Gerencia de Programas Sociales, opina que es procedente el reconocimiento de la Junta Directiva del Comedor Popular “Nueva Esperanza” Pueblo Joven Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre del Distrito de La victoria.

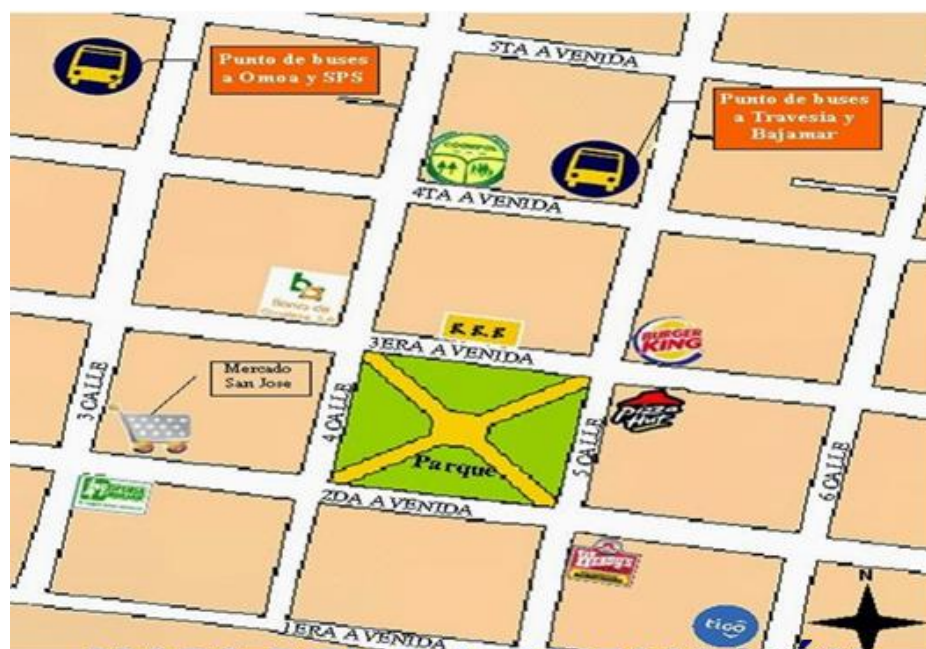
La comunidad del pueblo joven Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre formo parte también del fenómeno demográfico de la inmigración de habitantes de los pueblos de la Sierra de Cajamarca, Bagua, Jaén y de los pueblos del Departamento cercanos al Distrito.

P.J. Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre el 72% (477) cuenta con seguro SIS, el 11% (75) cuentan con Essalud, el 1% (6) cuentan con Sanidad y el 16% (100) no cuentan con seguro alguno. En la actualidad aún existen carencias para el desarrollo del P.J. como la inexistencia de un Parque Central, un mini complejo deportivo, el cambio de redes alcantarillado en las calles, pistas pavimentadas y veredas, este último en proceso de pavimentación. Encontrándose muchos problemas de drogadicción, delincuencia y pobreza.³⁵

El Pueblo Joven Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, está conformado por 10 manzanas.

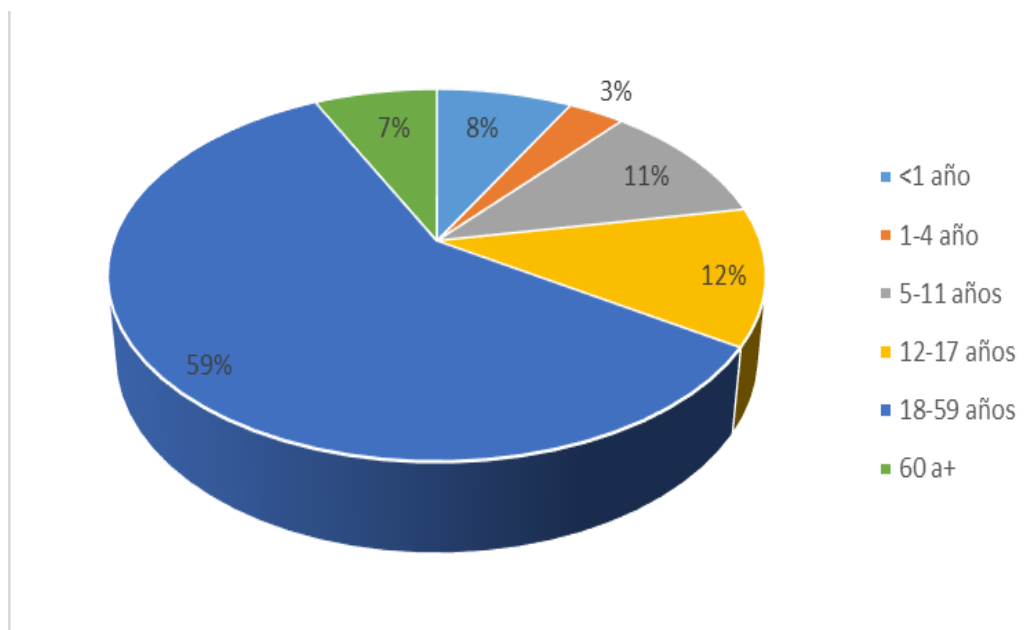
Limites

- Norte: Fundo San Lazaro.
- Sur: Av. Trujillo. Av. Colectora.
- Este: Sequia Yortuque
- Oeste: Urb. Santa Margarita.



MAPA DEL P.J. AMPLIACIÓN VÍCTOR RAÚL HAYA DE LA TORRE

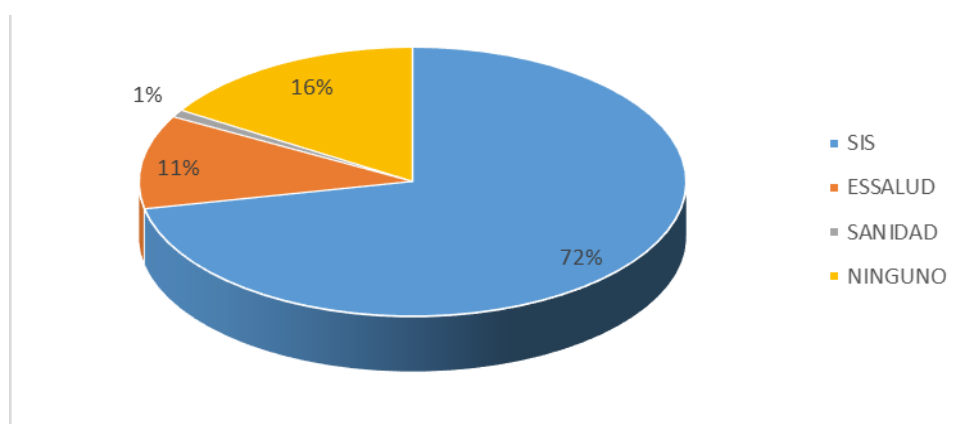
**GRAFICO N° 01: GRUPO ETÁREO DEL P.J. AMPLIACIÓN VÍCTOR RAÚL HAYA
DE LA TORRE-2018**



Fuente: ficha de identificación de riesgos aplicada a las familias del P.J. Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre – Mayo 2018

El 7% de personas son adultos mayores, y un 59% de personas están entre los 18 y 59 años. El 7% de adultos mayores en la Ampliación Víctor Haya de la Torre, es significativa con respecto a la población.

**GRAFICO N° 02: TIPO DE SEGURO DEL P.J. AMPLIACIÓN VÍCTOR RAÚL
HAYA DE LA TORRE- 2018**



Fuente: ficha de identificación de riesgos aplicada a las familias del P.J. Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre – Mayo 2018

En la siguiente gráfica se puede identificar que en su mayoría (72%) de la población tiene el SIS, lo cual implica que también la mayoría de adultos mayores, poseen este tipo de seguro.

III. ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES

1. **RESULTADO 1:**

Se habrá desarrollado conocimientos de la familia sobre una alimentación saludable, actividad física y salud mental en adultos mayores.

1.1. **ACTIVIDAD:**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Pasacalle - sensibilización de cuidado integral del adulto mayor desde la alimentación adecuada y la actividad física.

DESCRIPCIÓN:

Una marcha de sensibilización seguida por un colorido pasacalle por las diferentes calles a tomar en cuenta los diversos mensajes para incentivar los estilos de vida saludables, además de concientizar a la comunidad, familia y persona sobre el impacto de la Diabetes e Hipertensión Arterial en el adulto mayor y en la familia. El agente comunitario es una persona voluntaria nombrada y reconocida por la propia comunidad, que está preparada para la prevención de enfermedades y promoción de prácticas saludables en la familia y en su comunidad, en coordinación con el personal de salud y la organización comunal.

El Personal involucrado, se encargan de la organización y coordinación de las fases de sensibilización que trabajan en cada zona. En esta tarea es importante la participación de los agentes comunitarios, para es necesario que tengan la formación adecuada.

La fase de sensibilización consiste en dar a conocer la importancia del conocer sobre la Hipertensión Arterial y Diabetes en adulto mayor, así como empoderar a las familias y cuidadores de adultos mayores a manejar, controlar y evitar secuelas de la Diabetes e Hipertensión. Las evidencias se analizan de forma conjunta con la reflexión y análisis de los nuevos retos que se plantean en la sociedad, y los retos que afronta la comunidad frente a los adultos mayores.

Los involucrados iniciarán esta acción de sensibilización y educación desde el frontis de La Municipalidad hasta el Centro de Salud La Victoria I, para luego dirigirse a las calles del Pj. Víctor Raúl, para llegar al Local Comunal, donde se describirá la importancia del cuidado integral del adulto mayor y en especial dar a conocer las actividades, de allí en adelante. En dicho pasacalle es fundamental la presencia de autoridades comunales, que permiten una mayor participación de la comunidad en las iniciativas de desarrollo.³⁸

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas Salud Familiar y Comunitaria.
- Agentes comunitarios.

INSUMOS:

Cuaderno de campo, pancartas, banderola, refrigerios, gorros, refrigerios, etc.

1.2. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Elaboración de material educativo.

DESCRIPCIÓN:

La dinámica de la creación de un material parte siempre de necesidades múltiples: proveer materiales de apoyo, motivar para el aprendizaje, facilitar la comunicación y la interacción, solucionar los problemas de masividad, favorecer la comprensión de un tema específico.

La elaboración de material educativo Es una de las etapas más importantes dentro del proceso creativo. Implica una serie de pasos que incluyen el trabajo reflexivo de delimitación del tema, la constitución del equipo de trabajo, el pensar los objetivos, investigar sobre el tema y los destinatarios, concebir la estructura, el formato y el medio.³⁹

El material didáctico es usado para favorecer el desarrollo de las habilidades en los alumnos, así como en el perfeccionamiento de las actitudes relacionadas con el conocimiento, a través del el lenguaje oral y escrito, la imaginación, la socialización, el mejor conocimiento de sí mismo y de los demás, por esto, el propósito del uso de los materiales didácticos ha ido

cumpliendo una creciente importancia en la educación. Además, promueve la estimulación de los sentidos y la imaginación, dando paso al aprendizaje significativo.

Asimismo, para que haya una mejor comprensión de contenidos sobre lo que se quiere enseñar, es necesario estimular el interés particular del aprendiz, para que de esta forma se tenga la atención enfocada en la intencionalidad a la que se pretende llegar, que es el de aprender mediante el análisis y reflexión de los temas; un recurso que es de gran ayuda para realizar esto, son los materiales didácticos.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, papelografos, gigantografía.

1.3. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Sesión Educativa Demostrativa sobre Alimentación Saludable en el Adulto Mayor.

DESCRIPCIÓN:

La actividad se realizará en la Casa Comunal del P.J. Victor Raúl. Dando importancia a una buena alimentación, que es fundamental en cada una de las etapas de la vida desde la infancia hasta la vejez. Los aspectos básicos de una dieta son los mismos a lo largo de la, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que la persona va envejeciendo. Además, la correcta absorción de los alimentos puede verse afectada por alguna enfermedad.

Los adultos mayores necesitan los mismos nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales) que los jóvenes, pero en cantidades diferentes. Algunos pueden ser más necesarios que otros. Además, para los adultos mayores la fibra es esencial para mejorar la digestión y evitar el estreñimiento.

En la sesión demostrativa se describirán los cambios que enfrenta la persona adulta mayor, la alimentación saludable del adulto mayor, recomendaciones nutricionales por grupo de alimentos, alternativas de Recetas para adultos mayores, proporciones y prioridad de alimentos para los adultos mayores; y recetas especiales para los Adultos mayores. Luego se demostrará la realización de algunos platos para el adulto mayor.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía, platos, lavadort, jabon, toalla.

1.4. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Sesión Educativa demostrativa sobre Actividad Física en el Adulto Mayor.

DESCRIPCIÓN:

La actividad se realizará en la Casa Comunal del P.J. Victor Raúl. Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional.

La sesión educativa abarcará la parte teórica de los beneficios y principios de la actividad física. Además, se realizará una demostración de ejercicios básicos para el adulto mayor.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas en

Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.

1.5. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de Pilates en adultos mayores, para incentivar la actividad física.

DESCRIPCIÓN:

El Método Pilates de Preparación Física restablece este equilibrio natural. Además, casi todo el mundo puede utilizar este sistema con relativa facilidad: el joven, el viejo, el lesionado, los deportistas y bailarines profesionales, cualquier artista escénico y todos los que deseen mejorar la salud física y creen que no tienen tiempo para hacerlo. El Método Pilates te da el cuerpo que quieres de una manera segura llevándote a un estado de bienestar físico total y equilibrado.

El Procedimiento Pilates unido a un modo de vida sano y saludable, va a diferir los procesos naturales del envejecimiento, al unísono que nos va a aportar una mejor calidad de vida.⁴⁰ Las clases para mayores, requieren de un tratamiento específico, acorde con sus necesidades y capacidades concretas. Los ejercicios que se efectúen de acorde al método Pilates, darán una preparación ideal para el cuerpo y la psique, respetando las diferencias individuales mediante una metodología y planificación creada y amoldada particularmente para este campo de la población.

Entre las medidas que se han demostrado efectivas para minimizar el impacto del envejecimiento una de las más importantes es la práctica regular de ejercicio físico, pero no todas las formas de ejercicio son saludables en esta edad, hay algunas que incluso son altamente perjudiciales.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.

-Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Ropa cómoda.

Cubierta o toalla.

Musca para Pilates y para Taichi

1.6. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Sesión Educativa sobre disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.

DESCRIPCIÓN:

Algunos factores modificables de riesgo cardiovascular son el alcohol y el tabaco. En la población anciana los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes son el Hipercolesterolemia, la Hipertensión Arterial, el Tabaquismo, la Obesidad y la Diabetes Mellitus. Con el aumento de la edad varían ampliamente los valores medios de presión arterial, índice de masa corporal, colesterol de las lipoproteínas de alta densidad y la glucemia. Las principales medidas de prevención son la dieta, el ejercicio adecuado a las condiciones físicas y un control correcto del tratamiento.

El objetivo general del tratamiento no es solamente disminuir las cifras de tensión arterial, sino minimizar el riesgo, y en ese contexto se hace imprescindible evaluar y tratar todos los factores al mismo tiempo. En cuanto al tratamiento antihipertensivo, su propósito debe ser conseguir una presión arterial lo más cercana posible a la óptima sin provocar síntomas de hipotensión y siempre intervenir de forma activa para alcanzar al menos cifras inferiores a 140/90 mm Hg en todos los hipertensos. En la mayoría de los pacientes hipertensos se requieren dos o tres drogas combinadas para alcanzar los objetivos terapéuticos. El objetivo del tratamiento es tratar de forma individualizada al paciente en función de sus patologías y morbilidades asociadas, según su edad, función renal y la tolerancia al ejercicio. Al ser el tratamiento individualizado es necesario la adhesión de la persona al tratamiento.

El control metabólico en la edad avanzada continúa siendo muy importante para prevenir las complicaciones, sobre todo en el grupo entre 65 y 75 años que actualmente desarrolla una actividad intensa y tiene una expectativa de vida mayor que la de hace unos años.

Es en los ancianos que los objetivos del tratamiento son más limitados y los criterios de control deben ser menos rígidos y exigentes, debiéndose pretender fundamentalmente mantenerlos asintomáticos, con una buena calidad de vida, libres de patologías infecciosas y complicaciones agudas. A pesar de esto, en este grupo no se debe menospreciar la importancia de un control metabólico por lo menos aceptable, ya que una descompensación permanente no sólo favorece las complicaciones, sino que predispone a infecciones, deshidratación, poliuria, incontinencia y disminución de las funciones cognitivas, especialmente el aprendizaje, razonamiento y funcionamiento psicomotor.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.

2. RESULTADO 2:

Conocimiento de autoridades y agentes comunitarios sobre el Impacto social de la DM-HTA.

2.1. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Sensibilización a las Autoridades, agentes comunitarios y cuidadores sobre el Impacto social de la DM-HTA.

DESCRIPCIÓN:

Se convocará a las autoridades municipales, teniente gobernador y agente comunitario a una reunión. Donde se expondrá la problemática de los adultos mayores a nivel mundial, nacional,

regional y local. Luego se expondrá la estadística de pobladores en el centro de salud y la cantidad de adulto mayores, cambios en el adulto mayor, necesidades psicofísicas del adulto mayor. Además de la Hipertensión Arterial en adultos mayores. Luego se brindará una alternativa de solución y sostenibilidad para el cuidado integral del adulto mayor y disminución de enfermedades crónicas, degenerativas y discapacitantes.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Papel sabana, plumones, equipo multimedia, refrigerio.

3. RESULTADO 3:

Presencia de un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.

3.1. ACTIVIDAD:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.

DESCRIPCIÓN:

El Programa de capacitación con un enfoque instructivo educativo, parte de la concepción humanista dirigida a un adecuado manejo del Adulto Mayor con enfermedad crónica degenerativa principalmente de Diabetes e Hipertensión Arterial, dirigido para el adulto mayor, familia y/o cuidador. Se sugiere que las personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus entren en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita que la persona conozca su enfermedad para lograr el autocontrol y adherencia al tratamiento.⁴¹ La educación a la persona diabética está centrada en ella e incluye a su familia y su red de soporte social; asimismo, debe ser estructurada y estar orientada al autocuidado (autocontrol). La intervención educativa es parte integral de la

atención de todas las personas. Se debe educar: Desde el momento del diagnóstico, de manera continua, a solicitud. La intervención educativa la debe aplicar idealmente un equipo multidisciplinario debidamente capacitado para proporcionar educación a los grupos de personas con Hipertensión Arterial y Diabetes. La educación debe brindarse a la persona y se debe incluir un miembro de la familia o un miembro de su red de soporte social. La educación debe ser accesible para todas las personas con diabetes, teniendo en cuenta las características culturales, origen étnico, psicosociales, nivel educativo y de discapacidad. La educación debería ser en la comunidad o en el establecimiento de salud. Se recomienda utilizar técnicas de aprendizaje activo (participación en el proceso de aprendizaje y con contenidos relacionados con la experiencia personal), adaptados a las elecciones personales de las personas. La educación debe incluir sesiones grupales de 5 a 10 personas y debe ser dictado por un profesional de salud, preferiblemente un educador especializado certificado.

Programa de Capacitación:

- El mundo del adulto mayor.
- Recomendaciones Nutricional en pacientes con Hipertensión y/o Diabetes.
- Actividad física en Adulto Mayores
- Enfermedades crónicas degenerativa prevalente: Hipertensión Arterial y Diabetes.
- Tabaco y Alcohol en Hipertensión Arterial y Diabetes.
- Manejo Farmacológico.
- Control periódico en casos de Hipertensión Arterial y Diabetes.

RECURSO HUMANO:

- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras.
- Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.

INSUMOS:

Papel sabana, plumones, equipo multimedia, trípticos, refrigerio.

IV.MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

Durante el proceso de aprendizaje se pueden utilizar diversas técnicas y métodos de enseñanza los cuales facilitarán la transferencia de conocimientos y análisis de cada uno de los temas a trabajar. Las actividades educativas se desarrollarán a través de reuniones, pasacalles, sesión educativa demostrativa; utilizando metodologías participativas y que faciliten el proceso de enseñanza y aprendizaje de las familias y adultos mayores.

Las metodologías de trabajo serán de corte participativo, buscando el involucramiento permanente de las familias de adultos mayores, cuidadores y el adulto mayor.

Metodología de las familias de los adultos mayores y los adultos mayores será netamente participativa y con técnicas que permitan visualizar y promover el ejercicio de prácticas saludables.

Las actividades a realizar tendrán las siguientes:

4.1. De motivación y capacitación: En esta fase, se sensibiliza a las familias para lograr su participación en el proceso y se contacta para que realicen las actividades con eficiencia.

4.2 Sesiones educativas demostrativas, actividad que se realiza con la población para contribuir al desarrollo de aprendizajes significativo.

4.3 Actividades físico – recreativas. Diseñar las actividades físico recreativo que permitan de forma organizada y colectiva incidir en las esferas biológica, psicológica, social y educativa de las familias.

VI.DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS:

ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
Pasacalle de cuidado integral del adulto mayor desde la alimentación adecuada, actividad física, disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.	- Personal de salud del centro Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas Salud Familiar y Comunitaria.	Cuaderno de campo, pancartas, banderola, refrigerios, gorros, etc.
Elaboración de material educativo.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.
Sesión educativa demostrativa sobre Alimentación Saludable en el Adulto Mayor.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Cartulina, Plumones, Gomatijera, láminas, impresiones, copias, alimentos, platos, cubiertos.
Sesión Educativa demostrativa sobre Actividad Física en el Adulto Mayor.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.
Talleres de Pilates en adultos mayores, para incentivar la actividad física.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Ropa cómoda. Cubierta o toalla. Música para Pilates
Sesión Educativa sobre disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en	Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios,

la DM-HTA.	Salud Familiar y Comunitaria.	trípticos, mosquitos, gigantografía.
Sensibilización a las Autoridades, agentes comunitarios y cuidadores sobre el Impacto social de la DM-HTA.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel sabana, plumones, equipo multimedia, refrigerio.
Programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel sabana, plumones, equipo multimedia, tríptico, refrigerio.

VII. CÁLCULO DE COSTOS DE EJECUCIÓN Y PRESUPUESTO

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO Nuevos Soles	COSTE TOTAL S/	Aportes en SOLES		
					USAT	Municipio	Beneficiario
II. EQUIPOS MATERIALES Y SUMINISTROS				-	-		-
1.1. Pasacalle de cuidado integral del adulto mayor desde la alimentación adecuada y la actividad física.				1101.00	210.00	791.00	100.00
Gigantografía	UNIDAD	3	50.00	150.00		150.00	
Mosquitos anunciando actividades	UNIDAD	100	0.20	20.00		20.00	
Tripticos	UNIDAD	70	0.30	21.00		21.00	
Proyector Multimedia	UNIDAD	1	200.00	200.00		200.00	
Laptop	1	1	200.00	200.00		200.00	
Disfraces de pasacalle	UNIDAD	10	20.00	200.00		200.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00
Refrigerios (30 personas)	PERSONAS	30	7.00	210.00	210.00		
1.2. Elaboración de material educativo.				1223.00	87.00	1,136.00	100.00
Papel sábana	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Lapiceros (azúl)	UNIDAD	30	35.00	1050.00		1,050.00	
Papel bond	UNIDAD	100	0.10	10.00		10.00	
Cinta de embalaje	UNIDAD	2	3.00	6.00		6.00	
Cinta Masking tape	UNIDAD	2	5.00	10.00		10.00	
Hojas de colores	UNIDAD	50	0.10	5.00		5.00	
Cartulinas de colores (amarilla, verde, celestes, rosadas)	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Goma	UNIDAD	1	5.00	5.00		5.00	
Lapiz	UNIDAD	1	20.00	20.00	20.00		

Borrador	UNIDAD	1	18.00	18.00	18.00		
Tableros	UNIDAD	2	7.00	14.00	14.00		
Plumones gruesos N°47 (rojos, azul, celeste, verde, negro)	UNIDAD	1	35.00	35.00	35.00		
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100,00			100,00
1.3. Sesión Educativa Demostrativa sobre Alimentación Saludable en el Adulto Mayor.				1404.00	73.00	1,231.00	100.00
Papel sábana	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Lapiceros (azúl)	UNIDAD	30	35.00	1050.00		1,050.00	
Papel bond	UNIDAD	1000	0.10	100.00		100.00	
Lapiz	UNIDAD	1	20.00	20.00	20.00		
Borrador	UNIDAD	1	18.00	18.00	18.00		
Plumones gruesos N°47 (rojos, azul, celeste, verde, negro)	UNIDAD	1	35.00	35.00	35.00		
Imágenes impresas	UNIDAD	20	0.30	6.00		6.00	
Muestras de alimentos	UNIDAD	10	5.00	50.00		50.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00
1.4. Sesión Educativa demostrativa sobre Actividad Física en el Adulto Mayor.				1280.00	38.00	1,142.00	100.00
Papel sábana	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Lapiceros (azúl)	UNIDAD	30	35.00	1050.00		1,050.00	
Papel bond	UNIDAD	100	0.10	10.00		10.00	
Cinta de embalaje	UNIDAD	2	3.00	6.00		6.00	
Cinta Masking tape	UNIDAD	2	5.00	10.00		10.00	
Hojas de colores	UNIDAD	50	0.10	5.00		5.00	
Cartulinas de colores (amarilla, verde, celestes, rosadas)	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Goma	UNIDAD	1	5.00	5.00		5.00	
Lapiz	UNIDAD	1	20.00	20.00	20.00		

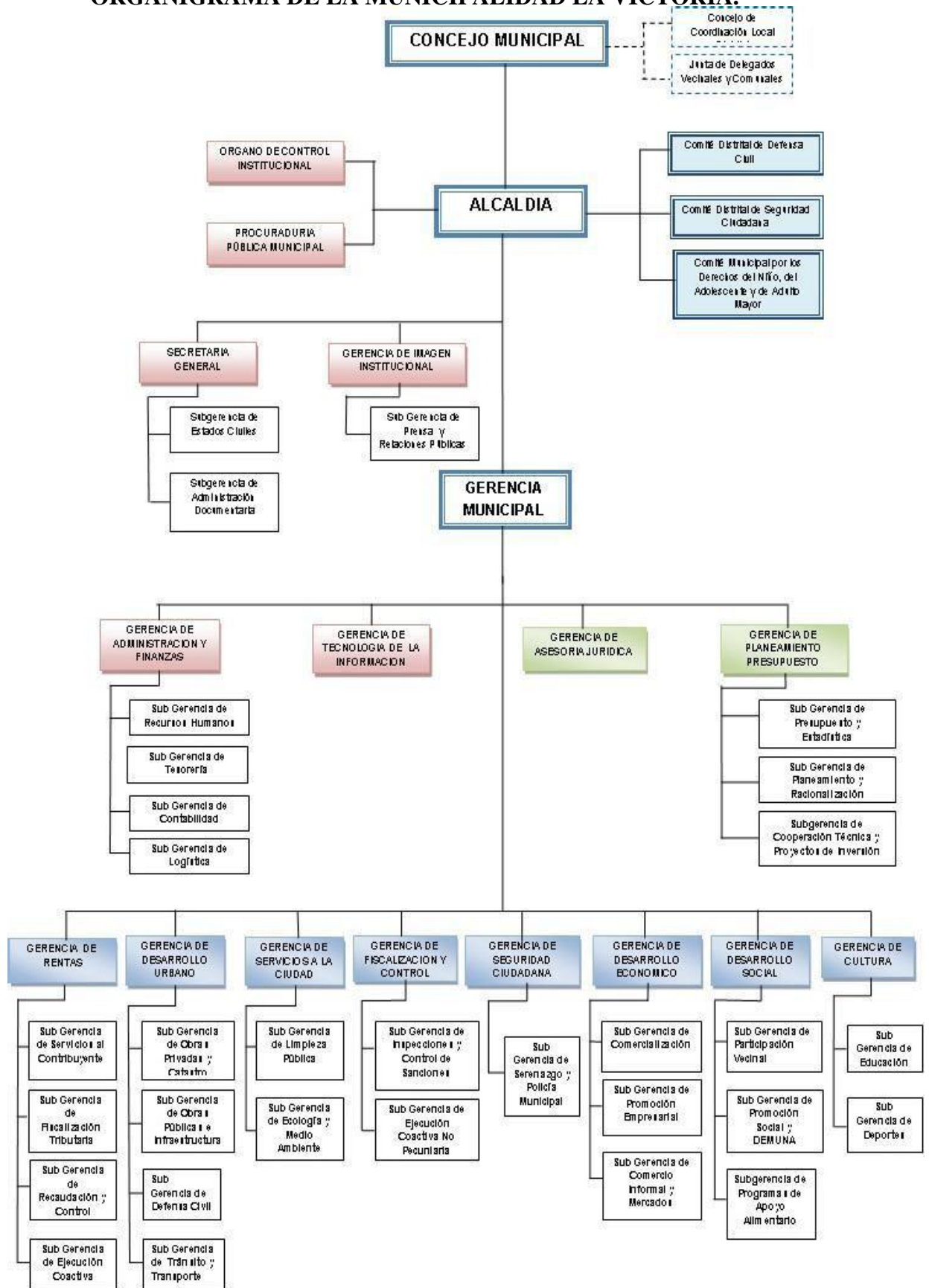
Borrador	UNIDAD	1	18.00	18.00	18.00		
Imágenes impresas	UNIDAD	20	0.30	6.00		6.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00
1.5. Talleres de Pilates y Taichi en adultos mayores, para incentivar la actividad física.				780.00	<u>680.00</u>	680.00	100.00
Protectores de Piso	UNIDAD	15	10.00	150.00	150.00	150.00	
Sonido	UNIDAD	1	500.00	500.00	500.00	500.00	
Usb	UNIDAD	1	30.00	30.00	30.00	30.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00
1.6. Sesión Educativa sobre disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.				1280.00	38.00	1,142.00	100.00
Papel sábana	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Lapiceros (azúl)	UNIDAD	30	35.00	1050.00		1,050.00	
Papel bond	UNIDAD	100	0.10	10.00		10.00	
Cinta de embalaje	UNIDAD	2	3.00	6.00		6.00	
Cinta Masking tape	UNIDAD	2	5.00	10.00		10.00	
Hojas de colores	UNIDAD	50	0.10	5.00		5.00	
Cartulinas de colores (amarilla, verde, celestes, rosadas)	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Goma	UNIDAD	1	5.00	5.00		5.00	
Lapiz	UNIDAD	1	20.00	20.00	20.00		
Borrador	UNIDAD	1	18.00	18.00	18.00		
Imágenes impresas	UNIDAD	20	0.30	6.00		6.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00

2. Sensibilización a las Autoridades, agentes comunitarios y cuidadores sobre el Impacto social de la DM-HTA.				1810.00	20.00	1,120.00	100.00
Papel sábana	UNIDAD	50	0.50	25.00		25.00	
Lapiceros (azúl)	UNIDAD	30	35.00	1050.00		1,050.00	
Papel bond	UNIDAD	100	0.10	10.00		10.00	
Goma	UNIDAD	1	5.00	5.00		5.00	
Lapiz	UNIDAD	1	20.00	20.00	20.00		
Hojas impresas	UNIDAD	20	30.00	600.00		30.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00
3. Programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.				4200.00	20.00	1110	100.00
Lapiceros (azúl)	UNIDAD	30	35.00	1050.00		1050.00	
Papel bond	UNIDAD	100	0.10	10.00		10.00	
Lapiz	UNIDAD	1	20.00	20.00	20.00		
Hojas impresas	UNIDAD	100	30.00	3000.00		30.00	
Anillados	UNIDAD	4	5.00	20.00		20.00	
SERVICIOS							
Alquiler de local	TALLER	1	100.00	100.00			100.00
A.III. PERSONAL LOCAL				13200.00		13,200.00	
Coordinador del Proyecto	MES	6	1400.00	8400.00		8,400.00	
Personal responsable del proyecto	MES	6	1200.00	4800.00		4,800.00	
A.IV VIAJES, ESTANCIAS Y DIETAS							
A.V FUNCIONAMIENTO				1800.00	1800.00	-	-
Combustible seguimiento	Mes	6	50.00	300.00	300.00		

Materiales de oficina	Mes	6	150.00	900.00	900.00		
Gastos bancarios	Global	6	100.00	600.00	600.00		
TOTAL				12478.00			

VIII. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

ORGANIGRAMA DE LA MUNICIPALIDAD LA VICTORIA.



IX. INDICADORES DE EVALUACIÓN

9.1. Indicadores Objetivo de Intervención

Al 2023 al menos el 30% de adultos mayores del P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, cuentan una calidad de vida adecuada.

Indicadores Objetivo General del Proyecto

En el 2020, el 25% de adultos mayores del P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, con enfermedades crónicas serán controlados y sin complicaciones.

Indicadores para los objetivos Específicos

Al finalizar el 2020, el 30% de adultos mayores adoptan estilos de vida saludable.

A fines del 2020, el 80% de las autoridades y cuidadores conocerán y apoyarán actividades sobre cuidado del adulto mayor.

A fines del 2021, el 60% de los cuidadores y cuidadores de adultos mayores conocimiento e interés de los familiares y cuidadores sobre DM y HTA en el adulto mayor.

INDICADORES PARA LOS RESULTADOS

RESULTADO 1:

Al finalizar el 2020, el 30% de adultos mayores adoptan estilos de vida.

RESULTADO 2:

Al finalizar el 2020, las instituciones (Municipalidad de La Victoria y las autoridades del PJ Ampliación Víctor Raúl – La Victoria promoverán y desarrollarán un proyecto público para el cuidado integral del adulto mayor.

RESULTADO 3:

Al finalizar el 2020, se habrá contado con un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.

X. FACTORES CONDICIONANTES E IMPACTO DEL PROYECTO

Los factores que contribuyen al desarrollo y éxito del proyecto son:

FACTORES EXTERNOS:

- La participación activa y el involucramiento de las autoridades locales, instituciones públicas, el establecimiento de salud y la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; desde el inicio del proyecto con la generación de espacios de concertación con estos actores para la ejecución de las acciones del proyecto.
- La intervención organizada de las familias, los agentes comunitarios de salud y diferentes organizaciones del distrito para la toma de decisiones y la elaboración de un plan de trabajo coordinado.

XI. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La apropiación del proyecto por parte del gobierno municipal y del área de promoción de la salud del Centro de salud La Victoria I permitirá desarrollar un modelo de comunidades saludables, utilizando para ello tecnologías apropiadas a nuestra localidad.

Además, el presente proyecto es sostenible porque las familias, cuidadores y adultos mayores del Pueblo Joven Víctor Raúl, se comprometerán aplicar los conocimientos y actividades realizadas, con la supervisión de los agentes comunitarios y el personal de salud del centro de salud la Victoria I.

Además el P.J. Ampliación Víctor Raúl, contará con un lugar para el cuidado integral diurno del adulto mayor, además de promover la empleabilidad.

XII. IMPACTO AMBIENTAL

El presente Proyecto de Desarrollo Local, promoverá el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en el P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria.

y causará un impacto positivo considerable como: menor gasto en salud, disminución de la demanda de servicios, menor gasto familiar, y en definitiva un mejoramiento de la calidad de vida y salud en las familias de la comunidad.

La ejecución del presente proyecto no ocasiona daños al medio ambiente, puesto que no produce alteraciones negativas del medio ambiente ni en el comportamiento del ecosistema. En el desarrollo de las sesiones educativas se tendrá en cuenta el uso de materiales no tóxicos, biodegradable y reciclable con la finalidad de no perjudicar a las personas ni al medio ambiente.

XIII. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

SUGERENCIAS:

- Presencia de compromiso real desde la máxima institución local (alcaldía); para que asuma de forma normativa, financiera, técnica y logística al pueblo Joven Ampliación Víctor Raúl para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

RECOMENDACIONES:

- Sensibilizar al personal de salud del centro de salud la Victoria para que realice un trabajo en equipo, agentes comunitarios y familias, para el bienestar del pueblo Joven la Victoria.
- Comprometer a toda la comunidad del Pueblo Joven Víctor Raúl para que participen activamente en las actividades a realizarle por el personal de salud y agentes comunitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

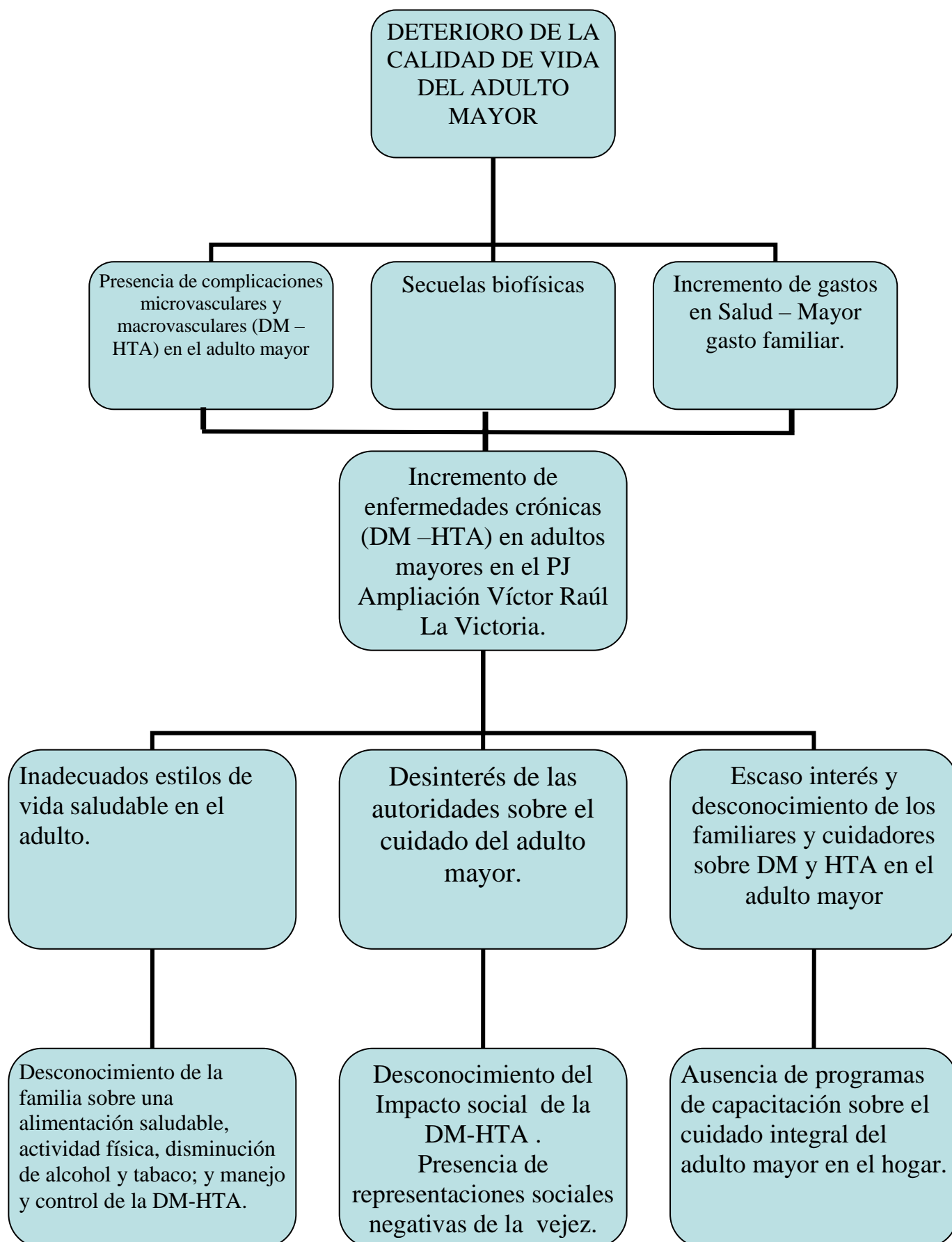
1. Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Nov 10]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.
2. Plan Nacional Concertado de Salud [Internet]. 2nd ed. Lima, Perú: Ministerio de Salud de Perú; 2018 [cited 8 October 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf
3. Minsa promueve la atención integral del adulto mayor. Minsa. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14931-minsa-promueve-la-atencion-integral-del-adulto-mayor>
4. Aliaga E. Cuba S. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet] 2016 [2018]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143/2243>
5. INEI [Base de datos en internet] Perú: INEI [acceso 30 de septiembre del 2018]. disponible: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
6. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Política Nacional en relación a las personas adultas mayores. [Internet]. Perú: Minsa; 2012 [Septiembre; 2018]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/politicas/pol_nac_pam_2013.pdf
7. Red Latinoamericana de Gerontología. Los adultos mayores: Un reto para la sociedad [Internet]. Chile; 2004 [Septiembre; 2018]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=122>
8. Izquierdo Martínez, Angel Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 2, 2007, pp. 67-86 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España
9. Quintanar A. Analisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo [Internet] 2010 [2018]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
10. Maya M.. Analisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango. Universidad Autonoma del estado de Hidalgo. Tesina[Internet] 20110 [2018]; Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

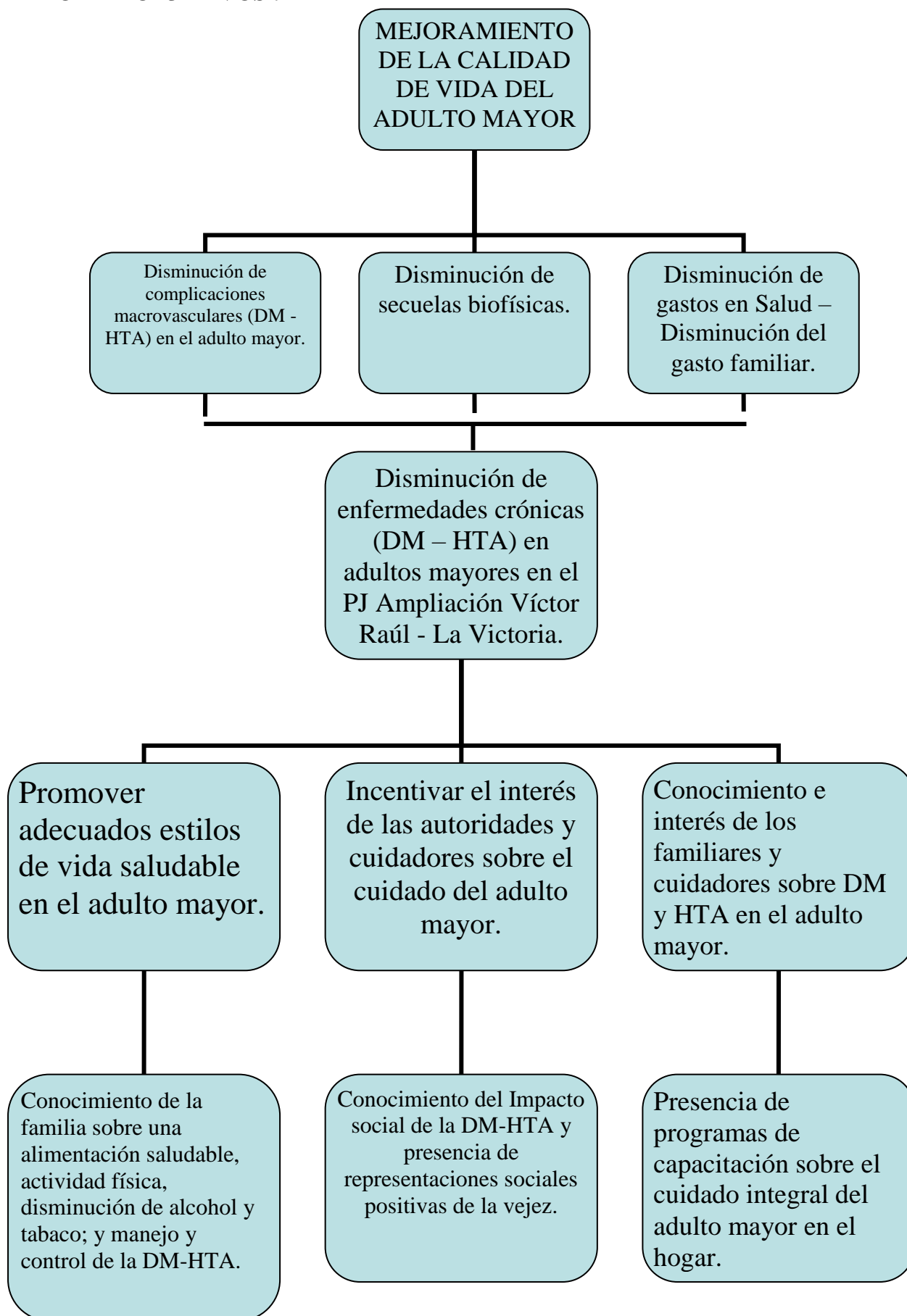
11. Huallpa M. Relación entre el nivel de conocimiento y practica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de san francisco, Tacna 2014 . Universidad Nacional Jorge Basadre [Internet] 2014 [2018]; Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2046/459_2014_huallpa_cartagena_jv_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Papalia, Diane E., Ruth Duskin Feldman, and Sally Wendkos Olds. Desarrollo Humano. 8a ed. Bogotá [etc.]: Mac Graw-Hill, 2001
13. Bordignon. N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. Revista Lasallista de Invertigación. Vol 2 N°2 [Internet] 2015 [2018]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/695/69520210/>
14. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [2018]. Disponible en: url. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=67E9F231A565F400513CE1BDCACE3532?sequence=1
15. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=67E9F231A565F400513CE1BDCACE3532?sequence=1
16. Hoffman, Lois, “psicología del desarrollo hoy”, Ed. Mc Graw-Hill, ed, 6°, España, 1997.
17. <https://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-adulto-mayor-valoracion-geriatrica-integral/>
18. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6173979.pdf>
19. https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
20. Plan nacional para las personas adultas mayores.
21. https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
22. Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud, abril 2002. “Envejecimiento activo: un marco político” Revista Española de Geriátría y Gerontología 2002; 37(S2):74-105.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
24. Paterne G, Bardales Y, Martínez M. Calidad de vida. En: Abizanda P. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 155-62.
25. Constitución Política del Perú. 1993.
26. El Peruano - Ley de la Persona Adulta Mayor - LEY - N° 30490
27. Dirección de atención integral de salud. Norma técnica de salud para la atención integral de Salud de las personas adultas mayores. Minsa. 2006 (2018).
28. Minsa. Modelo de abordaje para la Promoción de la Salud. 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
29. Dirección general de intervenciones estratégicas en Salud Pública. Guía de Practica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2016 (2018). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud (2014). Diabetes, disponible en línea. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/> Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.
31. Salazar Cáceres Pedro Martín, Rotta Rotta Aida, Otiniano Costa Fanny. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2016 Ene

- [citado 2018 Nov 10] ; 27(1): 60-66. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es.
32. Minsa. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. 2009. (2018)
 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
 33. Urizzi F. Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.
 34. Santo R. Contribución familiar en el control de la Hipertensión Arterial. Rev. Latino en Enfermería. 2008 (2018). Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_12.pdf
 35. Acosta et al. Informe Promoviendo el desarrollo de prácticas saludables en alimentación y nutrición con énfasis en alimentos ricos en hierro en madres y/o cuidadores de niños menores de 36 meses del P.J. Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre” – distrito La Victoria 2018.
 36. Usat. Inicio. Información General. Disponible en:
<http://www.usat.edu.pe/acerca-de/>
 37. Usat. Programa de Especialización. Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria. Disponible en:
<http://especializate.usat.edu.pe/capacitacion/segunda-especialidad-enfermeria-en-salud-familiar-y-comunitaria/>
 38. Care Perú. Sistema de vigilancia comunitaria SIVICO. Una propuesta para la gestión local. 2006. Perú. Disponible en:
<http://www.care.pe/pdfs/cinfo/libro/guia%20sivico%20completa%2004%2012%2006.pdf>
 39. Red Tercer Milenio . Elaboración de material didactico. 2012. Disponible en:
http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/derecho_y_ciencias_sociales/Elaboracion_material_didactico.pdf
 40. Autocrecimiento. El Procedimiento Pilates en la tercera edad. 2014 (2018). Disponible en:
<https://www.autocrecimiento.com/salud/procedimiento-pilates-la-tercera-edad/>
 41. Álvarez Reyes Magalys, Morales Sotolongo Iraida, Morales Reyes Eneida, Vega Colina Belkis. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. Rev Hum Med [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Nov 17] ; 11(3): 433-452.
 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es.

ANEXOS

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS :

MARCO LÓGICO

FIN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Mejorar la calidad de vida del adulto mayor	Al 2023 al menos el 30% de adultos mayores del P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, cuentan una calidad de vida adecuada.	Informe Final	Gerencias Regionales de Salud Lambayeque y Municipalidad de la Victoria involucradas desde la planificación, ejecución y evaluación del proyecto de desarrollo local.
PROPOSITO Disminución de enfermedades crónicas (DM – HTA) en adultos mayores en EL PJ Ampliación Víctor Raúl - La Victoria.	En el 2020, el 25% de adultos mayores del P.J. Ampliación Víctor Raúl – La Victoria, con enfermedades crónicas serán controlados y sin complicaciones.	Registro de asistencia Fotografías Diseño metodológico Informe de taller	Personal de salud de la Victoria comprometida en la implementación de las acciones.
Resultado 1: Conocimiento de la familia sobre una alimentación saludable, actividad física,	Al finalizar el 2020, el 30% de adultos mayores conocen la importancia de adquirir estilos de vida.	Registro de asistencia Fotografías Diseño metodológico Informe de taller	Familias comprometidas y participando de todas las acciones que demanda el proyecto.

disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.			
Resultado 2: Conocimiento de autoridades y agentes comunitarios sobre el Impacto social de la DM-HTA.	Al finalizar el 2020, las instituciones (Municipalidad de La Victoria y las autoridades del PJ Ampliación Víctor Raúl – La Victoria promoverán y desarrollarán un proyecto público para el cuidado integral del adulto mayor.	Informe final Diseño metodológico	Las autoridades asumen un compromiso responsable para el cuidado integral del adulto mayor.
Resultado 3: Presencia de un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.	Al finalizar el 2020, se habrá contado con un programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el hogar.	Diseño metodológico.	Las autoridades asumen un compromiso responsable para el cuidado integral del adulto mayor.
ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	COSTOS
1.1. Pasacalle de cuidado integral del adulto mayor desde la alimentación adecuada, actividad física,	- Personal de salud del centro Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas Salud Familiar y Comunitaria.	Cuaderno de campo, pancartas, banderola, refrigerios, gorros, etc.	

disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.			
1.2. Elaboración de material educativo.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.	
1.3. Sesión educativa demostrativa sobre Alimentación Saludable en el Adulto Mayor.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Cartulina, Plumones, Gomatijera, láminas, impresiones, copias, alimentos, platos, cubiertos.	
1.4. Sesión Educativa demostrativa sobre Actividad Física en el Adulto Mayor.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.	

1.5. Talleres de Pilates en adultos mayores, para incentivar la actividad física.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Ropa cómoda. Cubierta o toalla. Musca para Pilates y para Taichi	
1.6. Sesión Educativa sobre disminución de alcohol y tabaco; y manejo y control de la DM-HTA.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel, lápiz, goma, tijera, láminas, impresiones, copias, rotafolios, trípticos, mosquitos, gigantografía.	
2. Sensibilización a las Autoridades, agentes comunitarios y cuidadores sobre el Impacto social de la DM-HTA.	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en Salud Familiar y Comunitaria.	Papel sabana, plumones, equipo multimedia, refrigerio.	
3. Programa de capacitación sobre el cuidado integral del adulto mayor en el	- Personal de salud del centro de Salud la Victoria: enfermeras. -Enfermeras Especialistas en	Modelo de programa de capacitación sobre el cuidado integral	

hogar.	Salud Familiar y Comunitaria.	del adulto mayor en el hogar.	
--------	-------------------------------	-------------------------------	--