

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**“INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO MI SALUD“
EN EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR
DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, COMITÉ DE AGENTES PROMOTORES Y
COMUNALES DE APOYO A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR
CHICLAYO 2013”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

BACHILLER: CHAPOÑAN SANTISTEBAN LESLY

LIMA – PERÚ

2017

“INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO MI SALUD“ EN EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, COMITÉ DE AGENTES PROMOTORES Y COMUNALES DE APOYO A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR CHICLAYO 12013”

DEDICATORIA

A Dios Gracias a su misericordia, cada día se renueva en nosotros la fortaleza, la fe y el amor para continuar hacia el logro de las metas propuestas.

AGRADECIMIENTO

Lic. Enf. ISABEL TICONA CHANAME
Pobladores los adultos mayores del asilo Hogar
San José Chiclayo
A nuestros padres por el apoyo económico

“

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la influencia del programa educativo "Cuidando mi salud" en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 12013. Fue un estudio de tipo

tipo aplicativo, de corte transversal prospectivo y de diseño Pre-experimental con una muestra de 24 adultos mayores. Entre sus conclusiones están: El programa educativo es efectivo en el conocimiento sobre autocuidados del adulto mayor ya que un porcentaje significativo de ellos incrementaron sus conocimientos.

El incremento porcentual es significativo en el conocimiento y solamente en un mínimo porcentaje 17%(4) no se incrementó debido tal vez a que no asistieron puntualmente y se mostraban renuentes.

El nivel de conocimiento sobre el cuidado del adulto mayor antes de la aplicación es de nivel regular en el 54%(13) seguido del nivel bajo en el 46%(24) ningún adulto mayor obtuvo un puntaje alto.

El nivel de conocimiento sobre los autocuidado del adulto mayor después del programa educativo fue de nivel alto y regular. Entonces se acepta la H^a que sustentaba que el programa educativo influye en el nivel de conocimiento sobre autocuidado

Palabras claves: Programa educativo y autocuidado

ABSTRAC

The objective of the study was to determine the influence of the educational program "Caring for my health" in the knowledge of self-care of the older adult of the Jose Olaya sector, of the committee of promoters and communal agents of support to the health of the adult Chiclayo 12013. It was a Type study

Application type, cross-sectional prospective and Pre-experimental design with a sample of 24 elderly adults. Among their conclusions are: The educational program is effective in the knowledge about self-care of the elderly as a significant percentage of them increased their knowledge.

The percentage increase is significant in knowledge and only in a minimum percentage 17% (4) was not increased, perhaps because they did not attend on time and were reluctant.

The level of knowledge about elder care prior to application is at the regular level in 54% (13) followed by the low level in 46% (24) no older adult scored high.

The level of knowledge about elderly self-care after the educational program was high and regular. Then the H_0 is accepted that maintained that the educational program influences the level of knowledge about self-care

Keywords: Education and self-care program

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

4

1.3. Objetivos de la investigación

5

1.3.1. Objetivo general

5

1.3.2. Objetivos específicos

5

1.4. Justificación del estudios

6

1.5. Limitaciones

7

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

8

2.2. Base teórica

11

2.3. Definición de términos

38

2.4. Hipótesis

39

2.5. Variables

40

2.5.1. Definición conceptual de las variables

40

2.5.2. Definición operacional de las variables

40

2.5.3. Operacionalización de la variable

41

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	42
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	43
3.3. Población y muestra	43
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	44
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	46
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
Matriz	

INTRODUCCIÓN

Ser mayor a comienzos del siglo XXI supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, donde algunos de los cuales afectan directamente al sujeto mayor y al modelo social con el que se relaciona. Cuando los ancianos de hoy eran pequeños de edad, los cambios eran lentos, esperados y se daban en el entorno más cercano. Hoy los cambios son rápidos, inesperados y afectan a lo local y lo universal. Cuando las personas en fase de envejecimiento se dejan en los hogares o asilos, se enfrentan a una serie de cambios y actitudes de rebeldía como acciones de rechazo e inconformismo por aceptar una decisión impuesta ocasionando episodios emotivos, depresivos, ansiosos y agresivos; donde aparece un cuadro de ambivalencia que debe ser manejado por religiosas encargadas del orden, disciplina y bienestar del adulto mayor quienes a través de su motivación asumen su labor como una actividad espontánea impulsada por un proyecto de vida y objetivos definidos, reconociendo el grado de compromiso ante los ancianos y la sociedad que han confiado en la responsabilidad de esta comunidad

En la actualidad las instituciones de salud han ampliado sus funciones, de tal forma que realizan acciones que antes estaban destinadas a la familia. Aun cuando se han creado círculos de ancianos para poder mantenerlos activos mientras los familiares realizan sus labores cotidianas y existen albergues para quienes no pueden cuidar de su familiar; en las instituciones de salud, se encuentran adultos mayores hospitalizados y abandonados, temporal o definitivamente por los familiares que argumentan verdaderos o falsos problemas de salud.

Por ello se buscó dar respuesta al siguiente objetivo: determinar la influencia de la estructura familiar en el desarrollo psicomotor de los niños de la institución educativa inicial de Orcopampa 2016 .se presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación, El Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Metodología y Capítulo IV: Resultados Capítulo V: Discusión de resultados y Anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes, fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte. Es por ello que la persona al llegar a la etapa del adulto mayor tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar, la recuperación de la enfermedad o incapacidad.

En el Perú se proyecta que para el año 2025 la población adulta mayor tendrá un crecimiento del 12,6% siendo un reto para el profesional de enfermería de encontrar nuevos caminos para orientar el cuidado de la salud.¹

El cuidado de las personas Adultas Mayores, se está convirtiendo durante los últimos años en un importante problema social es por ello que la tendencia actual educativa en Enfermería va cambiando, cuantificándose y extendiéndose; permitiendo de esta manera brindar un cuidado integral

al adulto Mayor y crear programas educativos dirigidos a los cuidadores de este grupo etáreo. Actualmente existen programas del Adulto Mayor pero estos no son suficientes y aun falta ser implementados para su atención integral²

Uno de los problemas que azota la sociedad es el trato para con el adulto mayor, no se puede ser indiferente ante una etapa que llega a la vida, y tampoco con certeza se sabrá, ¿Cuál será la propia historia?, cuando se cuestiona sobre los últimos episodios de la vida de los seres humanos, surgen términos calificativos como ancianos, tercera edad, decadentes, adulto mayor, viejos a personas que tienen una historia guardada en su espacio mental digna de ser revelada y narrada; pero cuando se pierde el valor por ello, se cuestiona realmente la esencia del ser, los aportes y la sapiencia que hay en ellos, que han vivido en momentos críticos de la historia social, política y económica, generando perspectivas de ser memorias volátiles y dormidas; por ende perdiendo una identidad cultural, enterrando a esos tesoros ocultos de sabidurías en asilos u hogares y en otras instituciones, donde suplen necesidades básicas pero nunca encontrarán el amor y el reconocimiento de los pilares generacionales de un pasado que marco el trayecto de una hidalga y creciente familia.

Cuando las personas en fase de envejecimiento se dejan en los hogares o asilos, se enfrentan a una serie de cambios y actitudes de rebeldía como acciones de rechazo e inconformismo por aceptar una decisión impuesta ocasionando episodios emotivos, depresivos, ansiosos y agresivos; donde aparece un cuadro de ambivalencia que debe ser manejado por religiosas encargadas del orden, disciplina y bienestar del adulto mayor quienes a través de su motivación asumen su labor como una actividad espontanea impulsada por un proyecto de vida y objetivos definidos, reconociendo el grado de compromiso ante los ancianos y la sociedad que han confiado en la responsabilidad de esta comunidad ⁽³⁾

El maltrato es una problemática que se presenta de manera relevante a nivel mundial, generando un impacto en las comunidades y afectando a

poblaciones vulnerables, como es el caso del adulto mayor. Estudios realizados en algunos países del mundo, en los que se incluye Colombia se encontró que el maltrato al adulto mayor va en constante aumento lo que se está convirtiendo en un problema de salud pública en todos los países del mundo sin importar el nivel de desarrollo ⁽²⁾

El cuidado de los adultos mayores representa importantes retos, tales como: la asistencia a largo plazo, la asistencia en el hogar, asilos o casa de reposo. Los asilos, en nuestro país, son instituciones de asistencia donde son alojadas algunas personas de edad avanzada, aparentemente no tienen otra finalidad que el agrupamiento, reclusión y una supervisión médica donde se brinda el cuidado a corto y largo plazo, no sólo como una opción de estancia temporal sino también para brindar apoyo a la familia y sociedad. La decisión de ingresar a un asilo, muchas veces depende del apoyo familiar ya que algunos estudios refieren que 70% de las personas de 65 años o más tienen hijos vivos que les brindan la tercera parte de la atención informal. Pero si el adulto mayor tiene incapacidad o enfermedades propias de la vejez que requieren cuidados prolongados y complejos, surge la fatiga familiar, que puede propiciar la búsqueda de "asilos para ancianos", implicando a su vez un gasto extra y probablemente olvido o abandono no sólo físico sino psicológico y hasta emocional. ⁽⁴⁾

Europa, donde en muchos de ellos un 20% más de la población tiene más de 60 años de edad. En estos países, el aumento de personas mayores ha provocado intensos debates públicos sobre temas como costos de seguridad social, atención de la salud, educación, etc. Hoy en día muchos países en desarrollo están experimentando cambios similares en la estructura por edad de la población y los gobiernos tienen ahora el reto de mejorar el bienestar financiera de sus ciudadanos de mayor edad.

El gran desafío en la atención de salud a la población consiste, sin lugar a dudas, en lograr equilibrar tres principios fundamentales: accesibilidad, oportunidad y equidad. La situación de salud aún presenta problemas por resolver por lo que el Ministerio ha orientado su actual función en otros

tres principios: descentralización, satisfacción del usuario y participación. Todos estos principios son los que sustentan el modelo de atención de salud actual focalizado en las personas y sus necesidades reales.

En la región Lambayeque las estadísticas de la tercera edad son del 80% de la población. (DIGESA 2007-2009)⁴

Tenemos información que en nuestra región Lambayeque específicamente en la ciudad de Chiclayo durante el año 2007 se creó el comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor del sector José Olaya, en lo que respecta al adulto mayor es un proceso natural que se debe recibir con beneplácito. La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo y se prevé que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo. Por lo que se cuenta que es importante saber sobre el cuidado del adulto mayor ya que observamos la deficiencia que hay en personas capacitadas y no capacitadas sobre el cuidado del adulto mayor.

Dentro de mi práctica pre profesional he observado que hay mucha deficiencia en cuanto al cuidado del adulto mayor ya que el personal que se encuentra atendiéndolos no tiene el conocimiento para poder realizar labores especialmente para su cuidado.

Como estudiante de enfermería conocedora de la falta de preparación en los cuidadores de esta población es que me propongo realizar un programa de educación en salud para el CUIDADO DEL ADULTO MAYOR, la cual permitirá capacitar en temas del cuidado integral y holístico del adulto mayor para mejorar su calidad de vida.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1.- Problema General

¿Cómo influirá el programa educativo “Cuidando mi salud” en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013?

1.2.2.- Problemas Especificos

- ¿Cuáles son las características socio demográficas (edad, grado de instrucción, y familia) de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor CHICLAYO 2013, antes de aplicar el programa educativo?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor CHICLAYO 2013, después de aplicar el programa educativo?

1.3- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- Objetivo General

- Determinar la influencia del programa educativo “Cuidando mi salud” en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 12013

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Identificar las características socio demográficas (edad, grado de instrucción, y familia) de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor CHICLAYO 12013.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor CHICLAYO 12013, antes de aplicar el programa educativo
- Reconocer el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013, después de aplicar el programa educativo

1.4.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la problemática que tiene los adultos mayores en cuanto a la calidad de vida que les dan en algunos lugares dícese de atención al adulto mayor y porque no decirlo también de parte de sus familiares que muchas veces dejan en estado de abandono a sus familiares adultos mayores. Es necesario entonces fomentar el autocuidado ya que ellos mismos serán los encargados de cuidarse por si mismos hasta la medida de sus capacidades lo permitan y de la atención que reciben a institución del Asilo San José Chiclayo y por eso nos vemos en la situación de educarlos no solo a ellos sino también a las novicias del asilo de ancianos.

El programa educativo tiene como finalidad conseguir para el adulto mayor una mejor calidad de vida, comenzando por impartir conocimientos teóricos y prácticos en ellos y en los cuidadores (Novicias del Asilo de ancianos San José – Chiclayo) y de esta manera contribuir a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad , diagnóstico precoz y tratamiento oportuno así como la rehabilitación de los adultos mayores alojados en esta institución prodigándoles una mejor calidad de vida en

esta etapa, beneficiando a los adultos mayores y personal que labora en el asilo, a los familiares de los ancianos y sociedad en general.

Asimismo porque debemos comprender desde estudiantes que el personal profesional de enfermería es responsable de promover, conservar y contribuir al restablecimiento de la salud de la población que padecen enfermedades crónicas como la hipertensión y otras enfermedades degenerativas.

1.5.- LIMITACIONES

Existen diferentes grados de dificultad, en el ámbito de los recursos humanos, económicos, y en el ámbito administrativo ya que no hubieron ciertas dificultades para poder acceder al asilo debido tal vez al sentirse amenazados por la presencia de otros profesionales de salud que puedan observar de manera más directa el trabajo que vienen brindando el personal al adulto mayor. Teniendo perseverancia y apoyo de algunas personas se podrá realizar la investigación específica. Respecto a las limitaciones en la recolección de información no influirán mayormente en el desarrollo del mismo. Por lo tanto considero que es factible su culminación.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1.- Antecedentes Internacionales

Casto Valencia Tatiana. Tesis “Vivencias de adultos mayores en torno al clima familiar cuando se es viejo” Distrito Federal México. 2007

Se realizó un estudio de tipo fenomenológico donde se llevó a cabo un seguimiento de las experiencias vividas durante la etapa de la senectud de una pequeña unidad muestral constituida por 10 adultos mayores de un mismo caserío distrital. Donde se compartió por espacio de tres meses sus actividades cotidianas en el hogar y lugares de trabajo. Después de compartir sus vivencias en el hogar y centro de trabajo se puede concluir:

El 70%(7) de los adultos mayores no son felices en sus hogares se sienten una carga e incluso hacen de nana y cuidadores de sus nietos. No pueden alimentarse y deambular muy bien por sus carencias dentarias y sus lentos pasos por la edad y a pesar de ello

continúan haciendo las labores del hogar y trabajando en ventas de artículos del hogar, vendiendo ropa interior en otros.⁵

Enciso y Quiroz Yamileth "Factores Bio-socioculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente adulto mayor hipertenso en el Hospital del Sur de Colombia-2006". Con una muestra de 122 pacientes hipertensos. Llegaron a las siguientes conclusiones. El 54.92 % presentaron buena calidad de autocuidado, el 44.22% regular calidad de autocuidado y el 86 % realizaron malas prácticas de autocuidado; el sexo, grado de instrucción, antecedentes familiares y tiempo de permanencia en el programa no tienen relación con la calidad de práctica de autocuidado.⁶

Hernández Zamora Zoila Edith, Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA 2000.

Está comprobado estadísticamente y a través de la experiencia al visitar cualquier institución médica, de servicios sanitarios o de cuidado, que las enfermeras y los enfermeros, son el personal más numeroso dentro del personal de salud. En temor especial es el abuso de los residentes ancianos por miembros del personal. En una encuesta telefónica realizada en Estados Unidos (Papalia, y Wendkos, 1997) 577 enfermeras y asistentes de enfermería que trabajaban en hogares geriátricos contaron muchos ejemplos de abuso, realidad que no sólo sucede en ese país del norte, sino en países como México y aún de manera más acentuada. Más de un tercio de quienes respondieron había visto a otros miembros del personal abusando físicamente de los residentes, prohibiéndoles más de lo necesario, empujándolos, agarrándolos, pellizcándolos, abofeteándolos, golpeándolos o pateándolos, o también arrojándoles cosas. El 10% admitió haber cometido uno o más de

estos actos. El abuso psicológico era aún más común. El 40% admitió haberlo cometido y el 81% admitió ver a otros funcionarios gritar airadamente a los pacientes, insultarlos, maldecirlos, aislarlos sin necesidad, amenazarlos o rehusarse a darles alimento. En tales casos, tanto la víctima como el abusador necesitan tratamiento.⁷

2.2.2.- Antecedentes Nacionales

Quispe Arones Vilma. Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC-diciembre, Lima- Perú. 2006. El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte. Es por ello que la persona al llegar a la etapa de Adulta Mayor tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar, la recuperación de la enfermedad o incapacidad. En el Perú se proyecta que para el año 2025 la población adulta mayor tendrá un crecimiento del 12.6 % siendo un reto para el profesional de Enfermería de encontrar nuevos caminos para orientar el cuidado de salud. Por ello la importancia que tiene el profesional de Enfermería en buscar estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de este grupo atareó mediante el desarrollo de programas educativos dirigidos a los cuidadores sobre atención básica del adulto mayor.⁸

Rivas,Vargas Luisa : “Efectividad de la enseñanza a pacientes ancianos con afecciones inmovilidad, utilizo para ello el diseño experimental, este trabajo se llevó a cabo en los Servicios de Medicina del Hospital Central de Aeronáutica 2009 y tuvo duración de 4 semanas, la población motivo de estudio estuvo

conformada por trece pacientes de ambos sexo. Los instrumentos que uso para la recolección de datos fueron la entrevista y encuesta y lista de chequeos⁹

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- Programa Educativo

Es un instrumento de aprendizaje que de manera didáctica enseña un tema específico, se basa en la comunicación que se da entre el emisor y el receptor.

La enseñanza programada en las Diferentes modalidades permite la Participación activa del estudiante en cada plazo de un plan concreto, que lo lleva de un conocimiento a otro, en forma secuencial y progresiva⁽¹⁰⁾.

La enseñanza programada: Como ventajas se señalan las siguientes:

Se eleva el nivel de aprendizaje, se incrementan los conocimientos

Se reduce notablemente el tiempo de instrucción

- Se obtienen una reacción favorable de parte de los cuidadores.
- Se logra la participación activa del estudiante al requerir sureacción frecuente ante cada etapa de la información

La aplicación del programa con amplios contenidos, corre el riesgo de anular la motivación del alumno es decir lo encasilla.

- Se corre el riesgo de que el programa sea mal utilizado y que el alumno cometa fraude en las respuestas antes de dar las suya

2.2.2.- Fines del programa educativo

- Promover que el cuidador favorezca su aprendizaje, por medio

de la mejor orientación y suplementación adecuada de los conocimientos adquiridos.

➤ Promover en los cuidadores, el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención de las necesidades básicas del adulto mayor dependiente, a través de la seguridad proveniente de una adecuada preparación.

➤ Estimular el interés de los cuidadores para proporcionar satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor, a través de la comprensión de las características individuales del geronto.

➤ Promover un medio por el cual los cuidadores puedan mejora

Constantemente la calidad de sus cuidados y al mismo tiempo mantenerse al día con el avance de nuevos conocimientos.

Características del programa educativo de Enfermería

En general todo programa educativo puede distinguir las siguientes

Características:

➤ Es un proceso ordenado, lógico e integral porque se basa e incorpora criterios educacionales de planeamiento, desarrollo, evaluación y realimentación del proceso educativo, proporciona mayor seguridad a quien participa en ella porque parte de una experiencia previa y la capacita para un desempeño específico.

Importancia del programa educativo

Es importante porque la información y capacitación del personal que la recibió, mejora el cuidado que proporciona al individuo, familia en las diversas áreas

2.2.3.- CONOCIMIENTO

Es una mezcla de experiencia, valores, información y saber hacer que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción. Se origina y aplica en la mente de los conocedores.

Lo que inmediatamente deja claro la definición es que ese conocimiento no es simple. Es una mezcla de varios elementos; es un flujo al mismo tiempo que tiene una estructura formalizada; es intuitivo y difícil de captar en palabras o de entender plenamente de forma lógica. El conocimiento existe dentro de las personas, como parte de la complejidad humana y de nuestra impredecibilidad.

El conocimiento se deriva de la información, así como la información se deriva de los datos. Para que la información se convierta en conocimiento, las personas deben hacer prácticamente todo el trabajo. Esta transformación se produce gracias a:

Comparación

- Consecuencias
- Conexiones
- Conversación

Al conocimiento se lo define, como el conjunto de informaciones que posee el hombre, adquiridas como producto de su experiencia individual de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos. Del mismo modo diferencia tres formas o niveles de conocimiento:

En el nivel vulgar, los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar.

La organización metódica y sistemática de los conocimientos permite pasar del saber vulgar al científico ¹¹

2.2.4.- ADULTO MAYOR:

1. Adulto mayor es la etapa en que se encuentra el grupo al que pertenecen las personas mayores de 60 años, es una época de la vida enmarcada por la experiencia y la sabiduría.
2. Jubilado o jubilada ∞Descansa de una vida ∞Con tiempo libre de trabajo Son arquetipo de ∞Disfrutan la vejez “sabiduría” Y por ende son consejeros.
3. Si bien son arquetipo “sabiduría”, chocan con una modernidad que poco interés encuentran en tiempos y acciones pasadas. modernidad hacia el futuro, y no percibe la importancia del pasado.
4. Si se ha contado con una preparación económica para la vejez, es frecuente que puedan darse al disfrute.
5. Cuando muere un viejo, muere una enciclopedia. concepto de experiencia es permanente al hablar de este mercado:
6. Tienen historias por contar. Se reconocen como sabios, con amplia experiencia vivida
7. Tienen una lectura más amplia del mundo
8. Tensión entre lo que se quiere hacer y lo que se puede hacer
9. En sólo un siglo el país pasó de 4 355.470, personas a un total de 41.468.3 84 habitantes, de los cuales el 6.3% (2 61 2.508), es mayor de 65 años; el 54.6% pertenece al sexo femenino y el45.4% de las personas mayores son hombres.
10. Persona-Adulta-Mayor-en-Colombia
11. En algunos países de América latina casi la mitad de los ancianos que vive en residencias geriátricas sufre malnutrición. Se ha visto que el alto consumo de fármacos, los trastornos del afecto, las alteraciones cognitivas etc. son algunas de las causas de la

mala alimentación de los adultos mayores, principalmente en aquellos mayores de 80 años

El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

2.2.5.- SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

El término "transición demográfica" se refiere a un proceso gradual por el cual una sociedad pasa de una situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad a una situación de tasas bajas. Esta transición se caracteriza primero por la disminución de la mortalidad infantil como consecuencia de la reducción de enfermedades infecciosas y parasitarias. Cuando en todas las edades disminuye la tasa de fecundidad y se reduce la tasa de mortalidad, la población en conjunto comienza a envejecer. Con el tiempo los cohortes sucesivas de nacimientos se vuelven más pequeñas, como en los países desarrollados. La teoría de la transición demográfica sostiene que este fenómeno ocurre por la modernización

En el mundo se observa una transición demográfica, la pirámide poblacional cambiaría entre el año 2000 y 2050. El año 2050 se aprecia que habrá más población con una reducción notable de la población más joven y un crecimiento de la población mayor. La esperanza de vida se incrementará en todos los países, para el año 2050 en la región de países desarrollados ésta superará los 80 años, en los países en desarrollo será mayor de 70 años y en los países menos desarrollados será cercano a 70 años. La esperanza de vida se acercará más a medida que pasa el tiempo.

El porcentaje de población de 60 años o más se incrementará el año 2050. El año 2000 se apreciaban pocos países con más de 20% de

población adulta mayor (básicamente en países de Europa) en cambio los estimados para el año 2050 casi todos los países incluyendo el Perú tendrán más población anciana.

Se calcula que cerca de 80 por ciento de los adultos mayores residirán en los países menos desarrollados

La mayoría de los adultos mayores se encuentra en los países menos desarrollados, a pesar de que éstos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento demográfico. En 2000, el número de adultos mayores en los países menos desarrollados alcanzó 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total de adultos mayores en el mundo, pero sólo a 7.7 por ciento de la población de estos países. En cambio, 232 millones de adultos mayores residían en los países desarrollados, sólo 38 por ciento de la población mundial mayor de 60 años, pero 19.4 por ciento de su población total. Se espera que el porcentaje de adultos mayores que reside en países en desarrollo se incremente aún más en las próximas décadas, de tal forma que casi 80 por ciento de los 1 900 millones de personas de 60 años o más que habrá en 2050 residirá en los países que hoy tienen menores niveles de desarrollo

2.2.6.- SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ

En el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias sociocultural-económicas que implica cambios en las áreas de trabajo, vivienda, recreación, educación y en las necesidades de salud que dará lugar

La expectativa de vida en la población peruana ha cambiado en los últimos años; en el año 1970 era de 55,52 años; en el 2005 era de 69,82 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025.

La población peruana estimada para el año 2005, es de 27 946 774 habitantes, 2 146 113 son personas adultas mayores que representan el 7,68% de la población nacional.

Los departamentos donde se concentra el mayor número de adultos mayores son: Lima y Callao (709 150), Piura (127 994), Puno (127 757), La Libertad (126 497), Cajamarca (118 095), Ancash (104 101), Cusco (98 481), Junín (97 875) y Arequipa (93 717).

A nivel nacional el 74,95% (1 558 356) de los adultos mayores se encuentran en el área urbana y el 25,05% (520 779) en el área rural, según estimaciones y proyecciones de población 2004 del INEI.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para el 2001, el total de personas adultas mayores pobres es de 41,7 %, algo inferior al promedio nacional, sin embargo sigue siendo una cifra elevada.

2.2.4.- PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Casi se podría decir que cuando una persona deja de crecer empieza a envejecer. Algunas de nuestras funciones corporales pueden haber ya rebasado su punto óptimo y haber empezado una decadencia gradual, mientras que todavía estamos por alcanzar el funcionamiento máximo en otros aspectos

¹Este proceso general del envejecimiento biológico puede ser comparado con una marea larga y lenta que nos va cubriendo paulatinamente que bien puede pasar algún tiempo antes de que caigamos en la cuenta de su presencia. Puede que llegue un momento determinante en que nos definamos como “viejos, ancianos”, o cuando otros nos designen así, pero seguramente el proceso ha venido desarrollándose desde hace ya mucho tiempo.

La enfermedad y la jubilación obligatoria están entre las circunstancias vitales que pueden súbitamente centrar nuestra atención en los cambios físicos que, en realidad, han venido ocurriendo desde hace bastante tiempo. La percepción de estos cambios puede ser repentina y a menudo desconcertante. También es muy probable de que la proporción en que vamos envejeciendo

pueda ser acelerada en ciertas circunstancias. La tensión emocional y el ambiente inhóspito pueden causar este efecto.

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

Cambios Biológicos .- Son todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas ya asociadas con la edad a consecuencia de la involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

Cambios Psicológicos.- Son: El envejecimiento de las capacidades intelectuales, a partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad de resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativa se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad, la personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

Cambios Sociales.- Son cambios del Rol Individual, los cambios del rol individual se plantean desde tres dimensiones:

El anciano como individuo: Los individuos en su última etapa de la vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del

desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.⁶

El anciano como integrante del grupo familiar: Las relaciones del anciano con la familia cambian porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa es cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud las relaciones se invierten y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas: la ancianidad es una etapa caracterizada por la pérdida de facultades físicas, psíquicas y económicas. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambio de Rol en la Comunidad, la sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupo políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de Rol Laboral, el gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión después de haber cesado

su oficio las consecuencias de la jubilación: la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entrono al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen. El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación.¹³

2.2.5. FAMILIA Y VEJEZ

La concepción de la familia va mas allá de la definición tradicional y fenomenológica en la que solo se la considera como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre si e intereses en común, para trasladarla a un plano social donde, tanto en su estructura como en sus funciones intervienen factores socioeconómicos. La familia tiene entre sus funciones la transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el abuelo juega un papel fundamental.

Según la teoría de Jean Watson se basa en uno de sus principios en la formación de un sistema de valores humanísticos que se aprenden al principio de la vida, esto quiere decir que la familia influye mucho en la relación de esta con el adulto mayor.¹⁴

También da protección y apoyo a sus miembros. Y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional.

¹⁰Según Watson el objetivo del cuidar cuidado es lograr una asistencia interhumana con el objetivo de preservar la dignidad humana y así llegar a un grado superior de armonía, entre la mente, cuerpo y el alma, esto vendría hacer una función principal de la familia hacia el adulto mayor⁸

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a retraerse otras relaciones sociales. De allí la necesidad de encarar la problemática

de la vejez desde el espacio familiar. La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas.¹⁴

2.2.6.- AUTOCUIDADO

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del griego *αὔρο* que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín *cogitātus* que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería.

El autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a si mismo.

CUIDADOS PERSONALES

Los cuidados personales para el adulto mayor son muy importantes para su desarrollo cotidiano, es por ello que debemos someter regularmente al adulto mayor a un chequeo médico y nunca permitir que asista a consulta solo; revisar y vigilar qué tipo de medicinas toma y dárselas personalmente; analizar en forma detallada lo que le está sucediendo día tras día para informarle a su médico tratante; buscar signos de fiebre, enfriamiento o infección. Así mismo debemos:

- Motivarlo a que haga una rutina sencilla de ejercicios diariamente, si se encuentra en condiciones médicas para hacerlo.
- Si el caso lo amerita, podemos poner una señal que ubique el baño, para que el adulto mayor lo pueda encontrar; llevarlo al baño en un horario establecido, cada dos o tres horas; si el adulto

mayor no orina cuando esté en el baño, podemos darle agua o abrir la llave del lavabo para que lo asocie con el deseo de orinar.

- Si es el caso ponerle calzones y pañales desechables proteger la piel del adulto mayor con vaselina y talco.
- Reducir el número de prendas de vestir; buscar ropa que sea lavable y que no requiera planchado.
- Revisar la temperatura de los alimentos para el adulto mayor; en caso de asistir a restaurantes, escoger aquellos de servicio rápido, donde haya tranquilidad y gran variedad de alimentos, explicarle al mesero la enfermedad de su familiar si se cree necesario, esto facilita mucho las cosas.
- Si el adulto mayor ya no come debe apoyársele en la alimentación con biberón o por sonda; esto queda a decisión de la familia y desde luego con asesoría profesional.

ASEO PERSONAL

El cuidado personal relacionado con el maquillaje para las mujeres, cepillado del cabello, la higiene bucal, el cuidado de las uñas y la acción de afeitarse, en algunos casos requerirá de la ayuda del cuidador, ya que el adulto mayor quizá carece de las habilidades motoras o de memoria para hacerlas por sí mismo, o tenga confusión en cuanto a los pasos a seguir. Por ello:

- ✓ Mantendremos el baño ordenado y con el menor número de objetos posible.
- ✓ Colocaremos los artículos en secuencia, por ejemplo: junto al espejo el peine, sobre el lavabo el cepillo de dientes, la pasta dental y el vaso, etcétera.
- ✓ Así mismo, en algunos casos colocaremos instrucciones sencillas junto al espejo del baño que describan los pasos a seguir, ya sea por escrito o con dibujos, donde se represente una persona peinándose o afeitándose, o con una foto de alguien cepillándose los dientes.

Problemas al vestirse y desvestirse

Es probable que el adulto mayor haya perdido o esté perdiendo gradualmente habilidades motoras y de coordinación, olvide la manera de vestirse y desvestirse y pierda paulatinamente su autoestima. En ocasiones también insiste siempre en ponerse la misma ropa o se la pone al revés Por ello:

- Verificaremos con ayuda del médico, que el adulto mayor no padece un estado depresivo.
- Nos cercioraremos de que su ropa sea la adecuada según el clima, a veces los adultos mayores se ponen ropa ligera en invierno y se abrigan cuando hace calor; es por eso que deben ser muy vigilados cuando esto suceda.
- Si hace falta le mostraremos la ropa y cómo vestirse; podemos recurrir a la mímica.
- Podemos mostrarle su ropa en orden y secuencia.
- Comprarle ropa holgada y zapatos de una talla mayor a la que usa.
- De preferencia utilizaremos broches adhesivos en ropa y zapatos; la ropa deportiva y los conjuntos de dos piezas facilitan las maniobras.
- Le permitiremos que usen joyería de fantasía no valiosa, con la finalidad de no exponerlo a riesgos en la calle.

Renuencia a bañarse

El adulto mayor puede dejar de bañarse porque ha perdido el interés por su higiene personal o porque se han incrementado sus miedos o fobias al agua y a las actividades relacionadas con el baño diario. También puede deberse a la vergüenza que siente el adulto mayor al ser asistido o vigilado, o al temor a meterse y

salirse de la tina debido a la dificultad para recordar cuándo se bañó la última vez, a la apatía, a la depresión o al miedo a caerse.

Por ello recomendamos:

- Poner en orden secuencial los objetos necesarios para bañarse: jabón, esponja para enjabonarse, toalla para secarse, ropa limpia, etcétera.
- Regular la temperatura del agua y el chorro de la regadera o el nivel de la tina.
- Colocar barras de apoyo y tapetes de hule, o bien, calcomanías antiderrapantes en el piso de la tina o de la regadera. Tenemos que asegurarnos de que el piso no sea resbaloso.
- Colocar una silla dentro de la tina o de la ducha si se le dificulta al adulto mayor moverse. Instalar, de preferencia y si los recursos lo permiten, una regadera flexible de mano; esto facilita mucho ya sea bañar al adulto mayor o que lo haga él mismo cómodamente sentado.
- Colgar el jabón y la esponja de un cordón de la regadera para facilitar su uso.

ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

En la cuestión alimenticia la recomendación es que si el adulto mayor tiene una dieta sugerida por el médico la sigamos puntualmente. Por lo tanto, la labor del cuidador consistirá en una serie de acciones que favorezcan al adulto mayor el apego a la dieta. Por ejemplo:

- Arreglar la mesa en forma atractiva
- Usar manteles, platos y vasos de plástico de colores vivos (fáciles de distinguir) para evitar que se rompan y el adulto mayor no se lastime.
- Verificar la temperatura adecuada de los alimentos para que no estén demasiado calientes o muy fríos.

- Preparar platillos que sean del gusto del paciente. Los olores de la comida pueden avivar el interés por comer.
- Servir un guisado a la vez y en cantidades pequeñas. De preferencia bocadillos que el adulto mayor pueda comer solo; es importante mantener su autosuficiencia el mayor tiempo posible.
- No darle de comer en la boca mientras pueda hacerlo por sí mismo.
- Recordarle el uso de cubiertos cuando tome los alimentos con las manos.
- Tener paciencia ante los incidentes en la mesa y pedir que su familia también la tenga.

Algunos puntos a destacar al ingerir los alimentos, son:

- a. Tomar 8 raciones (vasos) o más de agua o equivalentes de líquidos (sopas, jugos). Tome en cuenta la ingesta diaria de líquidos suficientes

Es importante mantener una toma constante de agua en el día, y sobre todo en aquellas personas que tienen más de 85 años de edad, problemas de memoria, dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria básica, algún grado de dependencia funcional, Alzheimer, cuatro o más enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, bronquitis, infección de vías urinarias, etc.), toma más de cuatro medicamentos, fiebre, bajas oportunidades de ingestión de líquidos y/o dificultades en la comunicación

- b. Procure que coma 6 raciones o más del grupo de cereales y derivados: pan, cereales, arroz, pasta, tortillas y frijoles. En caso de tener problemas de masticación, se puede preparar papillas o purés. Si los platos de pasta y arroz resultan un poco secos, se les puede acompañar con caldos, lo que ayuda a aumentar la toma de agua.

- c. Dos raciones o más del grupo de verduras y hortalizas. De las 2 raciones diarias, al menos una de ellas en crudo, en forma de ensalada. Los vegetales serán preferentemente cocidos o en

forma de purés, cremas o sopas. El caldo donde se cocinan las verduras debe de agregarse a la preparación de sopas, para aprovechar los nutrientes que se quedaron allí. Cuando existen problemas de masticación, también puede ser interesante el consumo de zumos de varios vegetales.

d. Tres raciones o más del grupo de frutas. Muchas veces son rechazadas por su dureza. Para evitarlo, se recomienda consumirlas en forma de jugos, purés, asadas o fruta fresca en trozos. Deben lavarse bien y consumirse maduras y peladas. Las frutas en almíbar y las mermeladas deben consumirse moderadamente ya que aportan gran cantidad de azúcares simples, aunque pueden ser de utilidad en el caso de personas con inapetencia.

e. Tres raciones o más del grupo de lácteos: Leche, yogur, queso, etc.

Los lácteos son imprescindibles para asegurar un aporte adecuado de calcio, pero además son fáciles de masticar y conservar y con un elevado contenido en agua y proteínas. Los yogures son, en general, mejor tolerados que la leche y ayudan a superar la deficiencia en lactasa gracias al proceso de fermentación. Los quesos que se recomiendan son los frescos debido a su consistencia y bajo aporte de grasas. Los postres lácteos dulces (flanés, natillas, etc), deberán consumirse de forma moderada por el aporte de azúcares simples y grasas

f. Dos raciones del grupo de alimentos proteicos: carne, pollo, pescado, frijoles, huevos. Las carnes deben ser preferentemente sin grasa y consumirse unas 3 ó 4 veces por semana, siendo menor el consumo de carnes rojas y los embutidos. Los platillos que facilitan su masticación son las albóndigas o la carne picada. El cocido o hervido de la carne consigue ablandarla por lo que es más fácil de comer. Los pescados también se consumirán 3 ó 4 veces a la semana. Es un alimento muy bien aceptado por las personas mayores, ya que tiene una buena digestibilidad y es muy fácil de masticar. Con respecto a los huevos no se deben

superar las 3-4 unidades a la semana. La preparación culinaria más adecuada es en forma de tortilla, cuya textura y digestión es excelente y además su elaboración permite la incorporación de todo tipo de alimentos como verduras, carnes picadas, pescado, patatas, etc., que enriquecen el aporte de nutrientes

g. Aceites Preferir los aceites de cártamo, maíz o girasol.

h. Condimentos: Se utilizarán al gusto de la persona, excepto la sal, cuyo uso deberá consultarse con el médico. Nutrición en el adulto mayor Es muy importante tomar en cuenta la nutrición del adulto mayor, ya que ésta interactúa con el envejecimiento en varias formas:

1. La nutrición y formas de estilo de vida contribuyen a acelerar o disminuir la pérdida de tejidos y funciones del cuerpo.

2. Una mala alimentación es uno de los factores que determinan la presencia de enfermedades crónicas degenerativas las cuales son frecuentes al incrementarse la edad.

3. La mayoría de las personas comen menos a medida que la edad avanza debido a una reducción tanto en su dieta como en su apetito. La pérdida importante del hambre debe ser evaluada por un médico.

4. Es importante distinguir entre la persona mayor sana y la persona mayor enferma. En la sana, la alimentación equilibrada debe ser suficiente para prevenir la falta de sustancias nutritivas, mientras que la persona enferma puede tener una mayor necesidad de alimento el cual no se evalúa adecuadamente debido a la pérdida del apetito que acompaña a la enfermedad.

Por todo esto, es necesario llevar a cabo una alimentación saludable, comiendo la cantidad y calidad de alimentos que nuestro cuerpo necesita, ya que una adecuada nutrición influye directamente en la salud, y por lo tanto, en la calidad de vida. Una alimentación se considera sana cuando es:

Variada + Equilibrada + Agradable + Repartida

Variada

Esto es, si contiene fruta, verduras, carnes, pescados, huevo, leche.

Equilibrada

Si contiene una cantidad de 15 % de proteínas, 30% de grasas y 55% de azúcares llamadas también hidratos de carbono.

Las proteínas se encuentran en las carnes, pescados, huevos, leche y derivados, legumbres y frutos secos.

Las grasas se encuentran en todas las carnes, aceites, legumbres, pescados y frutos secos.

Los azúcares o hidratos de carbono se encuentran en las frutas, los helados, miel, jugos, refrescos, pan, pastas, arroz, verduras, hortalizas, cereales y legumbres.

Los alimentos ricos en fibra son pan integral, salvado, arroz integral, maíz, legumbres, frutos secos (nueces, dátiles, almendras) y verduras de hojas verdes.

Agradable

Se considera que un alimento es agradable cuando tienen una presentación vistosa y atractiva, cuando se respetan los horarios y las preferencias de la persona, en la medida de lo posible. Es importante preparar los alimentos según la capacidad para masticar y tragar que tenga la persona, por lo que la consistencia de la misma puede variar, pudiendo ser ésta entera, picada, pastosa, molida o líquida.

Repartida a lo largo del día

En caso de que la persona no pueda comer el alimento que necesita en 3 comidas, esta se puede dividir en 4 o 5 comidas al día.¹⁵

2.2.6.- TEÓRICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

Jean Watson: El cuidado Humanizado

Según Watson la familia es la fuente que inculca la formación de valores humanísticos y altruistas, de allí que es en donde el adulto mayor quiera pasar los últimos años de su vida.¹⁰

En este punto creemos oportuno destacar dos aportes conceptuales surgidos dentro del campo de la enfermería profesional que se integran y enriquecen lo hasta aquí planteado.

El primero de ellos es el concepto de "unidad multipersonal de cuidado" (Orem, 1993), que permite recortar el objeto de intervención según el momento del proceso, pudiendo organizar prácticas en diferentes niveles de intervención sin perder la noción de la complejidad del problema (anciano/familia/comunidad). Esta noción permite pensar la familia no sólo como contexto de significados compartidos por el anciano (en relación a la internación, dependencia, etc) sino también como objeto de intervención. Además nos permite extender este objeto de intervención, reconstruyendo las redes de apoyo social que permitan corresponsabilizar el cuidado de nuestros viejos.

La práctica enfermera es concebida como una práctica terapéutica del 'autocuidado'. Es decir, toda acción de cuidado es pensada a partir de las potencialidades de la persona y no de sus limitaciones. De esta manera, colabora en transformar el significado tradicional del cuidado y por consiguiente de la práctica.

Por otra parte, Leininger en su teoría transcultural, define el cuidado como la esencia de la enfermería, cuya práctica se basaría en: *"... un conjunto de conceptos e hipótesis interrelacionados que tienen en cuenta las conductas cuidantes, los valores y las creencias basados en las necesidades culturales de los individuos y grupos, para proporcionarles unos cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios. El objeto de su teoría es que los pacientes propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para*

acciones y decisiones profesionales válidas" (Torralba i Roselló, 1998).

En ambas propuestas la familia puede abordarse en tres dimensiones diferentes 1) Como factor que junto a otros condicionantes básicos influye en la necesidad de cuidados de sus miembros y la capacidad y posibilidades de satisfacerlos, 2) Como contexto en que se brindan dichos cuidados en una situación de dependencia, 3) Como entidad global que en determinadas circunstancias necesita de cuidados enfermeros (Taylor, 1989).

Esta perspectiva exige al personal de enfermería ubicar la práctica profesional como producto de una interacción con un Otro portador de creencias y significados que deben ser respetados y sólo resignificados si obstaculizan la posibilidad de que la persona 'autocuidada' se exprese en toda su potencialidad. Es decir, se concibe la persona como activa y capaz de transformar su entorno.

14

DOROTHEA OREM

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland en 1914. Inicio su carrera en la Escuela de Enfermería en el Hospital Providence en Washington.

En 1958 Orem tuvo una intuición acerca de porqué los individuos necesitan la ayuda de la enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. La reflexión sobre este tema le proporcionó los conocimientos necesarios para formular y expresar su concepto de enfermería.

Considera su teoría como una teoría General constituida por tres teorías relacionadas.

1) Teoría del Autocuidado.-

Describe y explica el autocuidado.€

2) Teoría del Déficit de Autocuidado.-

Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas.

€

3) Teoría de los Sistemas de Enfermería.-

Describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería.

Teoría del Autocuidado:

Es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia a cuidarse de sí mismas. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Naturaleza del Autocuidado:

Orem contempla en concepto >auto< como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto >cuidado< como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Agencia de Autocuidado

OREM usa la palabra >agente< para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes o agencia de autocuidado. Orem reconoce

que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina agencia de cuidado dependiente.

Requisitos del Autocuidado:

✓ **Requisitos universales del Autocuidado:**

Son comunes para todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

✓ **Requisitos relativos al Desarrollo:**

Promover las condiciones necesarias para los procesos evolutivos o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

✓ **Alteración de la salud:**

La enfermedad o la lesión no solo afectan a las estructuras y mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado, el bienestar y la frustración que resulta de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.

✓ **Factores de Condicionamiento Básico:**

Edad Genero Estado de desarrollo Estado de Salud
 Sistema de Cuidado Sistema Familiar Patrones de Vida
 Ambiente Recursos Disponibles Sociocultural

Teoría del déficit del Autocuidado:

Es una cuando las demandas de autocuidado rebasan las capacidades de autocuidado y es necesario cubrirlas mediante un agente de cuidados terapéuticos. Las personas no pueden

cuidarse de si mismas. Agente de cuidado dependiente: persona que proporciona cuidados a otros.

Agencia de Autocuidado Terapéutico:

El agente cuidado dependiente es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por si mismo.

El agente de enfermería busca satisfacer o modificar los requisitos de actividades universales, desarrollo o la salud.

La Teoría de los Sistemas de Enfermería

Sistema Totalmente Compensatorio:

Paciente: incapaz de ocuparse de cualquier acción intencionada de autocuidado. Incapaz de controlar sus movimientos o de responder a estímulos o comunicarse. Incapaz de ser consciente de la ansiedad de ocuparse de si mismo y de la salud o también de toma de decisiones.

Enfermera: compensa las incapacidades que pueda tener el paciente para el autocuidado. Apoya y protege al paciente mientras proporciona un entorno apropiado a través de juicios y acciones.

Sistema Parcialmente Compensatorio:

Paciente: el paciente tiene limitación de movilidad o de las habilidades de manipulación. Déficit de conocimiento, habilidades o ambas para satisfacer demandas de autocuidado. Indisposición psicológica para realizar o aprender conductas de autocuidado.

Enfermera: La enfermera guía, hace, apoya, favorece el desarrollo de capacidades y enseña

Sistema de Apoyo-Educativo:

Paciente: es capaz de realizar acciones necesarias para su autocuidado y puede aprender adaptarse

Enfermera: auxilia en la forma de toma de decisiones. Comunica conocimientos y habilidades, es consultora y regula la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado.

En resumen las acciones de enfermería se centran en:

- **Actuar y hacer por otro:** Tarea relacionada más directamente con el cuidado a la salud, generalmente asociado con el cuidado físico
- **Guiar o dirigir:** proporcionar información o consejo relevante para satisfacer sus necesidades de autocuidado
- **Brindar apoyo:** otorgar apoyo fisiológico que implica una asociación de cooperación paciente-enfermera y otros, para la satisfacción de necesidades de autocuidado a la salud. El apoyo psicológico es la provisión de una presencia comprensiva: capacidad de escucha y aplicar métodos de ayuda
- **Proporcionar un Entorno Adecuado:** entorno que favorezca la satisfacción de necesidades de autocuidado, los métodos y acciones fundamentales para satisfacer sus necesidades de autocuidado.
- **Enseñar:** describir y explicar al paciente sus propias demandas de autocuidado, los métodos y acciones fundamentales para satisfacer sus necesidades de autocuidado.
- Estas acciones pueden ocurrir de manera simultánea.

La enfermera satisface las necesidades de autocuidado por medio de 5 métodos:

- Actúa o hacer para
- Guía
- Enseña
- Apoya
- Satisface sus demandas actuales o futuras.

El Modelo conceptual de Virginia Henderson

La concepción de Henderson de los conceptos paradigmáticos de la Enfermería están presentes en todo el proceso de cuidados y por lo tanto, en la fase de valoración. Estas conceptualizaciones emanan de la definición, que realiza la autora, sobre la función propia de la enfermera: "la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible".

Persona	Salud	Cuidados Enfermeros	Entorno
Necesidades básicas	Independencia. Dependencia.	Cuidados básicos. Relación con elequipo.	Factores ambientales. Factores socioculturales

Henderson cada persona se configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías de eliminación.

- Moverse y mantener la posición conveniente al caminar, sentarse, acostarse o cambiar de una posición a otra.
- Dormir y descansar.
- Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener la higiene y el aseo personal y proteger el tegumento.
- Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudique a otros.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
- Profesar su religión.
- Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho.
- Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a la salud normal.

Según diversas autoras, existen datos relevantes de la persona que Henderson no trata de forma explícita en su modelo. Estas autoras proponen clasificar los datos más relevantes de la manera siguiente:

En la necesidad de evitar los peligros ambientales e impedir que perjudique a otros las autoras citadas, proponen incluir los datos referentes al auto concepto, argumentado que la seguridad incluye aspectos físicos y psicológicos. (García Suso A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P, de Bustos ML.)

En la necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades y temores, se incluyen también las relaciones significativas para la persona, el equilibrio entre la soledad y la interacción social, la capacidad para dar y recibir

ayuda y datos sobre la sexualidad, ya que ésta es una forma de compartir y expresar sentimientos.

En la necesidad de profesar la religión, se consideran las ideas y creencias religiosas, éticas y filosóficas; el yo ético y el yo moral.

En la necesidad de trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho, se contempla también lo relacionado con desempeñar papeles y ocupar una posición dentro del grupo.

En la necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a la salud normales, que se refiere específicamente al interés por saber más sobre sus cuidados de salud, se incluye: la forma de aprenderlos (leyendo, escuchando, etc.); sus capacidades y sus limitaciones para el aprendizaje; los conocimientos que posee o de los que carece, para recuperar, mantener o aumentar el nivel de desarrollo de su potencial y así alcanzar la independencia. Para conocer el estado de la persona como ser único y complejo, Henderson propone hacerlo a través de la valoración de la satisfacción o no de estas 14 necesidades.

Éstas son comunes a todas las personas, si bien varían sus manifestaciones y formas de ser cubiertas en función de: la edad, el sexo, la etapa del desarrollo, la situación de salud o la situación personal y los factores ambientales y socioculturales (que se reflejaban anteriormente como elementos considerados por Henderson en su concepción de entorno). Elementos, todos ellos, que van a influir en los cuidados enfermeros y que son necesarios considerar y registrar en la valoración inicial de la persona.

Según Henderson, la persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades, derivado del concepto de salud de esta autora como independencia, siendo por tanto necesario determinar en la valoración la independencia dependencia, de la

persona en relación a todas y cada una de las necesidades. Para lo cual, la autora ofrece los constructos siguientes:

- Independencia: satisfacción de las 14 necesidades mediante las acciones adecuadas que la persona realiza por ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.
- Manifestaciones de independencia: conductas o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud.
- Dependencia: insatisfacción de una o de varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar según la edad, etapa del desarrollo o situación de salud.
- Manifestaciones de dependencia: conductas o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan erróneas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas en la actualidad o en el futuro, de acuerdo con su edad, etapa del desarrollo o situación de salud. Las manifestaciones de dependencia se concretan en lo que se desarrolla como fuentes de dificultad.
- Fuentes de dificultad: son los obstáculos o las limitaciones personales que hacen que la persona no pueda satisfacer de manera independiente las 14 necesidades básicas, se agrupan en:
 - Falta de conocimientos: se refiere a qué hacer y cómo hacerlo, con relación a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de vida, sobre la propia persona y sobre los recursos propios y del entorno disponible.
 - Falta de fuerza: se refiere a poder hacer, entendida como la capacidad física y psicológica de la persona para llevar a cabo las acciones necesarias en cada situación.

- Falta de voluntad: se refiere a querer hacer, entendida como la falta de deseo, anhelo o motivación de la persona para comprometerse, ejecutar y mantener las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades durante el tiempo necesario.¹⁴

2.3 . DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso natural que se debe recibir con beneplácito. La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo y se prevé que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo.

El envejecimiento Es un proceso normal que ocurre en todos los seres vivos, se acentúa en las últimas décadas de la vida, es diferente de una persona a otra, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen a un mismo tiempo. Su característica principal está dada por el requerimiento de más tiempo para adaptarse a un cambio biológico, psicológico o social. (OMS 2009)

Programa Educativo: Es un instrumento de aprendizaje que de manera didáctica enseña un tema específico, se basa en la comunicación que se da entre el emisor y el receptor.

Auto cuidado Es el cuidado de si mismo.

El Cuidado: La Enfermería “necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios”

2.4- HIPOTESIS

Hª.-El programa educativo “Cuidando mi salud” Influye en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013

H°.-El programa educativo “Cuidando mi salud” no influye en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013

2.5.- VARIABLES

La investigación es bivariable es decir cuenta con una variable independiente y otra dependiente.

Variable Independiente

Programa Educativo “Cuidando mi salud”

Variable dependiente

Nivel de conocimiento de auto cuidado

2.5.1.- Definición conceptual de variables

Programa Educativo “Cuidando mi salud”

Es un instrumento de aprendizaje que de manera didáctica enseña un tema específico, se basa en la comunicación que se da entre el emisor y el receptor en este caso sobre el cuidado del adulto mayor de si mismo.

Nivel de conocimiento de auto cuidado

Es la Información que tiene sobre el cuidado de su propia salud, es decir el cuidado empieza por el cuidado de si mismo.

2.5.2.- Definición operacional de variable

Se medirá teniendo en cuenta la influencia de la variable independiente sobre en la dependiente.

Influye = Cuando el nivel de conocimiento es alto y medio

No Influye = Cuando el nivel de conocimiento es bajo antes y después del programa.

2.5.3.- Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS Y/O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO	Cuidados personales	- Aseo personal - Problemas al vestirse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación ▪ Análisis de Contenido <ul style="list-style-type: none"> • Alto • medio • y bajo
	Cuidado de su alimentación y del sueño	- Alimentación en el adulto mayor - Monitoreo: . Trastornos del sueño . Incontinencia urinaria . Caídas . Depresión	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADO DEL	Cuidado de movilización	Identifica cuidados s básicos sobre cuidados personales. Reconoce Alimentación necesaria para su	
	ALTO		
	MEDIO		

ADULTO MAYOR	BAJO	edad (adulto mayor Describe la característica sobre su autocuidado Reconoce los Cuidado en la de ambulación	
---------------------	------	---	--

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Por el tipo de investigación el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación de tipo aplicativo, de corte transversal prospectivo y de diseño Pre-experimental.

Es aplicativo: Porque no solo investiga para buscar respuesta también investiga para actuar y producir cambios.

Es de Corte Transversal: Por que medirá las dimensiones establecidas en un determinado tiempo.

Diseño Pre-experimental: donde se incorpora la administración de pre test y pos test a un solo grupo que recibió el tratamiento experimental.

Hernández (2006)

Cuadro N° 2: Diagrama del Diseño Pre-experimental



Diagrama o esquema GE= O1 X O2

Dónde:

GE = Es el Grupo Experimental

X = Es el tratamiento experimental (La administración de la Variable : Programa educativo).

O1 y O2 = Que constituye la Pre test la cual nos permitió identificar antes y después del programa educativo

3.2 .-DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó esta investigación con los ancianos del sector José Olaya del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo.

El presente programa educativo tiene como finalidad conseguir para el adulto mayor una mejor calidad de vida, comenzando por impartir conocimientos teóricos y prácticos en ellos.

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1 POBLACIÓN:

Estuvo constituido por 24 adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo.

3.3.2. MUESTRA

Fue de manera de no probabilística e intencional ya que se tomará a toda la población constituida de 24 adultos mayores teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores con permanencia de más de seis meses
- Adultos mayores que desean participar del estudio
- Adultos mayores lucidos en tiempo espacio y persona.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores no albergados y que solo vienen por intervalos de horas a recibir alimentos .
- Adultos mayores con permanencia menor de seis meses
- Adultos mayores que no desean participar del estudio
- Adultos mayores que no estén lucidos en tiempo espacio y persona.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

En el presente trabajo de investigación se empleó como técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario, el cual permitirá describir, el nivel de conocimiento sobre auto cuidado antes de la aplicación del programa y si éste influyen en el conocimiento que consiste en la aplicación de una serie de preguntas por escrito donde la opción de respuesta está en escoger según corresponda a la pregunta.

El cuestionario es un instrumento que se utilizó para obtener respuestas sobre el problema de estudio. La encuesta es un instrumento de investigación que nos permite conseguir información representativa de un grupo de personas.

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la validación de esta investigación se ha empleado el juicio de experto en la materia o relacionados con el tema de la investigación. En cuanto a la confiabilidad del instrumento se utilizó la medida de consistencia interna de tipo Alfa de Crombach, lográndose 0,70, lo cual determinó que el instrumento es confiable.

3.6.- PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó previo trámite administrativo para lo cual se presentará el proyecto de investigación ante el comité de investigación para su aprobación, autorización y coordinación para la aplicación del instrumento, previó consentimiento informado a los sujetos de estudio. El Plan de análisis estadístico de datos viene a ser el resultado estadístico en forma porcentual de las respuestas recibidas a las interrogantes las cuales se presentaran en las tablas y gráficas. Se usaran para el procesamiento de los resultados estadísticos.

CAPITULO V: RESULTADOS

TABLA: 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DEL
ADULTO MAYOR**

Perfil		F%
Edad		
65 a 75 años	14	59
76 a 81 años	10	41
Tipo de familiar		
Esposo (a)	6	25
Hijo(a)	10	41
Hermano(as)	4	17
Nietos (a)	4	17
Total	24	100,00
Primaria completa	10	41
Secundaria completa	6	25
Superior	8	34
Total	24	100

FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla: 1 se muestran las características sociodemográficas del adulto mayor, determinándose que el 59%(14) tienen de 65 a 75 años, el 41%(10) tienen de 76 a 81 años, seguido por el tipo de familiar el 41%(10) tiene hijos el 17%(4) tiene hermanos y nietos. Con respecto al grado de instrucción el 41%(10) tiene Primaria completa, el 25%(6) tiene secundaria completa y el 34%(8) tiene educación superior

TABLA: 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO

NIVEL	Grupo Pre-Experimental	
	N	%
ALTO	-	-
REGULAR	13	54
BAJO	11	46
TOTAL	24	100

Análisis: Se observa que el nivel de conocimiento sobre autocuidados del adulto mayor era de nivel regular en el 54%(13) seguido del nivel bajo en el 46%(11)

GRAFICO : 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO

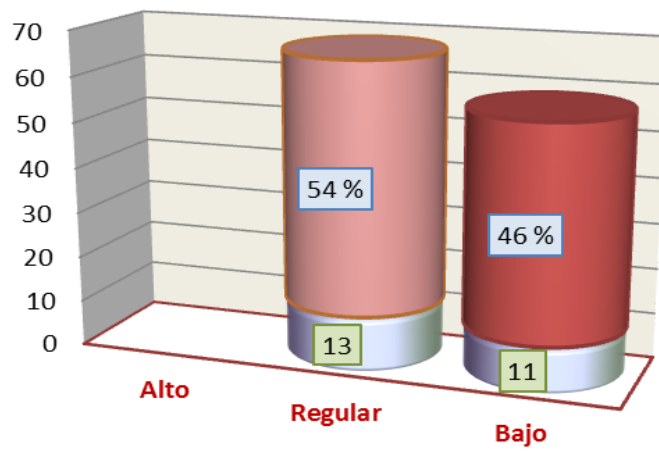


TABLA: 3

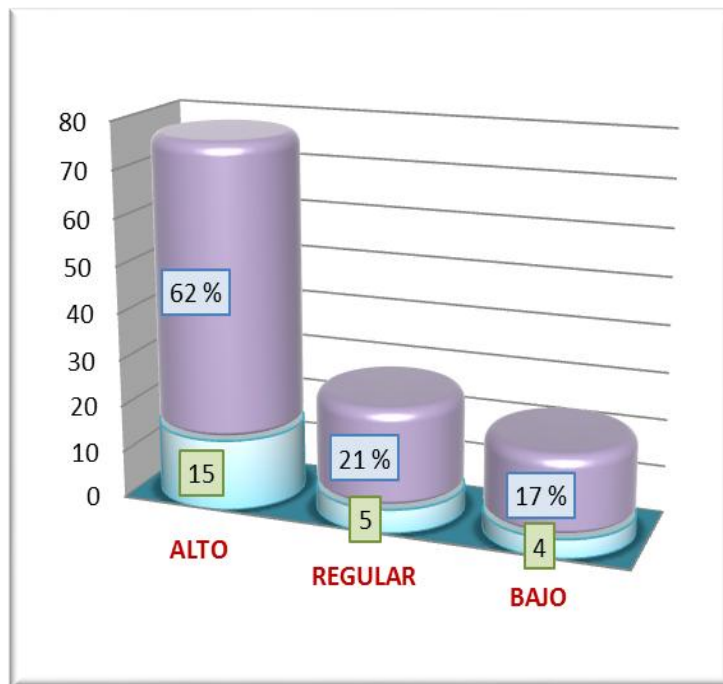
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO

NIVEL	Grupo Pre-Experimental	
	N	%
ALTO	15	62
MEDIO	5	21
BAJO	4	17
TOTAL	24	100

Análisis: Se observa que el nivel de conocimiento sobre autocuidados de los adultos mayores después del programa Educativo es alta en el 62%(15) seguido del nivel regular en el 21%(5) y es bajo en el 17%(4)

GRAFICO: 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO



CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Aplicando la prueba de T de Student que nos ayudará a pronosticar la probabilidad de que dos promedios pertenezcan a la misma población (en el caso en que las diferencias no sean significativas)

H^a.-El programa educativo “Cuidando mi salud” Influye en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013

H^o.-El programa educativo “Cuidando mi salud” no influye en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013

Prueba de Muestras Independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
								95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Pre_pru eba_GE	,185	,668	2,613	78	,005	,850	,292	,269	1,693
Se han asumido varianzas iguales									
No se han asumido varianzas iguales			2,613	76,060	,005	,850	,292	,269	1,693

Regla de Decisión: Si $p < 0.05$, se rechaza la H_0 (Se acepta H_1)

Si $p > 0.05$, se acepta la H_0

Del cuadro Nº 5: $t_{valor} 2,613$

Nivel de confianza: 0.95

De la tabla t: $t_{0,95,x} = 1,693$

Como 2,513 es mayor que 1.693 (valor de la tabla) y respecto al grado de significación 0.668 es mayor a 0.05, significa que hay diferencia entre el primer y segundo puntaje, obtenido del Pre y Post- Test

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En esta investigación a partir de la influencia del programa educativo “Cuidando mi salud” en el nivel de conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013. Entonces bajo los resultados obtenidos se puede afirmar todas las actividades bien planificada y ejecutada permite cumplir los objetivos. El objetivo general era determinar la influencia del programa educativo “Cuidando mi salud” en el nivel de conocimiento de auto cuidado. Entre sus características encontramos que la edad que mas predomina es en el 14%(59) adultos mayores tienen 65 a 75 años, asimismo número de adultos mayores tienen grado de instrucción secundaria completa y superior.

Respecto a la influencia del programa se puede comprobar con los cambios observado en el nivel de conocimiento ya que en el (83%) de la población muestral, es decir hubo un incremento significativo en el conocimiento, esto permite ver que existía un nivel bajo y medio de conocimientos antes del programa educativo ya que el nivel de conocimiento era regular en el 54%(13) y en el 46%(24) era bajo estos

Después del programa educativo se evidenciaron cambios ya que es efectiva en el conocimiento sobre autocuidados del adulto mayor. Analizando lo encontrado se puede decir que existe cierta similitud con los trabajos de investigación donde se involucran los profesionales de salud que brindan educación necesaria sobre diversas las medidas de prevención y fomentan en cada momento el autocuidado en los pacientes es entonces necesario seguir realizando estudios que no solamente investiguen causa, factores y actuar es necesario seguir realizando investigación de tipo aplicativo porque no solamente observa sino también se producen cambios.

CONCLUSIONES

- El programa educativo es efectiva en el conocimiento sobre autocuidados del adulto mayor ya que un porcentaje significativo de ellos incrementaron sus conocimientos.
- El incremento porcentual es significativo en el conocimiento y solamente en un mínimo porcentaje 17%(4) no se incrementó debido tal vez a que no asistieron puntualmente y se mostraban renuentes.
- El nivel de conocimiento sobre el cuidado del adulto mayor antes de la aplicación es de nivel regular en el 54%(13) seguido del nivel bajo en el 46%(24) ningún adulto mayor obtuvo un puntaje alto.
- El nivel de conocimiento sobre los autocuidado del adulto mayor después del programa educativo fue de nivel alto y regular. Entonces se acepta la H^a que sustentaba que el programa educativo influye en el nivel de conocimiento sobre autocuidado

RECOMENDACIONES

- Evidenciando que el programa educativo es efectivo en el conocimiento. Se recomienda considerar los efectos que produce la actividad educativa.
- Se recomienda considerar la utilización de esta técnica didáctica con mayor frecuencia en diferentes temas, ya que al comprobarse que es beneficiosa, se recomienda ponerla en práctica.
- Se recomienda a las futuras estudiantes de enfermería focalizar los esfuerzos de orientación y/o educación a la población adulta mayor, ya que muchas veces no cuentan con el apoyo suficiente de parte de su propia familia y de las instituciones o redes de apoyo.
- Se debe considerar realizar trabajos de tipo cuasi-experimental y pre experimental con la finalidad de poner en práctica programas, talleres y sesiones educativas brindando la oportunidad de ampliar el conocimiento y disipar dudas en el adulto mayor logrando su participación y compromiso con el cuidado de su propia salud.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Quispe Arones Vilma. Efectividad de un Programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC-diciembre, Lima-Perú. 2006
- 2.- Bazo M. T. (1992) *La ancianidad del futuro*. Fundación Caja de Madrid.1997. Barcelona, SG Editores S.A.
- 3.- Ana Maribel, arce Roca, Ana María, Salazar García, Jenny Rosario, Lizárraga Pecho. Maltrato familiar en el adulto mayor en 2006
- 4.- Daichman L. (2000) "*Imágenes sobre la vejez*". Rev. Vivir en plenitud. N° 53
- 5.- Casto Valencia Tatiana. Tesis "Vivencias de adultos mayores en torno al clima familiar cuando se es viejo" Distrito Federal México. 2007
- 6.- Enciso y Quiroz Yamileth "Factores Bio-socioculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente adulto mayor hipertenso en el Hospital del Sur de Colombia-2006".
- 7.- Hernández Zamora Zoila Edith, Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA 2000.
- 8.- Enciso Quiroz Factores bio-sociocultural y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso, 2006, disponible en: <https://www.facebook.com/diare.enciso>
- 9.- Rivas,Vargas Luisa : "Efectividad de la enseñanza a pacientes ancianos con afecciones inmovilidad, utilizo para ello el diseño experimental, este trabajo se llevó a cabo en los Servicios de Medicina del Hospital Central de Aeronáutica 2009
- 10.- Guías de Programas para Adultos Mayores; disponible en: <http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/healthy/guias.pdf>
- 11 .- Tipos de conocimiento disponible en: <http://es.slideshare.net/Blacksoul/tipos-de-conocimiento>
- 12.- <http://es.scribd.com/doc/20297780/Situacion-Actual-de-La-Persona-Adulta-Mayor-en-Colombia>

13.- <http://www.envejecimiento.mx>

14.- Ann Marriner-Tomey.- Modelos y teorías de Enfermería Editor /
Editora: Martha Raile Alligood-2007

15.-Mónica mora, delia Villalobos, Gerardo Arava y Antonieta ozois .perspectiva
subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor diferencias ligadas al
género y a la práctica de la actividad física recreativa .setiembre 2004.

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

título	Problema principal	Objetivo principal	hipótesis	variables	indicadores
<p>“INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO MI SALUD“ EN EL CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL SECTOR JOSÉ OLAYA, COMITÉ DE AGENTES PROMOTORES Y COMUNALES DE APOYO A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR CHICLAYO 2013”</p>	<p>¿Cómo influirá el programa educativo “Cuidando mi salud“ en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2012-2013?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la influencia del influirá el programa educativo “Cuidando mi salud“ en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013 ▪ Identificar las características socio demográficas (edad, grado de instrucción, y familia) de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor CHICLAYO - 2013. ▪ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de 	<p>Ha.- El programa educativo “Cuidando mi salud“ influye en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013</p> <p>Hº- El programa educativo “Cuidando mi salud“ no influye en el conocimiento de auto cuidado del adulto mayor del sector José Olaya, del comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2013</p>	<p>Variable Independent e: Programa educativo</p> <p>Variable Dependient e: Nivel de conocimiento</p>	<p>Cuidados personales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aseo personal - Problemas al vestirse - Alimentación en el adulto mayor - Monitoreo: <ul style="list-style-type: none"> . Trastornos del sueño . Incontinencia urinaria . Caídas . Depresión <ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo

		<p>apoyo a la salud del adulto mayor CHICLAYO 2012-2013, antes de aplicar el programa educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los adultos mayores del sector José Olaya, comité de agentes promotores y comunales de apoyo a la salud del adulto mayor Chiclayo 2012-2013, después de aplicar el programa educativo 			
--	--	---	--	--	--

