



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE
CUIDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DIRIGIDO A
LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD-
BREÑA- LIMA 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: MORALES MEJIA, ANA JASMIN.

LIMA - PERÚ

2017

**“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE
CUIDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DIRIGIDO A
LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD-
BREÑA- LIMA 2014”**

DEDICATORIA

A Dios por ser siempre el que guía mis pasos y mi mejor amigo en el que estoy segura siempre podre confiar.

A la Universidad Alas Peruanas por haberme brindado todos los conocimientos trasmitidos por sus prestigiosos docentes los cuales hicieron de nosotras unas grandes personas y profesionales de servicio.

AGRADECIMIENTO

A los familiares y pacientes adultos mayores por su colaboración en la realización del trabajo de investigación y por la confianza que pusieron en mi para poder aplicar el instrumento.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la efectividad de la Intervención Educativa sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña Lima -2014. Es un estudio de tipo aplicativo, de corte transversal y de diseño Pre-experimental. Entre sus conclusiones tenemos: La intervención educativa es efectiva en el conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor ya que un porcentaje significativo de los familiares incrementaron sus conocimientos sobre los cuidados al adulto mayor. Hubo un incremento significativo en el conocimiento y solamente en un mínimo porcentaje 17%(4) no se incrementó debido tal vez a que no asistieron puntualmente a la sesión programada. 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 familiar de la muestra alcanzaron puntajes altos.

El nivel de conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor después de la intervención Educativa fue alto y regular.

Palabras claves: Intervención educativa y adultos mayores.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effectiveness of the educational intervention on the care of the elderly dependent on relatives who go to the health center - Breña – Lima 2014. It is an application-type, cross-sectional and pre-experimental design study. Among their conclusions we have: The educational intervention is effective in the knowledge about the care of the older adult since a significant percentage of the relatives increased their knowledge about the care of the elderly. There was a significant increase in knowledge and only a minimum percentage of 17% (4) was not increased, perhaps because they did not attend the scheduled session on time. 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 family members in the sample reached high scores.

The level of knowledge about elder care after the educational intervention was high and regular.

Keywords. Educational intervention and older adults.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	i
RESUMEN	ii
ABSTRAC	iii
ÍNDICE	v
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	22
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variable	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	30
2.5.2. Definición operacional de la variable	31
2.5.3. Operacionalización de la variable	32
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	33
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	34

3.3. Población y muestra	34
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	35
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	36
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	37
CAPÍTULO V: DISCUSION	50
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La participación del cuidador familiar como agente de autocuidado dependiente, en este estudio, ocurre principalmente durante el proceso de la alimentación. De esta manera, más del 80% de los cuidadores familiares acompañó al Adulto Mayor durante sus horarios de comida, período de gran importancia para mantener el estado nutricional óptimo del paciente. Lo anterior cobra importancia puesto que se ha demostrado que la hospitalización resulta ser un factor negativo para el estado nutricional del paciente Adulto mayor (1).

Por otra parte, los cuidadores ayudan al paciente en los procesos de eliminación, alimentación, pero esta también puede ser la tarea de muchos familiares, el cuidador muchas veces menciona que los familiares vean estos cuidados como una obligación que enmarca pesadez hasta fastidio.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de la población de adultos mayores, obedece a profundas transformaciones demográficas que ha experimentado el país. Por una parte, la disminución del crecimiento de la población y, por otra, el creciente envejecimiento de las estructuras por edad.¹

En la actualidad se toma en cuenta el incremento estadístico de las personas adultas mayores en el país, propiciando la necesidad de poner mayor atención a nuestra población adulta mayor, ya que últimamente se está observando que el envejecimiento de las personas es muchas veces visto por la sociedad e incluso la familia como un problema que origina incapacidad y no como una etapa fisiológica que debe ser considerada con respeto y dignidad y que pertenece a una familia y que está inserto en una comunidad ⁽²⁾.

Teniendo en cuenta que el envejecimiento de la poblaciones es un fenómeno mundial que está adquiriendo cada vez mayor importancia, se consideran las proyecciones actuales las cuales nos indican que para el año 2025 los países latinoamericanos tendrán un 10% o más de

población mayor de 64 años lo cual tiene grandes implicancias en lo político, económico y social por las necesidades que este grupo solicita.³

Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los adultos mayores de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración. En Chile cerca de un 7% de los ancianos se encuentran postrados.

En América Latina, según proyecciones del Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR) de Brasil la población de adultos mayores pasara de 23.3 millones de personas en 1980, a 96.9 millones en el 2025. Colombia cuenta hoy con 2.651.999 personas entre los 65 y 98 años de edad, lo que corresponde al 6.3% de la población total según CENSO DANE del 2005 dato que permite considerar que nuestro país también vive un proceso de envejecimiento de su población. La pirámide poblacional se invirtió y los adultos mayores sufren cambios; los cuales producen un descenso biofisiológico, incluyendo transformaciones de su situación social, cultural y económica que están relacionadas con las enfermedades crónico-degenerativas, lo que hace que el paciente se haga dependiente del cuidado de otras personas; por esta razón es fundamental que el profesional de enfermería apoye a la familia cuidadora para desarrollar la habilidad de cuidado y lograr una vida con calidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) se considera adulto mayor de 60 años. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica.

En el Perú este grupo etario va en incremento, de un 7% de la población total en 1993, a un 11% que se pronostica para el 2020, según datos del INEI.

La seguridad del paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

La práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos, como es previsible, aumentan. En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un efecto adverso (EA). Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. Muchos de estos efectos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes.

En el Perú la población mayor de 60 años es aproximadamente el 7.54%, proyectándose a un crecimiento del 12.6% para el años 2025. Es por ello que el apoyo que reciben de familiares allegados, es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estos sujetos. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa en ese sentido, además de contribuir a la economía de recursos en la atención geriátrica, y evitar gastos por conceptos de ingresos hospitalarios.

Asimismo, en el orden social la mencionada educación es muy ventajosa, como lo demuestra la ya conocida interrelación existente entre la salud del individuo y los factores sociales. El aislamiento, incomodidad, dificultades ambientales para realizar algunas actividades, la ausencia de

familia y vecinos que ofrezcan ayuda son factores que abarcan la dependencia.

El adiestramiento a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente los pondrá en condiciones de brindarle con la efectividad necesaria el imprescindible y vital apoyo.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad de las intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el conocimiento sobre los cuidados al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, antes de la intervención Educativa?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión alimentación al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención Educativa?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión movilización al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención Educativa?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión higiene y confort al adulto mayor dependiente de los familiares

que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención Educativa?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivos generales

Establecer la efectividad de la intervención educativa sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento sobre los cuidados al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, antes de la intervención educativa.
- Identificar el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión alimentación al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención educativa.
- Reconocer el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión movilización al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención educativa.
- Identificar el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión higiene y confort al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención educativa.

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La esencia de la enfermería es “cuidar”, lo que implica también entregar herramientas a las personas y sus familias para que se cuiden a sí mismos, tomando en cuenta y respetando sus propias creencias y conocimientos del acto de cuidar, considerando al binomio paciente-familia como una sola unidad. Hay que decir que parte de las intervenciones de la enfermería consisten en dar la oportunidad de participación a la familia en el cuidado de su pariente enfermo, teniendo en consideración que será precisamente ella la que continuará con los cuidados en el hogar. Mi investigación tiene como fin poder la evaluación de intervención ya que son esenciales para determinar los resultados. La evaluación del programa no solo permitirá intercambiar información sobre su eficacia, sino que también ayudara a determinar si el programa es apropiado para la población considerada, si existen problemas en la puesta en práctica.

En la actualidad el adulto mayor representa una población emergente en la demografía peruana, proyectándose a un crecimiento de 12.6% de la población total para el año 2025 y en vista que falta la implementación de servicio especializados en esta área; agregando así que la mayoría de cuidadores no están debidamente capacitados, ante lo descrito anteriormente decidimos indagar las causas de esta realidad y preguntarnos: ¿Existen programas o servicio especializados para la atención del adulto mayor dependiente?. ¿Será importante educar al cuidador para que este brinde un mejor cuidado? ¿Por qué los cuidadores no participan activamente en los cuidados del adulto mayor dependiente?, ¿la educación que imparta la enfermera ayudara a mejorar los cuidados que brinde el cuidado al adulto mayor dependiente?

Por lo antes mencionado, he creído conveniente realizar el presente estudio de investigación a fin de promover la realización de programas

educativos para los cuidadores del adulto mayor y que sean monitorizados continuamente por el profesional de enfermería, ya que las personas que cuidan al adulto mayor sean estos cuidadores familiares o mismos profesionales de salud deben tener conocimientos básicos para mejorar la calidad de vida de estos.

Los datos estadísticos nos demuestran que la población está pasando por una transición demográfica, representando en la actualidad el 7.54% de los Adultos Mayores proyectándose para el año 2025 a un 12.6% del total de la población, es por ello que el profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario tiene que velar para que el adulto mayor reciba una atención de acuerdo a sus características. Por otra parte la Enfermera tendrá que estar en la capacidad de crear programas sobre el cuidado a los adultos mayores en los diferentes niveles de atención los cuales deberán ser impartidos al cuidado familiar o profesional de salud para mejorar la calidad de vida; por esta razón nace la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación.

Como conclusión mi propósito del estudio se orienta a promover que las instituciones promuevan programas de capacitación continua a los cuidadores del adulto mayor, impulsar a que el profesional de enfermería pueda ser agente innovador en la implementación de estas estrategias, garantizando la participación activa y efectiva de los cuidadores en la atención del adulto mayor postrado.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación no son extrapolables a otra población que no reúna los mismos requisitos (criterios de inclusión).

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1. Antecedentes Internacionales

González, A. y Vázquez, Y. en Cuba, en el 2009, realizaron un estudio descriptivo para caracterizar la participación familiar y la relación profesionales de la salud y Apoyo Familiar, en los cuidado, básico del adulto mayor y en este estudio en 153 familias de pacientes adultos mayores con padecimientos diversos pero el más frecuente son hipertensos, reportando que la deficiente interrelación profesionales de salud, familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo familiar deficiente por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial. Además, determinaron que existen necesidades educativas importantes en la familia para ofrecer un apoyo eficaz a estos pacientes ⁽⁷⁾.

Marín, F y Rodríguez, M. México, en el 2010, en su investigación sobre Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial en pacientes adultos mayores(HAS), en 80

personas que tuvieron diagnóstico establecido de HAS, 40 pacientes en cada grupo, considerando como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento, donde se determinó que el 77,5% de pacientes con apego tenían control de la presión arterial y 27,5% sin apego, también. El apoyo familiar que recibían los pacientes fue significativamente mayor en los casos, 74.1 ± 7.1 puntos versus 52.0 ± 8.5 puntos en los controles, $p < 0.0002$, 29 (72.5%) pacientes con apego y 12 (30%) sin apego tuvieron apoyo familiar, (RM 6.1; IC 95% 2.2-18.4, $p = 0.0003$). Diez pacientes (83.3%) en el grupo control y los 29 (100%) en el grupo de casos que recibían apoyo de la familia, percibían el apoyo que su(s) familiar(es) otorgaban ⁽⁸⁾.

La salud de la persona disminuye a medida que envejece, y así llega la edad adulta tardía o adulta mayor, este último periodo comprende, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la edad de 60 años en adelante, caracterizándose por una decadencia general del funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo, denominándolo proceso de envejecimiento, en el cual se suscitan diversos cambios propios a la edad que se traducen inclusive en patologías crónicas sino se ha llevado la práctica de estilos saludables ⁽⁸⁾.

El envejecimiento es un proceso irreversible que afecta de forma heterogénea a las células que conforman los seres vivos, las cuales con el paso del tiempo se ven sometidas a un deterioro morfo funcional que puede conducir las a la muerte. Según Kirkwood, los seres vivos han sido diseñados para reproducirse y posteriormente extinguirse, puesto que la evolución ha optado por favorecer la reproducción frente a la inmortalidad; de esta forma, una vez traspasado el umbral que deja atrás el período fértil de la vida, los seres vivos, y como tal el ser humano, inician un declive progresivo de todas sus funciones y capacidades con el consiguiente deterioro físico e intelectual ⁽⁹⁾

El envejecimiento es considerado como la sumatoria de varios factores, señalando a la fuerza genética primigenia como aquella que permite atravesar la vida siguiendo una trayectoria óptima previsible al concluir el crecimiento, los cambios ambientales y endógenos, la enfermedad, las presiones inherentes al estilo de vida, nutrición y errores metabólicos, serían limitantes del proceso de desarrollo y de la longevidad máxima potencial

Landriel, Eduardo Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social En la perspectiva actual de abordaje de la temática del adulto mayor se hegemonizan las discusiones en torno a los planteos del envejecimiento y los sujetos del mismo: los viejos. Sin embargo, el tema-problema debe ampliarse hacia un sesgo casi natural, instalándolo en y desde el ámbito de la familia. El alcance de considerables niveles en la calidad de vida de los adultos mayores, dependerá no sólo del alcance y cobertura de las políticas públicas, sino, fundamentalmente del lugar que le dispensen las actuales condiciones y posibilidades de las familias, cuestiones donde interjuegan el contexto, las concepciones de familia, las posibilidades de desarrollo, sus funciones y el desempeño de roles de sus miembros; además de condiciones materiales y simbólicas de existencia vital. En cierta manera, esto contribuiría a la integración de los AM, acompañados del establecimiento de una democratización solidaria de las estructuras familiares y sociales para con este grupo etario. Resulta esto posible en las actuales relaciones de reproducción y configuraciones sociodemográficas de la familia?. Es la familia el lugar de los afectos?, un ámbito de democracia?. Podemos pedir tanto de una institución que, siendo universal, al mismo tiempo está sujeta a tantas presiones y tensiones?. En el campo de estas respuestas se ubica la posibilidad de intervención del Trabajo Social gerontológico, o socio gerontología ¹⁰

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Rivas, 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 Aeronáutica, 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 chequeos.¹¹

Montenegro Saldaña L, Salazar Roque C, De la Puente Olortegui C, Gómez Sarapura A, Ramírez Aranda E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Médica Peruana 2009; 26(3): 169-174. Fue un estudio que considero entre los problemas sociales la falta de apoyo de la familia donde se encontró una marcada dejadez de parte de los hijos del adulto mayor encontrando que mayor voluntad de suplencia demostraban las parejas de los adultos mayores a pesar de su avanzada edad.⁷

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. Intervenciones educativas

La intervención educativa tradicional en el grupo control se caracterizó por las estrategias comunicativas de tipo informativo, con el apoyo de medios audio-visuales que permitían el intercambio de ideas.

Instrumento de aprendizaje que de manera didáctica enseña un tema específico, se basa en la comunicación que se da entre un emisor y el receptor, permite la participación activa de la familia,

que lo lleva de un conocimiento a otro, en forma secuencial y progresiva.

Tiene como ventajas elevar el nivel de aprendizaje, incrementando los conocimientos, otra ventaja se reduce notablemente el tiempo de instrucción, obteniendo una reacción favorable de parte de los cuidadores y se va a lograr la participación activa del cuidado al requerir su reacción frecuente ante cada etapa de la información.

El proceso educativo participativo se caracterizó por:

- a) El interés en los procesos y efectos
- b) La consideración del educando como un sujeto crítico y creativo.
- c) La búsqueda del desarrollo de las habilidades y capacidades naturales del sujeto para transformar la realidad individual y social.
- d) La comunicación a través del diálogo, el intercambio de ideas y la comparación de acciones entre los participantes.
- e) La utilización de técnicas de educación y participación comunitarias.
- f) La incorporación de la relación de los objetivos informativos y formativos.

Fines de las intervenciones educativas:

- 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 paciente.
- Promover un medio por el cual los cuidados puedan mejorar constantemente la calidad de sus cuidados y al mismo tiempo mantenerse al día con el avance de nuevos conocimientos.

Importancia de las intervenciones educativas

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

2.2.2. El cuidador y la capacitación continúa

- **Cuidador:** Es la persona que brinda servicios de apoyo al adulto mayor postrado, tiene como objetivo primordial favorecer la autonomía y lograr la permanencia en el medio social, el mayor tiempo posible y conveniente, mediante la capacitación a través de cursos teóricos y prácticos de formaciones didácticos a cargo del profesional de enfermería previamente capacitado, para brindar atención básica al adulto mayor dependiente. Las personas que cuidan pueden ser familiar como no familiares (profesionales de salud).

El cuidador debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido.

- **Capacitación continua:** La capacitación continua de los cuidadores es importante para que se actualicen, profundicen y amplíen su bagaje de conocimiento en la atención al adulto mayor y mejoren su calidad de vida.

2.2.3. Familia y adulto mayor

La familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio. Emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización

2.2.4. Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno universal, donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, consecuencia de los cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influida tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo. El proceso de envejecimiento se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo que se manifiesta con el deterioro progresivo e irreversible del organismo hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno, pero estos

cambios no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómico-fisiológicas normales.

2.2.5. Clasificación del adulto mayor

- **Persona adulta mayor auto Valente:** Es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: comer vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tales como: cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- **Persona adulto mayor frágil:** Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a la morbimortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- **Persona adulto mayor dependiente:** Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que un 5% de personas mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Dimensiones del adulto mayor como persona

- **Biológicas:** Se consideran los cambios de fisiológicos a nivel celular, y tisular, que envuelve una serie de cambios

químicos y fisiológicos, que causan declinación funcional del adulto mayor. Estas deficiencias se hacen aparentes cuando el cuerpo está fisiológicamente bajo estrés; por ejemplo enfermedad aguda o crónica, ejercicio fatigante, exposición a temperaturas extremas, etc.

- **Psicológicas:** Comprenden las modificaciones sobre la percepción de sí mismo a consecuencia de los cambios en el proceso del envejecimiento, que influyen en su rendimiento intelectual, que disminuye con la edad, la tendencia a la minusvalía, se da porque no ejerce sus actividades laborales como lo hacía o inicia cualquier enfermedad, también la lejanía o muerte de los familiares o amigos, dejándolos en la soledad; todo ello conlleva a actuar al anciano en forma aislada, llamándolos en algunos casos renegones, otros se muestran tristes, pasivos, pesimistas sienten que sus valores no cuentan para los demás, haciéndolo vulnerable a trastornos en su estado mental.
- **Social:** A medida que las personas envejecen, se ven obligadas a aprender nuevas formas de superar las actividades y demandas de la vida diaria, la presencia de enfermedades asociadas a las alteraciones de la memoria, otras pérdidas sensoriales, o de todas ellas, hacen que resulten más difícil la adaptación al envejecimiento, ocasionando actitudes depresivas, aislamientos (disminuyendo la capacidad para interactuar con los demás y con el medio familiar que lo rodea, este apoyo familiar representa el soporte fundamental que le permitirá al anciano estimularle positivamente para su rehabilitación; También influye en el anciano la actitud de indecisión respecto al futuro, señalando en algunos casos que dicha

expectativas es mala, por lo cual siempre buscan las conversaciones sobre tiempos pasados, experiencias vividas, etc.

2.2.6. Calidad en el cuidado de enfermería

El cuidado de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad y la salud, esta actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado, para ello la enfermera debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida.

La función de enfermería es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente A.M, así como apoyarlos a integrarse a una vida útil, este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadios de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia. La enfermera participa en el cuidado de las necesidades del adulto mayor, como definía F. Nightingale en el siglo XIX “Esta ayuda incluye el cuidado del entorno creando las condiciones para que el organismo reaccione positivamente ante el daño”.

Estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectara al ser humano como un todo, así por ejemplo la falta de conocimiento, ignorancia sobre acontecimiento de su estado de salud, crea una incertidumbre, inseguridad y ansiedad; por lo tanto la enfermera debe poseer habilidades y destrezas que permitan al adulto mayor verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad, a través de una relación humana que genere confianza y empatía, permitiendo a la

enfermera conocer al paciente adulto mayor a quien brindará su cuidado y esta persona acepte, participar del cuidado que recibe y se empodere del saber de cuidarse así mismo, siendo el cuidado de enfermería un proceso mental que se expresa a través de sus acciones, palabras, actitudes, y aplicación de técnicas propias. Podemos concluir entonces que los cuidados de enfermería basados en la calidez y la cercanía es la herramienta vital que nos permitirá el desarrollo profesional en la sociedad.

2.2.7. Necesidades humanas básicas según Virginia Henderson

Virginia Henderson, nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó como Enfermera Docente en 1921 en la Army School of Nursing de Washington. En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale.

Henderson define a la persona principal objeto de los cuidados de enfermería, también define a la salud, el entorno y a la enfermería.

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

2.2.7. Teóricas que dan sustento a la investigación

Dorotea Orem

La familia se reconoce como la principal dispensadora de cuidados. Según Orem, se considera agente de cuidado dependiente cuando otro, en este caso la familia, asume la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas del enfermo. Basado en el Modelo Conceptual de Orem, este estudio se centra en la familia cuidadora e investiga la

participación de ésta en la satisfacción de cinco requisitos de auto cuidado universal de los Adulto Mayores hospitalizados.

La esencia de la enfermería es “cuidar”, lo que implica también entregar herramientas a las personas y sus familias para que se cuiden a sí mismos, tomando en cuenta y respetando sus propias creencias y conocimientos del acto de cuidar, considerando al binomio paciente-familia como una sola unidad. Hay que decir que parte de las intervenciones de la enfermería consisten en dar la oportunidad de participación a la familia en el cuidado de su pariente enfermo, teniendo en consideración que será precisamente ella la que continuará con los cuidados en el hogar.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Virginia Henderson - 14 necesidades

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Atención de necesidades básicas en el adulto mayor postrado.

Madeleine Leninger.

La teoría de la transculturalidad aporte realizado por la enfermería transcultural la cual nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de los familiares de los adultos mayores y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas y con ello tener una base o el tipo de personas al cual va dirigida nuestra acciones educativas.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **La actividad**

Es indispensable para mantener o aumentar la capacidad de cualquier órgano o sistema, ya sea el cerebro, los músculos o el sistema circulatorio. La inactividad psíquica puede llevar a deterioro intelectual y depresión; la inmovilidad física puede causar atrofia muscular, dolor y deformación de las articulaciones, trombosis venosas en las piernas, osteoporosis y otras complicaciones.

Para evitar esas complicaciones se recomienda que el paciente sea lo más activo posible.

En primer lugar nos referiremos a actividades físicas y luego a actividades mentales.

- **Actividades Físicas**

Desde el punto de vista físico, el paciente debería levantarse a diario; si no es capaz de caminar, debe levantarse a una silla; y sólo en última instancia permanecer en cama día y noche. Si se levanta (de pie o en silla), debe colaborar en su cuidado personal (aseo, alimentación, vestuario); y realizar ejercicios. El ejercicio es útil para los músculos y las articulaciones, para la atención y concentración, y por la sensación de bienestar que puede proporcionar. Puede realizar flexiones y extensiones de las extremidades y del tronco, y evitar la tendencia a encorvarse. Para mover los brazos con amplitud puede tomar un bastón con las manos y moverlo con los brazos extendidos hacia arriba y abajo, de derecha a izquierda; también podría jugar a recibir y arrojar una pelota. Para las piernas, además de caminar, si está de pie es útil realizar flexiones apoyándose en un mueble firme;

si está sentado, extenderlas y levantarlas y llevarlas de derecha a izquierda, tal vez con un peso en el pie.

- **Cuando el paciente está sentado**

El anciano asiento debe estar cómodo, pero es deseable que sostenga el tronco de un modo activo y no se deje caer en los brazos de un sillón. Puede ser necesario usar elementos de ayuda: cabestrillos (para sostener un brazo paralizado), soporte torácico (como cincha para sujetar al paciente a la silla si no sostiene el tronco), respaldo alto

Estando en silla, puede apoyarse en las manos para levantar las nalgas del asiento; extender e1 tronco; levantar y mover las piernas; girar la cabeza en diversos sentidos. Finalmente, son útiles los ejercicios respiratorios, especialmente hacer intentos por expulsar todo el aire de los pulmones.

- **Si permanece en cama**

Se recomienda realizar cambios de postura cada dos horas, para evitar la formación de escaras (ver cuidado de la piel). Debe realizar ejercicios activos: imitación de caminata o trote, extender o flexionar el tronco, levantar la cabeza o apoyarla con fuerza en la almohada para elevar el tronco, mover los brazos con o sin un peso. También puede hacer ejercicios isométricos (apretar y soltar los músculos de las extremidades y del tronco sin moverlos). Muchas de estas actividades pueden presentarse en forma de juego, para que despierten el interés del paciente y permitan una interacción con el acompañante. Además se sugiere utilizar medias o vendas elásticas en las piernas, para evitar las trombosis venosas. Las vendas se colocan desde el pie a la pantorrilla, sin apretar demasiado, y se sueltan 30 minutos cada 6

horas. Si tiene una mano paralizada, se evita la deformación en garra (empujada) colocando en la palma un rollo de papel confort. Si tiene un brazo paralizado debe levantarlo con el sano varias veces al día; esto impedirá, la rigidez y dolor del hombro inmóvil y servirá como ejercicio para el brazo sano. También se debe evita el pie equino (caído) usando un apoyo que lo mantenga en 90°.

- **Cuando el paciente está comenzando a levantarse**

Después de permanecer en cama varios días es necesario hacerlo de un modo paulatino. Puede presentar debilidad muscular que le impida sostenerse o bajas de la presión arterial con tendencia al desmayo. Para evitar la baja de presión se comienza por sentarlo al borde de la cama con los pies apoyados en el suelo o una silla. Debe extender los brazos hacia atrás apoyando las palmas de la mano en la cama incluso el brazo Paralizado si tiene una hemiplejia para sostener mejor el tronco. Inicialmente este ejercicio dura sólo uno o dos minutos pero debe repetirse 10 o 15 veces al día. Paulatinamente, en varios días, debería ser capaz de sostener el tronco sin mareos ni agotamiento. Solo cuando tolere esa posición valdrá la pena trasladarlo a una silla o intentar ponerlo en pie.

- **Las condiciones ambientales**

Son importantes. La habitación debe ser tranquila, iluminada, aireada, con temperatura agradable. Debe contar con estímulos, especialmente compañía y cariño de su familia y sus cuidadores.

La música o la televisión, si no es capaz de atender a ellas, son más una distracción para el cuidador que para el paciente.

- **Cuidados específicos en adultos mayores postrados**

Con respecto a los cuidados específicos del adulto mayor postrado, revisaremos aspectos fundamentales la actividad y capacidad funcional, el cuidado de la piel, y la alimentación y evacuaciones. Además haremos algunas recomendaciones para la persona que lo cuida.

- **Actividades Mentales**

El paciente debe usar la atención, la memoria, la imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado de ánimo y su capacidad mental.

Para que use la memoria es útil repasar los sucesos de su vida, tal vez con ayuda de fotos, o las noticias del día; preguntarle (y recordarle) lo sucedido ayer, o pedirle información sobre sus familiares.

La imaginación se puede ejercitar si se le pregunta qué espera del día actual, cuál es su opinión sobre cierto tema, cómo cree que se podría solucionar algún problema. Durante

Estas conversaciones deben hacerse frecuente referencia a la fecha y circunstancias presentes, para favorecer su orientación. Las reflexiones deben tener un acento optimista, haciéndole presente los aspectos positivos y no los negativos de su situación. Si se logra hacerlo reír debemos felicitarnos.

También pueden ser útiles para la atención, la memoria y el ánimo algunos juegos (dominó, Cartas, juegos de memoria o de atención), la música o el canto, la colaboración en algunas tareas domésticas o los ejercicios indicados por los especialistas en rehabilitación.

A cada uno de los visitantes puede pedirse que colabore en alguna actividad. Muchas veces los familiares o amigos se sienten estimulados a volver si pueden ayudar al paciente, por eso es importante pedir su colaboración.

- **Cuidado de la piel.**

La piel del adulto mayor en cama está expuesta a escaras, infecciones y quemaduras.

Úlceras por decúbito

El término de las alteraciones de la piel relacionado a la prolongada estadía en cama se llama úlcera por decúbito y cuando esta afección se torna de color negro es decir de tejido necrótico se llama escara.

Las escaras son uno de los principales riesgos del adulto mayor en cama. Son lesiones debidas a la falta de circulación cuando la piel queda comprimida entre el colchón y una prominencia ósea durante un período prolongado. La falta de circulación causa la muerte del tejido, y éste se desprende dejando una úlcera, que con frecuencia se infecta. Los factores predisponentes son la inmovilidad, la desnutrición, la pérdida de sensibilidad o conciencia cuando existe un daño cerebral. También influye la mala circulación, como puede verse en diabéticos, y la pérdida del control de esfínteres.

Los sitios vulnerables para la formación de escaras son los talones, cara interna de rodillas, caderas, sacro, codos, etc.

Para prevenir las escaras lo más importante es evitar la inmovilidad. Si el paciente está postrado, deben hacerse cambios de postura cada dos horas. Puede ser colocado de espaldas, de lado o boca abajo. En

cada postura debe evitarse que las extremidades o la cabeza queden en posición incómoda, que los talones se compriman contra el colchón (con almohadilla en los tobillos), que las rodillas se compriman una contra otra si está de lado. Los pies deben mantenerse en 90° con algún apoyo y para evitar que las frazadas los presionen pueden usarse alzas de ropa. Si está boca abajo el tronco debe colocarse sobre una almohada.

Los cambios de posición deben complementarse con la protección de las zonas vulnerables, usando rodajas, protectores de codo, almohadillas, taloneras, vendas en los pies.

Los colchones anti escaras evitan en parte la necesidad de cambiar la posición cada dos horas. Los más eficaces son de flotación en aire alternante con motor o de agua.

Además se recomienda mantener la piel limpia y seca, especialmente en los pliegues. Si se observa una zona enrojecida o ampollada, podría llegar a escararse y debe protegerse con más cuidado. La sábana debe estar bien extendida y limpia, ya que las arrugas u objetos extraños pueden erosionar una piel frágil. Esta piel puede lubricarse haciendo fricciones con alcohol-glicerina al 50% dos veces al día, especialmente en las zonas de apoyo.

- **Infecciones de la piel**

Las infecciones pueden asociarse a las escaras y en esos casos su prevención es similar, otras veces se deben a desaseo, especialmente en los pliegues (mamas, región inguinal, escroto) de pacientes obesos o diabéticos.

Según su naturaleza, además del aseo (con jabón o con emulsiones limpiadoras) deben usarse cremas o pomadas con antibióticos.

- **Quemaduras**

Las quemaduras son más frecuentes en pacientes con trastornos de la sensibilidad o de conciencia. Las causas más frecuentes son: bolsas de agua caliente en contacto con la piel, estufas muy cercanas, a veces un cigarrillo, También pueden quemarse con un baño demasiado caliente.

- **La nutrición**

Incluye el aporte de alimentos y de líquido. Los adultos mayores pueden sentir poca sed y se deshidratan con facilidad; el calor, la fiebre o los diuréticos también pueden deshidratar. Los líquidos deben administrarse con el paciente sentado y en pequeña cantidad cada vez. La cantidad diaria debe fluctuar entre 1,5 y 2 litros, incluyendo el líquido de las comidas. Puede restringirse después de cenar para disminuir la orina durante la noche.

Si se alimenta por boca es importante la buena presentación y el sabor; la hora de comida puede ser uno de los pocos agrados de un AM postrado. La administración debe ser precedida y seguida de aseo oral y de las manos, y siempre que sea posible el paciente debe estar sentado. La alimentación debe ser suficiente y balanceada; si parece insuficiente puede complementarse con vitaminas. Debe recibir bastante fruta y verdura, que aportan fibra y junto al líquido evitan la estitiquiez y las infecciones urinarias.

Muchas veces- el paciente tiene dificultades para tragar. En esos casos la alimentación debe ser fraccionada y de consistencia blanda,

administrando alimentos molidos o papillas en vez de alimentos sólidos. Si se atora con los líquidos estos pueden ser espesados (chuflo) o reemplazados por jaleas. Si no traga bien y existe riesgo de aspiración de alimentos hacia los bronquios, puede colocarse una sonda.

- **El cuidado de la boca**

Está destinado a prevenir lesiones e infecciones. Debe hacerse un aseo cuidadoso después de cada comida, con un cepillo suave y flexible. El cepillado debe ir de la encía al borde del diente, para arrastrar los restos de alimento.

Pueden agregarse enjuagatorios con clorhexidina al 1 %. Si usa prótesis deben asearse cuidadosamente todos los días. También debe evitarse la sequedad de la boca dando bastante líquido y protegiendo la mucosa oral con glicerina o miel de bórax.

- **Manejo vesical e intestinal**

Un adulto mayor puede presentar incontinencia de orina o deposiciones, con maceración e infecciones de la piel. También puede presentar estitiquiez y retención de orina con molestias e infecciones urinarias.

Si es posible, debe llevarse al sanitario todos los días para que obre. Si obra en cama. A veces puede hacerlo en una "chata"; otras veces debe usar pañales y ser aseado cada vez que sea necesario.

La estitiquiez puede evitarse con fibras, abundantes líquidos y a veces laxantes. Solo ocasionalmente se necesita recurrir a enemas o extracción manual de deposiciones impactadas.

En caso de incontinencia de orina debe recordarse que la sonda vesical (Foley) siempre causa infecciones. Por eso se recomienda en el varón el uso de "pato", un recolector urinario o pañal para adultos.

En la mujer se usa pañal; también se le puede colocar la chata de vez en cuando, para que orine sin mojar el pañal. Un hule debajo de la sábana protege el colchón, por si fallan las medidas ya mencionadas.

Si hay retención de orina se hace cateterismo (extracción de orina con sonda) varias veces al día. No es necesario usar material estéril, pero la sonda debe estar muy limpia y hervida antes de cada procedimiento.

2.4. HIPOTESIS

H^a- Es efectiva las intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014.

H^o- No es efectiva las intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014.

2.5. VARIABLE

2.5.1. Definición conceptual de la variable

- Variable dependiente: Intervenciones educativas
Son las acciones de enseñanza- aprendizaje dividido sobre: Necesidad de Alimentación, Higiene, Movilización. Donde la enfermera imparte la educación al cuidador mediante metodología participativa: exposición explicativa,

demostrativo, acompañado de un manual escrito de los puntos más importantes.

- Variable dependiente: conocimientos sobre cuidados
Es la información adquirida sobre los cuidados del adulto mayor teniendo en cuenta las limitaciones. La medición será en la valoración de Alto, medio y bajo.

2.5.2 Definición operacional de la variable

- **Intervención Educativa:** Estrategia donde se organizan las actividades de enseñanza – aprendizaje sobre medidas en la valoración de efectiva y no efectiva.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDICION
INTERVENCIÓN EDUCATIVA	Intervención educativa sobre el Cuidado en la alimentación	Alimentación adecuada para su edad Alimentación adecuada para su patología de salud Cantidad y calidad	NOMINAL	Efectiva No efectiva
	Intervención educativa sobre el Cuidados en la movilización	Cambio de posiciones Masajes		
	Intervención educativa sobre el Cuidados en la Comodidad y confort	Cuidado de la piel Cambio de posiciones según grado de dependencia Higiene		
CUIDADOS AL ADULTO MAYOR	Cuidados en la alimentación Cuidados en la movilización Cuidados en la comodidad y confort	Brinda alimentación, movilización e higiene según sus limitaciones	NOMINAL	Alto Medio Bajo

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

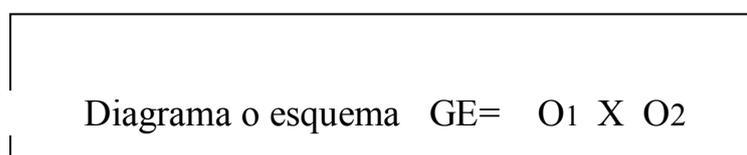
Por el tipo de investigación el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación de tipo aplicativo, de corte transversal prospectivo y de diseño Pre-experimental.

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 de la variable independiente. **Hernández (2006).**

Cuadro N° 2: Diagrama del Diseño Pre-experimental



Dónde:

GE = Es el Grupo Pre- Experimental.

X = Es el tratamiento experimental (La administración de la Variable

Independiente: La intervención Educativa).

O₁ y O₂ = Que constituye la Pre test la cual nos permitió identificar el conocimiento previos que tenían los familiares

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo se desarrolló en el Centro de Salud Breña que brinda atención, desarrolla actividades de atención integral de salud brindando al usuario acciones promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud, tiene importante participación en la formación de los profesionales de salud del nivel pre y post grado; así mismo brinda un apoyo necesario a la investigación científica y desarrollo tecnológico a través del campo clínico.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Estuvo constituida por 35 familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos) de adultos mayores dependientes, pertenecientes al centro de salud breña-2014.

Muestra: Fue de manera no probabilística e intencional a los 35 familiares de los pacientes evaluados funcionalmente con nivel 1 de grado de dependencia.

Criterios de inclusión

- Que estén cuidando al adulto mayor no más de 1 año
- Que no hayan recibido curso de capacitación.
- Que estén cuidado a personas mayores 65 años.

Criterios de exclusión

- Que no acepten participar en el estudio
- Que estén cuidado a un adulto Valente
- Que tengan una carrera profesional en el área.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento que a continuación se detallan:

1. Elaborar para identificar el nivel de conocimiento sobre la atención de necesidades básicas del Adulto Mayor Postrado. Cuestionario que comprendió los siguientes aspectos:

- Introducción.
- Instrucciones generales.
- Datos generales.
- Datos acerca de conocimientos sobre el cuidado de necesidades básicas.

Cada pregunta obtuvo el siguiente puntaje:

- Respuesta correcta: 1 punto.
- Respuesta incorrecta: 0 puntos.

El formulario consta de 24 preguntas, 5 consideran los datos generales del cuidador y por ende no tiene puntaje; las 19 restantes evalúan el nivel de conocimiento en tal sentido tienen puntaje que es acumulativo. Teniendo finalmente un puntaje mínimo de 0 hasta un máximo de 19 puntos, dichos rangos se realizaron de acuerdo al uso de eslabones.

0-5 PUNTOS= CONOCIMIENTO BAJO

6-11= CONOCIMIENTO MEDIO

12-19= CONOCIMIENTO ALTO

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La validez del contenido del instrumento se obtuvo a través de una base teórica, de un instrumento ya validado.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección y procesamiento de datos se solicitó el permiso y autorización de la Escuela Profesional de Enfermería.

Se les aplicó la intervención educativa mediante sesiones educativas programadas en fechas que se encuentren acompañando a su paciente adulto mayor. Se aplicó una entrevista inicial para conocer el grado de conocimiento y una entrevista final para verificar el resultado de la intervención.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

PERFIL SOCIAL DE LOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD “BREÑA” LIMA 2014

Perfil	F	F%
Tipo de familiar		
Esposos (a)	6	25
Hijos(a)	10	41
Hermanos(as)	4	17
Nietos (a)	4	17
Total	24	100,0
Grado de Inst.		
Primaria completa	10	41
Secundaria completa	6	25
Superior	8	34
Total	24	100

FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla: 1 se muestran el perfil social de los familiares de los adultos mayores, determinándose que según el tipo de familiar que más acompaña al adulto mayor se observa que el 41%(10) son los hijos(as) , seguido por su pareja es decir el esposo(a) unos años menor que el adulto mayor y un 17%(4) lo constituyen los hermanos y los nietos.

Con respecto al grado de instrucción el 41%(10) tiene Primaria completa, el 34%(8) tiene educación superior.

TABLA N° 2

**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS
CUIDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE EN LOS FAMILIARES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014**

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO	
	N	%
EFFECTIVO	20	83
NO EFFECTIVO	4	17
TOTAL	24	100

Análisis: Se evidencia que la intervención educativa es efectivo en el conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor en el 83%(20) familiares Es decir hubo un incremento significativo en el conocimiento y en 4 de ellos (17%) no es efectiva, porque el puntaje obtenido del pos test se mantuvo igual o menor que el pre test.

GRAFICO N° 2

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS CUIDADOS AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE EN LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014

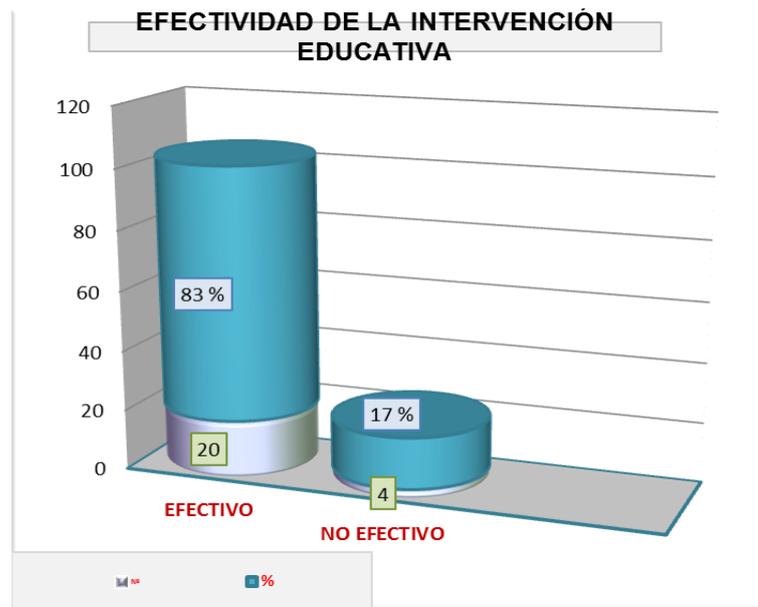


TABLA N° 3

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS AL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD- BREÑA - LIMA 2014, ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

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

Análisis: Se observa que el nivel de conocimiento sobre cuidados del adulto mayor dependiente en los familiares es de nivel regular en el 54%(13) seguido del nivel bajo en el 46%(11).

TABLA N° 3

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS AL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD- BREÑA - LIMA 2014, ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

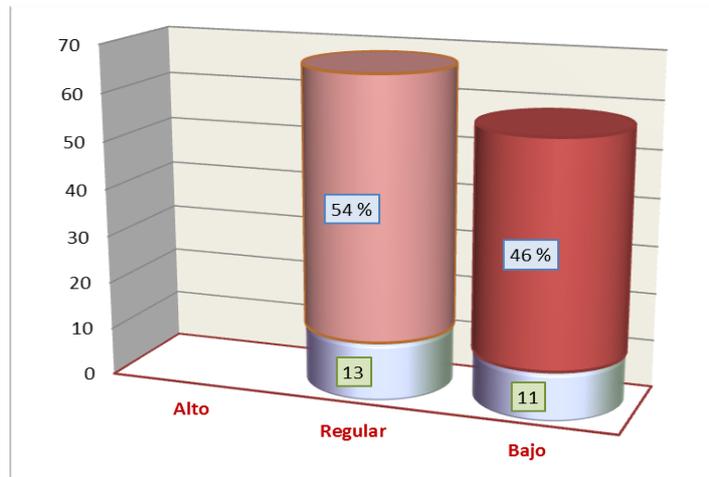


TABLA N° 4

CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014, DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

NIVEL	Grupo Pre-Experimental	
	N	%
ALTO	13	54
REGULAR	7	29
BAJO	4	17
TOTAL	24	100

Análisis: Se observa que el nivel de conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor en la dimensión alimentación después de la intervención Educativa es alta en el 54%(13) seguido del nivel regular en el 29%(7) y es bajo en el 17%(4).

GRAFICO N° 4

EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014, DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

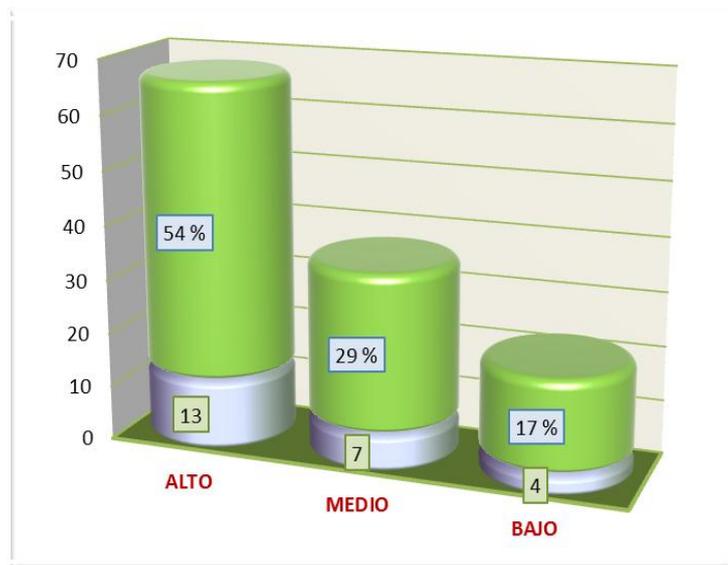


TABLA N° 5

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN
MOVILIZACIÓN AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA – LIMA 2014, DESPUÉS
DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

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 los cuidados del adulto mayor en la dimensión movilización después de la intervención Educativa es alta en el 62%(15) seguido del nivel regular en el 21%(5) y es bajo en el 17%(4)

GRAFICO N° 5

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN
MOVILIZACIÓN AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014, DESPUÉS DE
LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

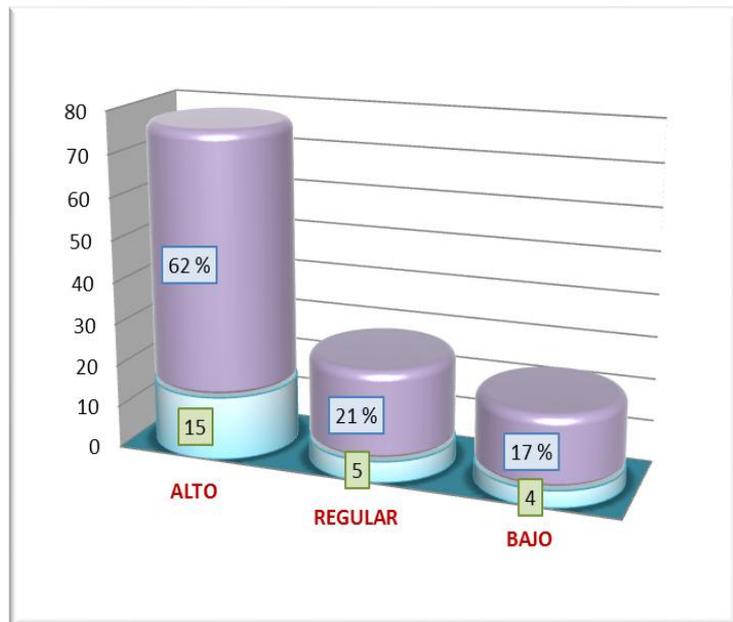


TABLA N° 6

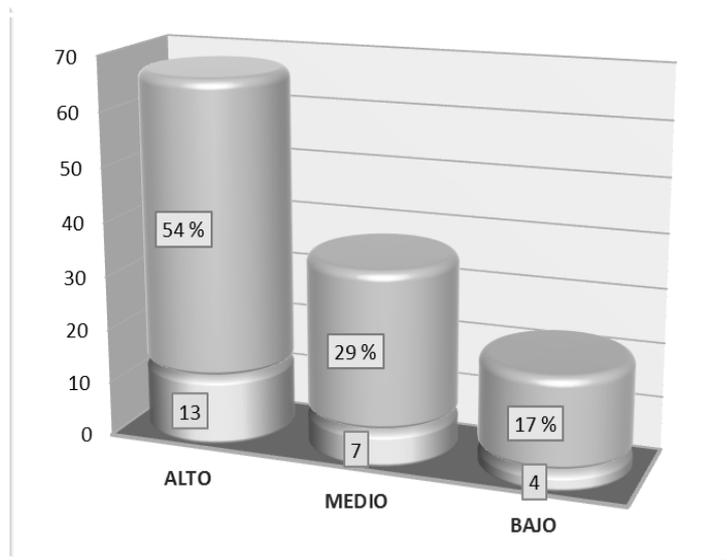
CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN HIGIENE Y CONFORT AL ADULTO MAYOR AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014, DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

NIVEL	Grupo Pre-Experimental	
	N	%
ALTO	13	54
REGULAR	7	29
BAJO	4	17
TOTAL	24	100

Análisis: Se observa que el nivel de conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor en la dimensión higiene y confort después de la intervención Educativa es alta en el 54%(13) seguido del nivel regular en el 29%(7) y es bajo en el 17%(4).

GRAFICO N° 6

CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN HIGIENE Y CONFORT AL ADULTO MAYOR AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DE LOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD- BREÑA - LIMA 2014, DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.



PRUEBA DE VALIDACIÓN 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- Es efectiva las intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al centro de salud-Breña -2014

H^o- No es efectiva las intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al centro de salud-Breña -2014

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	Se han asumido varianzas iguales	,185	,668	2,715	78	,005	,850	,292	,269	1,693
eba_GE	No se han asumido varianzas iguales			2,715	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 N° 5: $t_{valor} 2,715$

Nivel de confianza: 0.95

De la tabla t: $t_{0,95,x} = 1.693$

Como 2,715 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

Análisis de los Datos de las Medias de la Pos-test del Grupo Experimental – Prueba t de Student.

La hipótesis fue probada mediante la técnica estadística de la “T” de Student aplicada al post test del grupo experimental.

$$t = \frac{X_e - X_c}{\frac{S_e + S_c}{n_1 + n_2}} = \frac{13.74 - 10.14}{\frac{3.54 + 9.01}{19 + 19}}$$

$$t = 4.26$$

Conclusión: A partir de lo demostrado podemos concluir que se rechaza la hipótesis nula (Ho) por obtener en los cálculos un valor de $t = 4.36$ mayor en valor absoluto que el valor crítico de $t = 2.03$ encontrado en la tabla especial para un $\alpha = 0.05$. A partir de lo cual se demuestra que el grupo experimental ha tenido un mayor rendimiento debido a la Intervención Educativa.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En esta investigación a partir de la Intervención Educativa se puede afirmar todas las actividades bien planificada y ejecutada permite cumplir los objetivos. En este caso la intervención Educativa es efectiva en el conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor. Se puede observar que en el (83%) de la población muestral. Es decir hubo un incremento significativo en el conocimiento El mayor número de madres tienen grado de instrucción secundaria completa y superior. Esto permite ver que existía un nivel bajo de conocimiento en los familiares ya que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento era en el 54%(13) es regular y en el 46%(24) es bajo estos datos nos permite ver que los familiares estaban no conocen muy bien cómo atender a sus seres queridos dependientes de ellos.

Después de la Intervención Educativa se evidenciaron cambios ya que es efectiva en el conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor. Estos resultados guarda cierta similitud con los trabajos de investigación donde se involucran los profesionales de salud y brindan la educación necesaria sobre diversas medidas de prevención y fomento del cuidado en los pacientes es entonces necesario seguir realizado estudios que no solamente investiguen causa, factores y actuar es necesario seguir realizando investigación de tipo aplicativo porque se comprueba una vez más que son estudio que se producen cambios beneficiosos para los pacientes.

CONCLUSIONES

- La intervención educativa es efectiva en el conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor ya que un porcentaje significativo de los familiares incrementaron sus conocimientos sobre los cuidados al adulto mayor.
- Hubo un incremento significativo en el conocimiento y solamente en un mínimo porcentaje 17%(4) no se incrementó debido tal vez a que no asistieron puntualmente a la sesión programada.
- 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 familiar de la muestra alcanzaron puntajes altos.
- El nivel de conocimiento sobre los cuidados del adulto mayor después de la intervención Educativa fue alta y regular.

RECOMENDACIONES

- Comprobando que la intervención Educativa es efectivo en el conocimiento. Se recomienda al centro de salud 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 hará llegar los resultados de la investigación al centro con la finalidad que puedan considerar la necesidad de brindar mayor orientación a los familiares, ya que inicialmente se encontró un nivel bajo de conocimiento.
- Se recomienda, realizar trabajos de tipo cuasi-experimentales con la finalidad de poner en práctica programas, talleres y sesiones educativas brindando la oportunidad de mayor participación y compromiso de la familia en el cuidado del adulto mayor.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. De Jong, Eloísa., 2000: "Trabajo Social, familia e intervención" en, "La familia en los albores del nuevo milenio" (comp.). Argentina. EditEspacio.
2. El Liberal: Retrato de un Siglo, 1998: "La familia" (Castiglione, J.) y "Demografía" (Gómez, N. e Isorni, M.). Santiago dl Estero, Argentina. Edit. El Liberal.
3. Grassi, Estela, 2000: "La familia, un objeto polémico. Cambios en la dinámica familiar y cambios de orden social". Artículo internet.
4. Landriel, Eduardo, 2000: apuntes del Seminario "Tercera Edad, un campo a resignificar en Trabajo Social". I.S.M.P., Sgo. del Estero.
5. Salvarezza, Leopoldo, 1998: "La Vejez, una mirada gerontológica actual" (comp.) Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.
6. Sánchez Salgado, Carmen., 2000: "Gerontología Social". Buenos Aires, Argentina, Edit. Espacio.
7. Montenegro Saldaña L, Salazar Roque C, De la Puente Olortegui C, Gómez Sarapura A, Ramírez Aranda E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Médica Peruana 2009; 26(3): 169-174.
8. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos 2008; 19(1): 9-15.
9. HCV. Cuenta pública participativa Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso: Hospital Carlos Van Buren; 2008.

10. Olivares-Tirado, E. Salazar B. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020. Documento de trabajo. Santiago, Chile. Departamento de estudios y desarrollo. Superintendencia de salud; 2006.
11. Pérez J. Feminización de la vejez y estado de bienestar en España. Rev. Españ Invest sociol 2003; 104(3): 91-121. [En línea] [fecha de acceso: 20 de febrero de 2012]. URL disponible en: ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog004_perezdiaz.pdf
12. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Las personas mayores en Bolivia situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Santiago: SENAMA; 2009.

ANEXOS

ANEXO N° 1



**INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE EL
CUIDADO AL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE DIRIGIDO A LOS
FAMILIARES**

La Intervención Educativa

Se realizará mediante la organización de actividades de enseñanza, aprendizaje, que permitirá brindar orientación y/o educación a los familiares sobre todo lo concerniente a los cuidados del adulto mayor, asegurando un mejor manejo y cuidados de sus adultos mayores poniendo en práctica una atención de calidad.

Objetivos

- Incrementar el nivel de conocimiento sobre las cuidado del adulto mayor dependiente
- Fomentar la prevención y promoción de la salud a través de sesiones educativas en las personas adultas mayores
- Dar a conocer las formas de brindar los cuidados necesarios en su alimentación, movilización y comodidad y confort.

Datos informativos

Lugar: centro de salud-Breña

Hora: 10. Am y/o programado según horario acordado previa coordinación con los familiares

Tema: Aprendiendo sobre Alimentación adecuada para en el adulto mayor

Charla dirigida: A familiares de los adultos mayores

Encargada: Estudiante de enfermería Morales Mejía

Duración: 30 minutos

**CUADRO DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA SOBRE EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE
DIRIGIDO A LOS FAMILIARES**

TALLER	DENOMINACION	TEMA	OBJETIVOS	NIVEL DE LOGRO
Sesión :1	Aprendiendo sobre Alimentación adecuada para en el adulto mayor	Alimentación adecuada para su edad Alimentación adecuada para su patología de salud Cantidad y calidad Importancia de los cuidados a tener en cuanto a los alimentos	Brindar que los familiares adquieran mayor información	Los familiares lograron obtener los conocimientos sobre alimentación adecuada para los adultos mayores

Sesión :2	Aprendiendo sobre el Cuidados en la movilización	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traslado de cama a silla ruedas ✓ Cambios de posiciones ✓ Cuidado de la piel ✓ Cambio de posiciones según grado de dependencia 	Brindar conocimientos y técnicas de movilización	Los familiares adquirieron conocimientos acerca de la importancia de movilizar a los pacientes dependientes para evitar posibles complicaciones.
Sesión: 3	Brindando Comodidad y confort a los adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene Corporal, ✓ Cabello, ✓ Cambio de pañal ✓ Cambio de ropa 	Brindar conocimientos y técnicas de movilización	Los familiares adquirieron la manera de brindar comodidad y confort a sus seres queridos dependientes

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es la efectividad de las intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014?</p>	<p><u>OBJETIVOS GENERALES:</u></p> <p>Establecer la efectividad de la intervención educativa sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el conocimiento sobre los cuidados al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, antes de la intervención educativa. • Identificar el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión 	<p><u>HIPOTESIS GENERAL:</u></p> <p>H^a.-Existe efectividad de la intervención educativa sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al centro de salud- Breña -2014.</p> <p>H^o.-Existe efectividad de la intervención educativa sobre los cuidados al adulto mayor dependiente en los familiares que acuden al centro de salud- Breña -2014.</p>	<p><u>VARIABLE DEPENDIENTE:</u></p> <p>Las intervenciones educativas.</p> <p><u>VARIABLES INDEPENDIENTES:</u></p> <p>Conocimientos sobre cuidados del adulto mayor dependiente</p>	<p>Conocimiento sobre de necesidades de alimentación</p> <p>Conocimientos obre de necesidades de higiene</p> <p>Conocimiento sobre de necesidades de movilización</p> <p>Conocimiento sobre de necesidades de descanso y sueño.</p>	<p>Alimentación acorde a su edad y limitaciones.</p> <p>Cantidad y tipo</p> <p>Prevención de estreñimiento</p> <p>Asistencia en la alimentación</p> <p>Tipos de alimentos</p> <p>Baño de cama</p> <p>Higiene de los genitales</p> <p>Duración del baño</p> <p>Prevención del cuidado de la piel</p> <p>Características del cambio de posición en cama(tiempo)</p>	<p>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.</p>

	<p>alimentación al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención educativa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconocer el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión movilización al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención educativa.• Identificar el conocimiento sobre los cuidados en la dimensión higiene y confort al adulto mayor dependiente de los familiares que acuden al Centro de Salud- Breña – Lima 2014, después de la intervención educativa.				Descanso.	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	-----------	--