



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

**“ESTADO DE ABANDONO Y PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR QUE
ASISTE AL PUESTO DE SALUD CLAS
LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

AUTORA:

MANSILLA GUTIERREZ, YASHIN

ICA- PERÚ

2018

DEDICATORIA

A: **DIOS** por iluminarme día a día.

A mis padres por su apoyo incondicional durante toda mi vida.

A todos los docentes quienes colaboraron en mi formación profesional y personal.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Ica.

A mi asesora por brindarme el apoyo incondicional en todo momento y ser parte fundamental en la investigación.

Finalmente al los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Clas LLipata, Palpa por su valiosa colaboración para la realización de la investigación.

AGRADECIMIENTO

A **DIOS** por darme unos buenos padres que me apoyan y brindan valores para ser una gran profesional.

RESUMEN

La investigación titulada “Estado de abandono y prácticas de autocuidado del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017” es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 115 adultos mayores, que asisten al Clas Llipata, Palpa. La técnica que se empleó fue la entrevista para ambas variables. Para la primera variable Percepción del estado de abandono se aplicó un instrumento que consta de 17 ítems divididos en 4 dimensiones con alternativas de respuestas dicotómicas y para la segunda variable Prácticas de autocuidado se utilizó un instrumento diseñado según los objetivos que persigue la investigación con 12 reactivos divididos en 3 dimensiones.

Los resultados respecto a la dimensión social del adulto mayor existe percepción de abandono en 52%, y no existe percepción de abandono en 48% de los adultos mayores, en la dimensión física existe percepción de abandono en 54%, y no existe abandono en 46%, dimensión económica del adulto mayor, existe percepción de abandono en el 56%, no existe percepción de abandono en 44%, en la dimensión familiar, no existe percepción abandono en 53% y si existe percepción de abandono en 47% de los adultos mayores, arrojando un consolidado global del adulto mayor en el cual existe percepción de abandono en 52% y no existe percepción de abandono en 48% de los adultos mayores. Referente a la variable prácticas de autocuidado respecto a la dimensión nutrición son inadecuadas en 60% y adecuadas en 40%, en la dimensión higiene corporal son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%, en el cuidado de la piel, las prácticas de autocuidado son inadecuadas en 57% y adecuadas en 43% haciendo un global de autocuidado del adulto mayor son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%.

Palabras clave: **abandono, percepción, prácticas de autocuidado, adulto mayor.**

ABSTRACT

The research entitled "State of abandonment and self-care practices of the elderly who attends the Health Center Clas Llipata Palpa November 2017" is a quantitative, descriptive, observational and cross-sectional design, the sample was constituted by 115 older adults, who attend the Llipata Clas, Palpa. The technique used was the interview for both variables. For the first variable Perception of the state of abandonment, an instrument was applied consisting of 17 items divided into 4 dimensions with alternative dichotomous answers and for the second variable Self-care practices, an instrument designed according to the objectives pursued by the research was used with 12 items divided into 3 dimensions.

The results regarding the social dimension of the older adult there is perception of abandonment in 52%, and there is no perception of abandonment in 48% of the elderly, in the physical dimension there is perception of abandonment in 54%, and there is no abandonment in 46 %, economic dimension of the elderly, there is perception of abandonment in 56%, there is no perception of abandonment in 44%, in the family dimension, there is no perception of abandonment in 53% and if there is perception of abandonment in 47% of adults elderly, showing a global consolidation of the older adult in which there is perception of abandonment in 52% and there is no perception of abandonment in 48% of older adults. Regarding the variable practices of self-care regarding the dimension nutrition are inadequate in 60% and adequate in 40%, in the dimension of corporal hygiene they are inadequate in 58% and adequate in 42%, in the care of the skin, the practices of self-care they are inadequate in 57% and adequate in 43% making a global self-care of the older adult are inadequate in 58% and adequate in 42%.

Key words: **abandonment, perception, self-care practices, elderly.**

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1. Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación del estudio	15
1.5. Limitaciones de la investigación	16
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del estudio	17
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de términos	36
2.4. Hipótesis	37

2.5. Variables	37
2.5.1. Definición conceptual de la variable	37
2.5.2 Definición operacional de la variable	37
2.5.3 Operacionalización de la variable.	37
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	40
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	40
3.3. Población y muestra	40
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	41
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	Tabla y gráfico	Pág.
1	Edad y sexo del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa Noviembre 2017	46
2	Estado civil del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa Noviembre 2017	47
3	Grado de instrucción del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa Noviembre 2017	48
4	Estado de abandono según dimensión social del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017.	49
5	Estado de abandono según dimensión física del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017	50
6	Estado de abandono según dimensión económica del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017.	51
7	Estado de abandono según dimensión familiar del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017.	52
8	Estado de abandono global del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017	53
9	Prácticas de autocuidado según dimensión nutrición del	54

adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017.

- | | | |
|-----------|--|-----------|
| 10 | Prácticas de autocuidado según dimensión higiene corporal del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017 | 55 |
| 11 | Prácticas de autocuidado según dimensión cuidado de la piel del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017. | 56 |
| 12 | Prácticas de autocuidado global del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas. Llipata Palpa Noviembre 2017. | 57 |

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en el Perú y el mundo se ha ido incrementando en los últimos años; actualmente se prevé un mayor crecimiento. Este hecho va adquiriendo relevancia debido a los efectos que ocasionaría en los niveles de atención, especialmente la atención primaria de la salud y porque no decir en los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de nuestro país.

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales en el individuo. Estos cambios conducen al deterioro funcional como consecuencia de ello las familias abandonan al adulto mayor por lo que es necesario que el adulto mayor realice unas adecuadas prácticas de autocuidado conllevando a una longevidad satisfactoria evidenciada en su calidad de vida, por tanto conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor implica asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud, es decir practicar el autocuidado; lo que le ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.¹

El abandono se presenta en todos los sectores sociales, oficialmente no se cuenta con cifras que permitan hacer un análisis más profundo respecto al tema, sin embargo, cuando nos referimos al abandono, no solo hablamos del que suele darse sobre todo en clase media-baja o de bajos recursos, donde prácticamente la persona adulta mayor es sacada de su casa y

no se vuelve a saber nada de ella, sino que también nos referimos también a aquél que se realiza por parte de las familias que llevan a las personas adultas mayores a estancias o instituciones y luego ya no se hacen cargo de su manutención. ²

En México, la población adulta mayor vive una singular paradoja: si bien la expectativa de vida ha ido creciendo las condiciones de vida se deterioran con el pasar de los años. Hoy viven más de 12 millones de adultos mayores en México, sin embargo, ocho de cada diez lo hacen en condiciones de pobreza y abandono. ³

Eugenia Fernán Zegarra, adjunta de la Defensoría del Pueblo para la Administración Estatal reporta que la población de adultos mayores está creciendo en el Perú. En 1950 representaba el 5.7% de los habitantes peruanos, pero en el año 2017 el porcentaje casi se ha duplicado. Actualmente la tasa de adultos mayores alcanza el 10.1% de la población peruana, es decir unos 3'250,000 personas. Pero la proyección es que este segmento poblacional siga creciendo.⁴

Según las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 16.0% de la población de 60 y más años de edad no sabe leer ni escribir, el 46.2% no está afiliado a ningún sistema de pensión y el 16.3% no tiene ningún seguro de salud.⁵

El Ministerio de la Mujer ha puesto en marcha diversos programas para atender a adultos mayores, el programa Vida Digna, que acoge a 415 adultos mayores que viven en la calle, a quienes se les brinda alimentación, vestimenta y otros servicios.

6

Al respecto las cifras del (INEI), sobre la población adulta mayor – más de 3'400,000 personas– el 65% puede trabajar y aportar a la economía del país, pero en la actualidad solo el 55% de esta población lo hace.⁷

En Iquitos los resultados de una investigación realizada por Tafur Paredes y cols dan cuenta que el 84.6% (44) adultos mayores realizan prácticas de autocuidado inadecuado y sólo el 15.4% (8) de los adultos realizan prácticas de autocuidado adecuado.⁸

En Ica en relación a la percepción de abandono que tienen los pacientes, el 48% se perciben ligeramente abandonados; el 30% no tienen percepción de abandono; el 20% se perciben medianamente abandonados; el 2% se percibe muy abandonado, no existiendo pacientes que se perciban totalmente abandonados.⁹

Todas lo expresado líneas arriba motiva a realizar la investigación

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuál es el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

PE1: ¿Existe abandono desde el punto de vista social del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?

- PE2:** ¿Existe abandono desde el punto de vista físico del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?
- PE3:** ¿Existe abandono desde el punto de vista económico del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?
- PE4:** ¿Existe abandono desde el punto de vista familiar del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?
- PE5:** ¿Cómo es el autocuidado respecto a la nutrición del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?
- PE6:** ¿Cómo es el autocuidado respecto a la higiene personal del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?
- PE7:** ¿Cuál es el autocuidado respecto a los cuidados de la piel del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1: Identificar el estado de abandono desde el punto de vista social del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.

- OE2:** Explorar el estado de abandono desde el punto de vista físico del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.
- OE3:** Verificar el estado de abandono desde el punto de vista económico del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.
- OE4:** Examinar el estado de abandono desde el punto de vista familiar del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.
- OE5:** Precisar el autocuidado respecto a la nutrición del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017
- OE6:** Determinar el autocuidado respecto a la higiene personal del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017
- OE7:** Verificar el autocuidado respecto a los cuidados de la piel del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Siendo actualmente el estado de abandono un problema que afecta la forma de vida del adulto mayor, cabe señalar que el estado de abandono y la necesidad de autocuidado generan una serie de alteraciones en las actividades de la vida diaria.

Por ello la importancia de la presente investigación radica en que la identificación oportuna del adulto mayor que se percibe en abandono para la efectiva participación del profesional de enfermería, siendo responsables de las personas en todos los ciclos de vida fomentando el autocuidado a través de la educación y la consejería.

El aporte de la investigación es en el aspecto práctico, pues el profesional de enfermería está en la responsabilidad de brindar una atención integral al adulto mayor según el modelo de atención del MINSA, los resultados serán útiles para que el profesional de enfermería determine las intervenciones a adoptar, con el fin de mejorar el autocuidado del adulto mayor.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Los resultados solo servirán para poblaciones similares al estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales.

Israel E. Millán Méndez. (2016) Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Holguin Cuba. De un universo de 354 ancianos, se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano.¹⁰

Pacheco Sánchez M. (2016) Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Ecuador. El trabajo investigativo tuvo como objetivo de determinar la presencia de repercusiones en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Para la recolección de la información se aplicó las técnicas de la entrevista a través de una encuesta que fue elaborada y ejecutada por los investigadores y la aplicación del Test de

Yesavage y Pfeiffer con sus respectivas guías y cuestionarios dirigidos a 35 adultos mayores que conformaron la muestra. Los resultados derivados permitieron determinar una alta prevalencia de alteraciones emocionales y mentales causadas principalmente por el abandono obteniéndose que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado emocional normal .¹¹

Antecedentes nacionales

Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y. (2015). Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Chiclayo Perú. La población muestral fue de 80 adultos mayores que cumplieron los criterios de elegibilidad. Se les aplicó un cuestionario tipo Likert previamente validado y con una confiabilidad de 0.870 (alfa de Cronbach). Los datos se procesaron con el paquete estadístico Excel. Se respetaron los principios éticos y de rigor científico. Los resultados revelan que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje alcanzado en las tres dimensiones fue en varones 94% y mujeres 76%, destacándose que en la dimensión biológica ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Las necesidades relacionadas con el uso de protector solar, controles médicos, la práctica de actividades recreativas y manuales y la falta de relaciones con sus espacios o experiencias de intercambio con sus amigos(as), áreas críticas en el geronto.¹²

Barboza Bernal D, Cacicano Chingay L, Zúñiga Chafloque A. (2015) “Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención, estudio comparado. Chiclayo Perú”. La muestra fue determinada por saturación. Se utilizó la entrevista

abierta a profundidad conservándose el anonimato, respetando los principios éticos y de rigor científico. En el tratamiento de datos se usó el análisis temático, el cual dio origen a las siguientes categorías: Hábitos en la alimentación donde hay semejanza en ambos adultos mayores, cuidando la higiene personal cuya semejanza en ambos adultos se enfatiza en el baño diario e higiene matinal observando diferencia con aumento en la frecuencia del baño en verano en las mujeres; luego similar en ambos sexos el cuidando de la actividad física aunque con limitaciones; procurando el descanso mediante siestas y leyendo como distracción, emerge la diferencia en la realización de actividades del hogar realizado por las mujeres; hay semejanza en ambos adultos cuidando el patrón del sueño. ¹³

Ibáñez Rodríguez T. (2014) Influencia del abandono familiar en el bienestar subjetivo del adulto mayor en el Ciram La Amistad del Policlínico El Porvenir – Essalud –Trujillo – Perú. Investigación cuantitativa, diseño de explicativo y por el diseño de contrastación de hipótesis es aplicada. El universo muestral utilizado, estuvo conformado por los 20 adultos mayores miembros del Círculo del Adulto Mayor “La Amistad” del Policlínico El Porvenir- EsSalud; los resultados obtenidos permiten afirmar que los adultos mayores están sometidos al abandono de sus familias, lo cual impide sobrellevar mejor la crisis de adaptación que es provocada por la situación de envejecimiento y todos los cambios que esta involucra, repercutiendo negativamente en la satisfacción vital del vetusto; y que el abandono familiar a los adultos mayores se da principalmente a causa de los cambios sobre el organismo producto del envejecimiento, el que se convierte en un problema más para la familia, situación que es percibida y no siempre expresada por el adulto mayor, generándole depresión y sentimientos de soledad. ¹⁴

Garcilazo Salazar M. (2014) Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores” Lima. Con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable. Para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.¹⁵

Antecedentes Locales

Revatta F. (2015). Capacidad de autocuidado y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica que asiste a la unidad de hemodiálisis del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica”. La muestra fue de 50 pacientes seleccionados por el método no probabilístico bajo criterios de inclusión y exclusión, la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Resultados: Respecto a la variable capacidad de autocuidado; según dimensión alimentación en el 42%(21) son moderadamente adecuados, según higiene en el 80%(40) son moderadamente adecuados, según actividad física en el 64%(32) son moderadamente adecuados. En forma global la capacidad de autocuidado en el 56%(28) son moderadamente adecuados, en el 22%(11) son adecuado y en el 22%(11) son inadecuado. Respecto a calidad de vida, son regulares en la dimensión psicológica con el 68%(34), en el sexual con un 70%(35) y en la dimensión social en el 66%(33). En forma global se obtuvo que la calidad de vida es regular en un 46% (23), en el 34%(17) es mala y en el 20%(10) es buena. Por tanto se concluye que la capacidad de autocuidado es moderadamente adecuado, y la calidad de vida es regular.⁹

2.2. BASES TEÓRICAS

ADULTO MAYOR

Se consideran adultos mayores a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. ¹⁷

Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. La edad y las enfermedades afectan de manera distinta a cada persona. Ya que no todos envejecemos igual, el nivel de atención necesario es diferente. El cuidado de los adultos mayores es normalmente considerado un cuidado a largo plazo. El nivel de atención depende del nivel de necesidad. En algunas ocasiones se necesita únicamente por el período de duración de un proceso de rehabilitación. Algunas otras veces durará por el resto de la vida del paciente. A medida que las personas envejecen, algunas actividades cotidianas pueden convertirse en difíciles o confusas. Actividades como la limpieza, las compras, cocinar y pagar las cuentas pueden volverse algo difícil de manejar. ¹⁸

El envejecimiento como proceso fisiológico.

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, en un individuo sano se produce una disminución paulatina de las capacidades y funciones en el organismo, donde cada vez hay menos capacidad para soportar el equilibrio homeostático. Es un proceso universal, individual, constante, irregular, asincrónico y deletéreo. Siendo la universalidad y la constancia dos de las características más importantes, pero el ritmo al que se produce puede ser muy diferente según la especie, el individuo y los factores ambientales. ¹⁹

El ambiente puede moderar los cambios que inevitablemente se producen y por condición genética se admite que el límite biológico está

determinado para cada especie, en la actualidad se observa un incremento en la esperanza de vida, y se observa una tendencia al aumento de la misma desde siglos pasados hasta la actualidad. Entre los factores responsables del envejecimiento se encuentran los genéticos, los ambientales y los relacionados con el estilo de vida, estrechamente unidos que pueden elevar la calidad de vida y aminorar el desarrollo de la senectud.

Se sabe que al menos 100 genes diferentes están involucrados en los cambios producidos y que el envejecimiento ocurre a todos los niveles biológicos de la materia, moleculares, celulares y en los diferentes órganos, por lo que este conjunto de alteraciones no pueden ser explicados por un único mecanismo. ²⁰

CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR.

Las características de los ancianos deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades físicas quizás obligue a aceptar el cuidado de otros; el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo y la viudez y la muerte de los amigos minan la autoestima de los ancianos y provocan depresión. Hay adultos mayores que mantienen vivo el interés por muchas cosas y que disponen de más dinero que en ninguna otra época de su vida; pero, en muchos casos, lo normal es la falta, de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales. La rapidez con la que cambia la sociedad moderna la desorientación del adulto mayor y la forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable. En el lado positivo, a la jubilación temprana, la mejor atención médica, el aumento de las pensiones y la mejora de las viviendas puede hacer de la vejez una época de oportunidades y experiencias nuevas.

En la edad madura suelen observarse un deterioro o una reducción de las capacidades físicas. Se ven afectadas las habilidades sensoriales y motoras, lo mismo que el funcionamiento interno del organismo. Para los adultos mayores, mantener la cohesión de la identidad personal puede ser muy importante cuando experimentan grandes cambios en su salud y en su forma de vida. Los adultos tienen muchas opciones entre las cuales se cuentan la jubilación temprana, el retiro de una carrera o trabajo para empezar otra, el trabajo de tiempo parcial para mantenerse ocupados o para obtener ingreso suplementarios, volver a la escuela, realizar trabajo voluntario, hacer otras actividades en el tiempo libre o no retirarse del todo. ²¹

La sociedad y el adulto mayor:

Una de las esferas que se ve más afectada por el proceso de envejecimiento es la social y es por ello que se recomienda de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividad, que el adulto mayor que participó durante su vida en grupos de diversa índole con distintos objetivos: grupos familiares, escolares, deportivos, laborales, religiosos, políticos, filantrópicos, etc., realizando en cada uno diferentes labores, continúe participando en ellos en la medida en que sus condiciones de salud lo permitan.

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El adulto mayor 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, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

ESTADO DE ABANDONO:

Viene a ser la negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros de la familia. El

abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores. Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece; situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc.²²

SOCIAL:

El abandono social hacia el adulto mayor suele definirse como la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional.

Los adultos mayores suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida. Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de Intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los adultos mayores. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egresos altos en la economía familiar que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas.

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. Sabemos que la población mundial crece día a día y que un gran porcentaje de este rendimiento será atribuido por la tercera edad, siendo esto último, objeto de la aplicación de leyes y políticas sociales a favor de la tercera edad.²³

FÍSICO:

Este tipo de abandono, se puede ver en los familiares que sólo se dedican a pagar la mensualidad correspondiente, en un hogar privado olvidándose completamente que tienen que visitar al adulto mayor, desatendiéndolo físicamente. En las familias de escasos recursos, los adultos mayores son totalmente abandonados, dando margen a que existan personas adultas mayores indigentes.

Vivienda: Los familiares en muchas oportunidades dejan abandonados a los adultos mayores en sus viviendas, por lo que es importante que la sociedad cumpla con políticas e protección al anciano y se respeten sus derechos y principalmente mostrando humanización hacia ellos.

Ocurre principalmente en aquellas situaciones en que se deja solo y olvidado al adulto mayor.

Vestido: Se produce cuando se realiza privación de artículos necesarios en la vida diaria del adulto mayor, es decir la denegación o no provisión de sus necesidades básicas.

Discapacidad: El daño que produce el maltrato al adulto mayor afecta su integridad física provocando en ocasiones traumatismos y sobre todo deteriora su dignidad, reflejada con ansiedad, miedo, nostalgia, sentimiento de inutilidad, desesperanza, mostrándose torpe, enfermo con poca valía, se autocrítica negativamente, asimismo presentan disminución de la memoria por la edad o inhibición psicomotora causada regularmente, causando discapacidad funcional afectando su independencia.²⁴

Violencia física: Consiste en cualquier acción no accidental por parte de los familiares o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al anciano. Incluye una escala que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, la intensidad del daño puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal.²⁵

ECONÓMICO:

Se da cuando el encargado de cuidar al anciano y sus bienes, hace un uso indebido del patrimonio que custodia. Es posible que quien realiza este maltrato no se dé cuenta de que sus conductas son abusivas y negligentes hacia los ancianos, que pueden ser sus padres o abuelos.

Trabajo: Las personas adultas mayores son el segmento más propenso a trabajar en el sector informal, sin posibilidad de jubilación y a cambio de un salario muy inferior al que pagarían a alguien de menor edad.

La incorporación laboral de los adultos mayores se realiza sin ningún control y, comúnmente, se consigue para puestos de baja remuneración, muchas veces sin las condiciones mínimas que las leyes laborales exigen, como salario, vacaciones, aguinaldo o seguridad social, como en el caso de los supermercados que ocupan a personas de edad para ayudar a sus clientes en el empaque y traslado de mercancías, haciéndolos depender sólo de las propinas que se les regale.²⁶

Manejo de dinero: Los ancianos son a veces víctimas de abusos financieros, pues hay personas que abusan de la vulnerabilidad de los mismos, generalmente los abusadores son parte de su familiar, es decir, el cónyuge, los hijos o los nietos. Se creen con el derecho de disponer de los bienes, pues probablemente los heredarán después. Pueden tomar el dinero o las propiedades para prevenir que otros miembros de la familia lo hagan, o por miedo a que su herencia se pierda por los costos de tratamientos de las enfermedades que sufra el adulto mayor. O simplemente hacen uso del dinero o propiedades porque tienen deudas personales.²⁷

FAMILIAR

El abandono que sufre el adulto mayor es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional y social y aun económico para los miembros de edad avanzada y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus adultos mayores. Este apoyo se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente. Aunque existen casos que en su afán de ayudar a los ancianos se convierten en sobreprotectores, subestimándolos como individuos responsables, creando humillación que puede dar origen a problemas de adaptación.²⁸

Con quien habita: Cuando el adulto mayor pertenece a un grupo familiar extenso y ninguno de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este, viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga; circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario.

Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que toda persona desea.

Cuidado familiar: Cuando el adulto mayor se traslada a vivir al domicilio de su hijo (os) soporta los problemas correspondientes a su ciclo vital personal y familiar a su vez puede estar viviendo crisis familiares (hijos adolescentes, salido de los hijos del hogar...) o individuales (Cuando la familia incorpora un nuevo miembro este debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y en ocasiones modificar alguna de sus normas.

En cuanto al sexo, la mayor parte de las personas mayores que necesitan cuidados son mujeres (esto es lógico, pues la esperanza de vida de la

mujer es superior a la del hombre) y la mayoría de los familiares que proveen asistencia a estos ancianos son también mujeres.²⁹

No recibir visitas familiares: En la gran mayoría el adulto mayor no tiene contacto con amigos, no recibe la visita de sus familiares, vecinos, no participa en reuniones familiares, ni en decisiones de la familia. Se despiertan muchas expectativas, muchas esperanzas y luego qué doloroso es para ellos ver ese alejamiento tan duro, tan frío e indiferente.³⁰

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO:

Es el conjunto de actividades que el adulto mayor realiza por sí mismo en bien de su salud.

NUTRICIÓN:

Alteraciones dentales: La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión. Asimismo, pueden faltar piezas dentales, por lo que es necesario tener en cuenta algunas modificaciones en su alimentación. Las comidas deben ser de textura blanda para facilitar la deglución y la digestión.

Consumo de carnes: Consumir preferentemente carnes blancas, como pollo, pavo o pescado, o carnes rojas magras. Se debe preferir los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor. Evitar el uso excesivo de sal y azúcar, e incluir un consumo mínimo de dos litros de agua diarios. La última comida debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo, a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Su valor individual dependerá de cada sujeto, de su edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc. En este contexto se habla del “gasto energético basal”, que es la

cantidad de calorías mínimas que el organismo necesita, estando en reposo para funcionar.

Consumo de menestras: Se debe promover el consumo de menestras dos veces por semana en poca cantidad, muy cocidas y siempre en combinación con cereales.³¹

Consumo de frutas, verduras y productos lácteos: Para ello es importante consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y vitaminas, e incorporar regularmente alimentos ricos en fibras. Este concepto se refiere a la cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos), agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo.

Los alimentos que aportan fibra para mejorar la salud del intestino son los productos integrales, verduras y frutas también cierto tipo de lácteos. Asimismo, el adulto mayor debe consumir más pescados y grasas omega en su forma natural, como el sacha inchi, linaza, aceite de oliva, entre otros.

Las verduras y frutas poseen antioxidantes. Estas sustancias son importantes, puesto que bloquean la formación de radicales libres, los cuales producen envejecimiento prematuro celular y la aparición de enfermedades crónicas, incluso el cáncer.³²

Deja de comer: Asimismo se debe evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, cuatro comidas diarias. Mantener su peso ideal, de acuerdo a su talla, edad y estatura.³³

HIGIENE CORPORAL:

Higiene personal: La higiene en la persona adulta mayor constituye una norma de vida muy importante, ya sea para la prevención de

enfermedades, para la recuperación de un buen estado de salud o como estímulo al mantenimiento de los hábitos característicos de un estilo de vida. El hombre que envejece ha de poder vivir según hábitos ligados a su educación, a su cultura, a sus necesidades, a sus tradiciones y a su forma de ser. La posibilidad de mantener el interés por la higiene personal incluso en condiciones físicas afectadas se halla vinculada a diversos factores y de forma especial al estado de autosuficiencia y a la vivacidad psíquica. El cuidado de la higiene personal ha de ser diario e incluso repetirse varias veces al día, por la facilidad con la que algunos ancianos tienden a ensuciarse.

Productos para su higiene: La higiene corporal comienza con el baño diario, de preferencia con jabón neutro. El baño ayuda a quitar impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento. La muda de ropa más importante es la interior. Es muy saludable que después del baño se aplique crema o aceite en todo el cuerpo, especialmente en los pies donde haya callos y/o grietas. Tener cuidado con los cambios bruscos de temperatura al salir del baño. Se deben utilizar idealmente sustitutos del jabón, conocidos como “syndet” o bien jabones suaves, como los de afrecho o avena. Estos productos se consiguen en todas las farmacias. El baño debe ser corto y no muy caliente. Después de él, lubricar la piel con crema es un deber. En cuanto al pelo, se recomienda un lavado dos veces por semana con un champú suave. No lavarlo por tiempo prolongado ayuda a la acumulación de células muertas que producen picazón. El uso generalizado de talco y las fricciones con colonia son prácticas que deben desterrarse.³⁵

Higiene bucal: La caries y la enfermedad de las encías son provocadas por la placa, una combinación pegajosa de bacterias y comida. La placa comienza a acumularse en los dientes en un período de 20 minutos luego de haber comido. Si los dientes no se lavan todos los días, la placa provocará caries. Si usted no remueve la placa, ésta se convierte en un depósito duro que se conoce como sarro y que queda atrapado en la base

del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que producen provocan que las encías se inflamen y tengan mayor sensibilidad.³⁵

CUIDADOS DE LA PIEL:

Revisión periódica: El cuidado de las personas mayores no sólo tiene como objetivo proporcionarles atención médica. A veces, el arreglo personal también tiene mucha importancia. Esto es especialmente en el cuidado de la piel de los adultos mayores.

Mejorar la piel de las personas mayores también ayudar a que se sientan bien consigo mismos. El cuidado de la piel evita problemas de la dermis que tienen su origen por diversas circunstancias. Los adultos mayores necesitan cuidar su piel manteniéndola limpia. Es importante saber que las personas a esta edad son más propensas a la piel seca, especialmente aquellos que viven en zonas cálidas.

Se debe tener en cuenta que el lavado frecuente no necesariamente ayuda a la salud de la dermis. De hecho, el exceso de jabón y el agua pueden disminuir los aceites naturales en la piel y por lo tanto limitar la humectación natural. Es recomendable utilizar un jabón para piel delicada.³⁶

Revisar periódicamente la piel, prestando especial atención a las pecas, manchas y lunares, comprobando si aumentan de tamaño, o cambian de forma o textura o si existe alguna herida o úlcera que no cicatriza. Cualquiera de estos signos puede tratarse de una lesión cancerosa y debe analizarse cuanto antes por el especialista.

Protección: La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) recuerda que la piel del adulto mayor es más frágil, seca y menos elástica, lo cual facilita la aparición de infecciones y de otros tipos de lesiones, como tumores y lesiones por exposición solar. Para evitar lesiones cutáneas, la SEGG recomienda: que se debe tomar sol con moderación, el cual tiene efectos beneficiosos en la absorción de la vitamina D pero no

se debe estar expuesto más de 15 minutos al día, antes de las 10 h o después de las 19 h. Asimismo deben protegerse con foto protector de factor 25 o más. ³⁷

Intervención de enfermería en la prevención del abandono del adulto mayor.

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

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones.

El solo hecho de que el adulto mayor, se encuentre rodeado de personas que lo comprenden y a las que podría contar sus problemas, le ayuda a

superarlos, en ocasiones, sin recibir siquiera la ayuda de esas personas; por lo general, los adultos mayores recurren en primer lugar a las redes sociales informales, donde la familia es la principal fuente de apoyo social del adulto mayor.³⁸

Intervención de enfermería en la promoción del autocuidado:

En relación a los autocuidados, es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se encuentran orientada a la prevención de las complicaciones derivadas de una enfermedad, en el caso particular de esta investigación, la promoción de autocuidados por parte de la enfermera, se refiere a la información proporcionada por la enfermera que permita al adulto mayor tomar parte activa y consciente en la prevención de enfermedades. Por lo tanto, la promoción de los autocuidados puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

Al respecto Brunner y Suddarth (1998), definen el fomento de los autocuidados como: El conjunto de actividades que, al acentuar los aspectos positivos ayudan a que la persona haga uso por si misma de los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como la calidad de su vida. Esto hace referencia a las acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sano y que no requiera la participación del personal asistencial.

Es por ello que, si bien es cierto que la participación del equipo de salud se orienta más hacia la acción de tipo asistencial, no deben descuidarse los aspectos de índole educativo, ya que sobre estos se fundamenta la promoción de los autocuidados. Siendo la enfermera parte del equipo de salud, esta juega un rol relevante en el campo de la educación para la salud. La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable en la asistencia de enfermería, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales

de las enfermedades, siendo el objetivo que puede ser logrado a través de la observancia de los autocuidados necesarios.³⁹

Modelo conceptual de Dorothea Orem

La cual desarrolló la teoría del autocuidado y explica como la enfermera puede atender al individuo identificando tres tipos de sistemas de enfermería como lo son; el sistema de enfermería totalmente compensador donde la enfermera suplente al individuo, el sistema parcialmente compensador donde el persona proporciona autocuidado y el sistema apoyo-educación el cual la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Desde esta perceptiva, los cuidados de enfermería a los adultos mayores no solo consisten en actividades de mantenimiento y en la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. Por lo, que la enfermera debe utilizar un método de trabajo organizando en el proceso de atención de enfermería y además tomar en cuenta las teorías de envejecimiento, las cuales representa la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano.⁴⁰

PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. 2013-2017:

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, reúne el esfuerzo de planificación concertada realizado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad, los sectores, instituciones comprometidas y los 26 Gobiernos Regionales, para definir los objetivos estratégicos, resultados e intervenciones liderados por el MIMP y ejecutados por las entidades de los tres niveles de gobierno. El marco conceptual que sustenta el presente Plan Nacional se basa en una concepción del envejecimiento como

proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los mayores logros de la humanidad. Además, establece para el criterio de vejez desde el punto de vista cronológico la edad de 60 años a más, como determinante de las personas adultas mayores.

Se han identificado un conjunto de cuatro (4) objetivos estratégicos, así como 23 acciones estratégicas con bienes y prestaciones de servicios que el Estado debe brindar a los ciudadanos y ciudadanas de 60 y más años, desde sus tres niveles de gobierno, con el objetivo de mejorar su calidad de vida mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, la promoción de sus derechos, e intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil.

Asimismo, este Plan Nacional ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. Dichos enfoques buscan orientar las acciones del Estado para lograr que el Perú sea una sociedad para todas y todos sus habitantes, sin distinción de su edad, raza, sexo o condición social. Igualmente, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 se construye desde el enfoque del servicio a la ciudadanía, es decir, desde un proceso de planificación que tuvo como finalidad identificar los servicios públicos y acciones que el Estado, en sus tres niveles de gobierno, debe brindar y ejecutar a favor de las Personas Adultas Mayores. ⁴¹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Estado de abandono: La negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros de la familia.

Autocuidado: El autocuidado está referido a aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida,

determinado por aspectos propios del individuo y aspectos externos que no dependen de él.

Adulto mayor: En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones, como viejo, anciano, geronto, entre otras.

Abandono social: Es la falta de atención y cuidado por parte de los familiares o personas a cargo de una persona de la tercera edad, afectando severamente al individuo a nivel psicológico y emocional.

Abandono familiar: Se realiza cuando una persona incumple la obligación de sustento a sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se encuentran necesitados.

Nutrición: La nutrición consiste en el aprovechamiento de las sustancias procedentes del exterior (nutrientes) y, a partir de ellas, renovar y conservar las estructuras del organismo y obtener la energía necesaria para desarrollar la función vital, manteniendo el equilibrio hemostático del organismo a nivel molecular.

Higiene corporal: Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No se colocará hipótesis porque la investigación es de nivel descriptivo.

2.5. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Estado de abandono.

VARIABLE DEPENDIENTE

Prácticas de autocuidado.

2.5.1. Definición conceptual de la variable.

ESTADO DE ABANDONO: Estado en que se encuentra el adulto mayor el cual no reciben los cuidados en ninguna de sus necesidades básicas, dejándolos de lado y algunas veces reciben maltrato.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO: Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud.

2.5.2. Definición operacional de la variable

ESTADO DE ABANDONO: Es el descuido que se da por parte de los familiares hacia el adulto mayor que vive en la jurisdicción de Llipata, Palpa.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO: Es la forma propia de cuidado hacia uno mismo, que realizan los adultos mayores de la jurisdicción de Llipata, Palpa.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Estado de abandono	Estado en que se encuentra el adulto mayor el cual no reciben los cuidados en ninguna de sus necesidades básicas, dejándolos de lado y algunas veces reciben maltrato.	Es el descuido que se da por parte de los familiares hacia el adulto mayor que vive en la jurisdicción de LLipata, Palpa.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Social ➤ Físico ➤ Económico ➤ Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales - Acceso a salud - Reuniones en la comunidad - Soledad - Vivienda - Vestido - Independencia - Actividad física - Trabajo - Ingreso económico - Manejo de dinero - Con quien vive - Preocupación familiar - Cuidado familiar - Vistas familiares

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Prácticas de autocuidado.</p>	<p>Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud.</p>	<p>Es la forma propia de cuidado hacia uno mismo, que realizan los adultos mayores de la jurisdicción de Llipata, Palpa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutrición ➤ Higiene corporal ➤ Cuidados de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones dentales • Consumo de carnes. • Consumo de menestras • Consumo de frutas, verduras y productos lácteos • Deja de comer ❖ Higiene personal. ❖ Productos para su higiene ❖ Higiene bucal ➤ Revisión periódica. ➤ Protección ➤ Lesiones

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Observacional, analítica, transversal, prospectiva.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Puesto de salud de Llipata ubicado en la Calle Boca Negra S/N Llipata frente a la iglesia, con un nivel de complejidad I -3. El horario de atención es de lunes a sábado de 8 a 2 pm y algunos turnos laboran de tarde. Cuenta con 14 trabajadores: 2 médicos, 2 licenciados en enfermería, 1 nutricionista, 1 odontólogo, 1 psicólogo, 1 Obstetiz, 4 técnicos de enfermería, 1 técnico en laboratorio y 1 personal administrativo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 699 adultos mayores asignados a la Jurisdicción del Puesto de Salud de Llipata y la muestra fue de 115 adultos mayores.

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

Dónde:

n : X

N : 699

Z	:	1.96
p	:	0.1
q	:	0.1-0.5= 0.9
d	:	5% =0.05

$$n = \frac{699(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(0.05)^2 (698) + (1.96)^2(0.1) (0.09)}$$

$$n = \frac{699(3.8416)(0.09)}{(0.0025) (698) + (3.8416) (0.09)}$$

$$n = \frac{241.675}{1.745+ 0.3457}$$

$$n = \frac{241.675}{2.0907} = 115 \text{ adultos mayores}$$

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Adultos mayores que asisten al P. S. de Llipata
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio.

Los criterios de exclusión son:

- Adultos mayores que no asisten al P. S. de Llipata
- Adultos mayores que no acepten participar de la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se empleó fue la entrevista por ser la que mejor se adapta a la población adulta mayor en estudio. Para la primera variable Percepción del estado de abandono se aplicó un instrumento que consta de 17 ítems divididos en 4 dimensiones con alternativas de respuestas dicotómicas y para la segunda variable Prácticas de autocuidado se

utilizó un instrumento diseñado según los objetivos que persigue la investigación con 12 reactivos divididos en 3 dimensiones.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Durante el procesamiento de los datos se mantendrán los principios bioéticos de la investigación como la justicia, autonomía, respeto, no maleficencia y beneficencia, teniendo en cuenta la población de estudio. Una vez recolectada la información, se procederá a realizar el procesamiento de los datos en forma manual y electrónica, se usará los programas informáticos Excel y Microsoft Word, codificando los resultados tanto para los datos generales y ambas variables de estudio. Realizando una tabla matriz para luego obtener las tablas de frecuencia y porcentajes, y construir los gráficos correspondientes.

VARIABLE: ESTADO DE ABANDONO

Se le asignó un valor de 1 a la respuesta Si y un valor de 2 a la respuesta No según la respuesta de los adultos mayores, lo cual indica que a mayor puntaje existe abandono en el adulto mayor.

Dimensión Social:

Existe abandono (8 -10 pts.)

No existe abandono (5 - 7 pts.)

Dimensión física

Existe abandono (7 -8 pts.)

No existe abandono (4 -6 pts.)

Dimensión económica:

Existe abandono (7 - 8 pts.)

No existe abandono (4 - 6 pts.)

Dimensión familiar:

Existe abandono (7 - 8 pts.)

No existe abandono (4 - 6 pts.)

Global:

Existe abandono (26 - 34 pts.)

No existe abandono (17 - 25 pts.)

PARA LA VARIABLE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Se le asignó un valor de 2 a la respuesta Si y un valor de 1 a la respuesta No según la respuesta de los adultos mayores, lo cual indica que a mayor puntaje las prácticas de autocuidado son adecuadas en el adulto mayor.

Dimensión nutrición:

Adecuadas: (8 -10 pts.)

Inadecuadas: (5 - 7 pts.)

Dimensión higiene corporal:

Adecuadas: (5 - 6 pts.)

Inadecuadas: (3 - 4 pts.)

Dimensión Cuidado de la piel:

Adecuadas: (7 - 8 pts.)

Inadecuadas: (4 - 6 pts.)

Global:

Adecuadas: (17 - 24 pts.)

Inadecuadas: (12 - 18 pts.)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

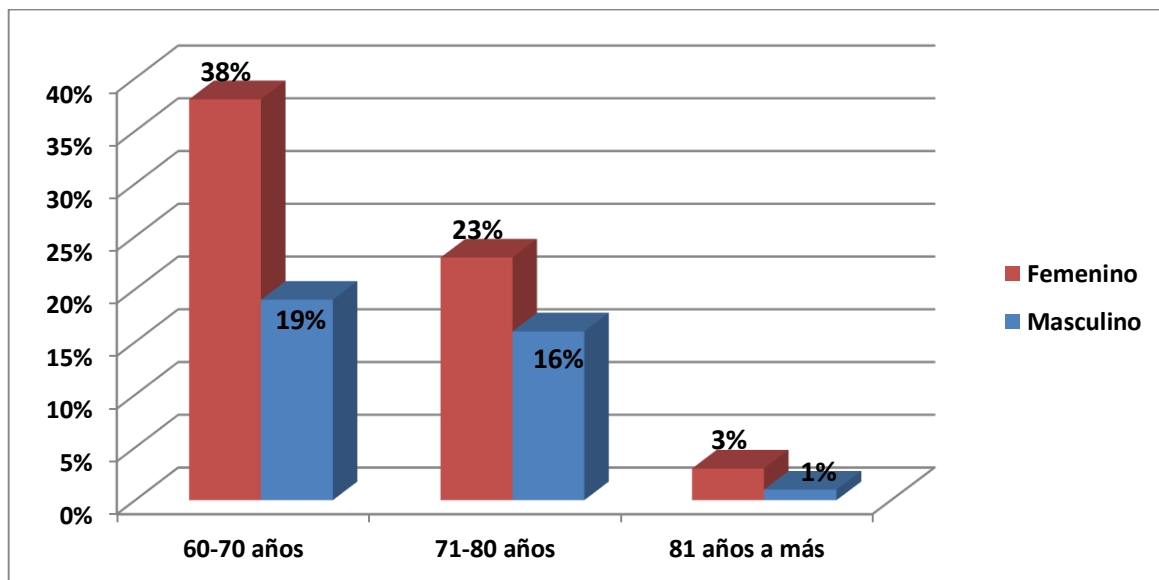
TABLA 1

EDAD Y SEXO DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD CLAS LLIPATA PALPA NOVIEMBRE 2017.

EDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	FR	%	FR	%
60-70 años	44	38	22	19
71-80 años	27	23	18	16
81 años a más	3	3	1	1
TOTAL	74	64	41	36

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas Llipata Palpa Noviembre 2017.

GRÀFICO 1



Se puede observar que, en las edades de 60 a 70 años, el 38%(44) es de sexo femenino y el 19% (22) de sexo masculino, de 71 a 80 años, el 23% (27) es de sexo femenino y el 16% (18) masculino, finalmente los adultos mayores de 81 a más, el 3% (3) es de sexo femenino y el 1% (1) masculino.

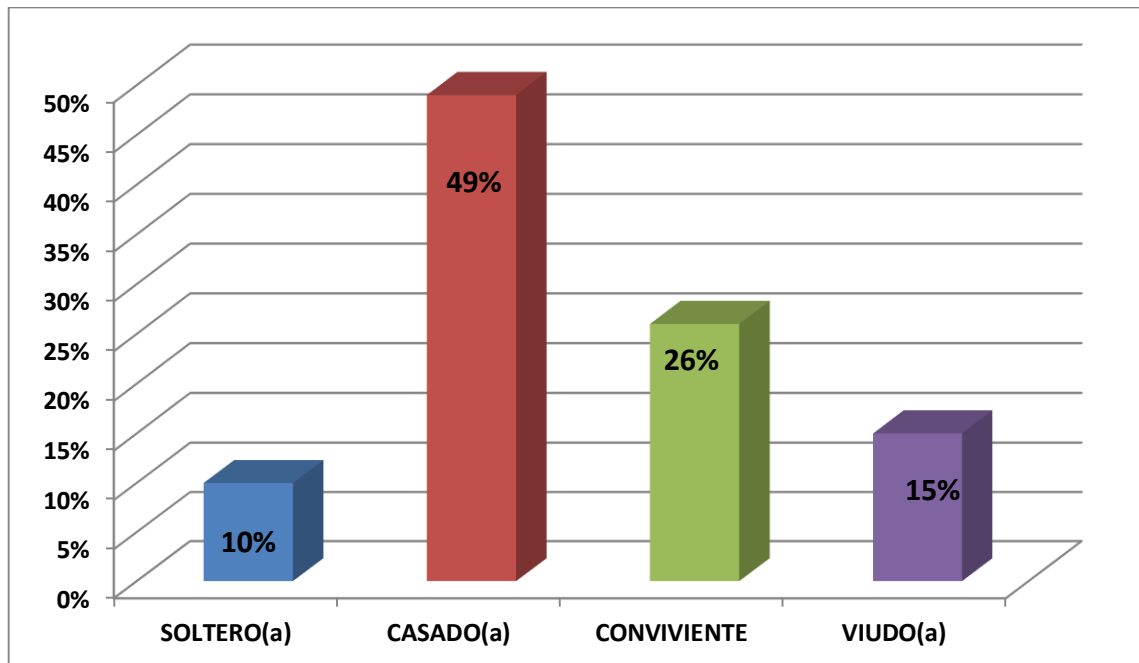
TABLA 2

ESTADO CIVIL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE, AL PUESTO DE SALUD CLAS LLIPATA PALPA NOVIEMBRE 2017.

ESTADO CIVIL	FR	%
Soltero(a)	12	10
Casado(a)	56	49
Conviviente	30	26
Viudo(a)	17	15
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas. LLipata Palpa Noviembre 2017.

GRÁFICO 2



Según estado civil de los adultos mayores el 49%(56) son casados, seguido del 26%(30) con estado civil conviviente, el 15%(17) son viudos y finalmente el 10%(12) solteros según resultados.

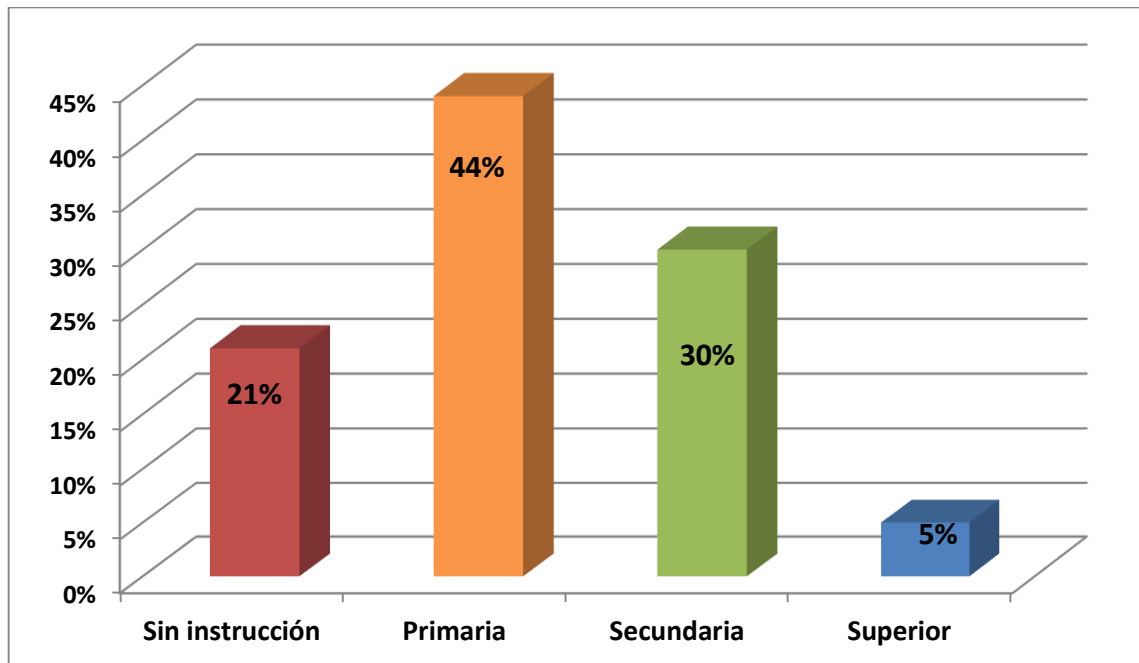
TABLA 3

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE, AL
PUESTO DE SALUD CLAS LLIPATA PALPA NOVIEMBRE 2017.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FR	%
Sin instrucción	24	21
Primaria	51	44
Secundaria	34	30
Superior	6	5
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017.

GRÁFICO 3



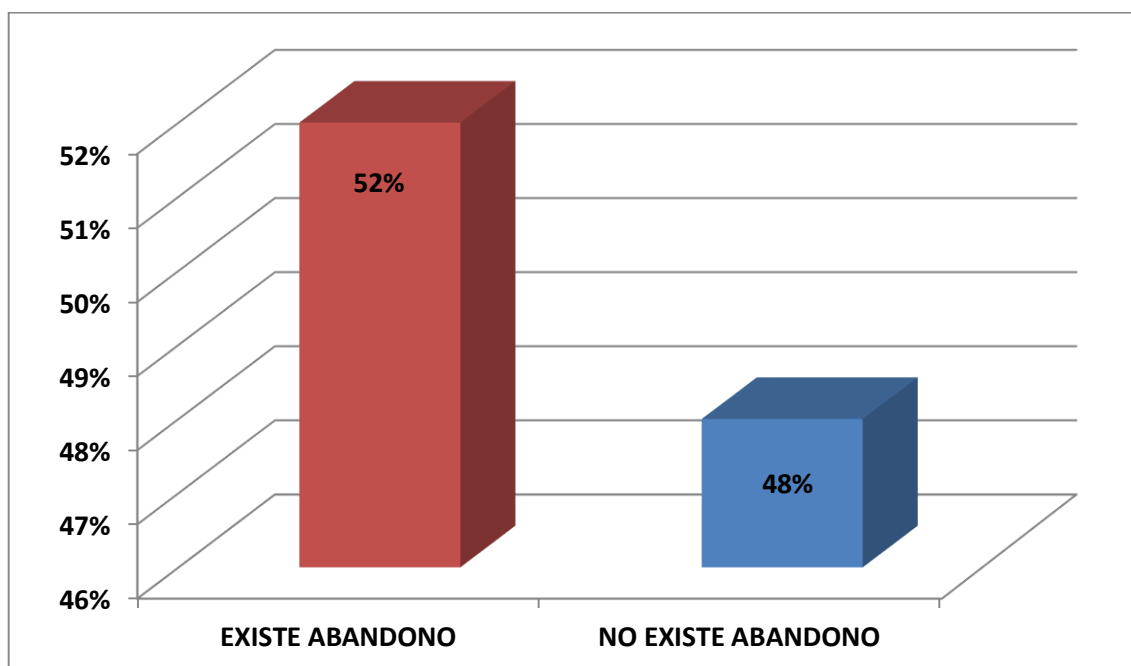
Según grado de instrucción el 44%(51) tienen grado de instrucción primaria seguido del 30%(34) con secundaria, el 21%(24) sin instrucción y finalmente el 5%(6) con grado de instrucción superior.

TABLA 4
ESTADO DE ABANDONO SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL DEL ADULTO
MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD
CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN SOCIAL	FR	%
Existe abandono (8-10 pts.)	60	52
No existe abandono (5-7 pts.)	55	48
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017.

GRÀFICO 4



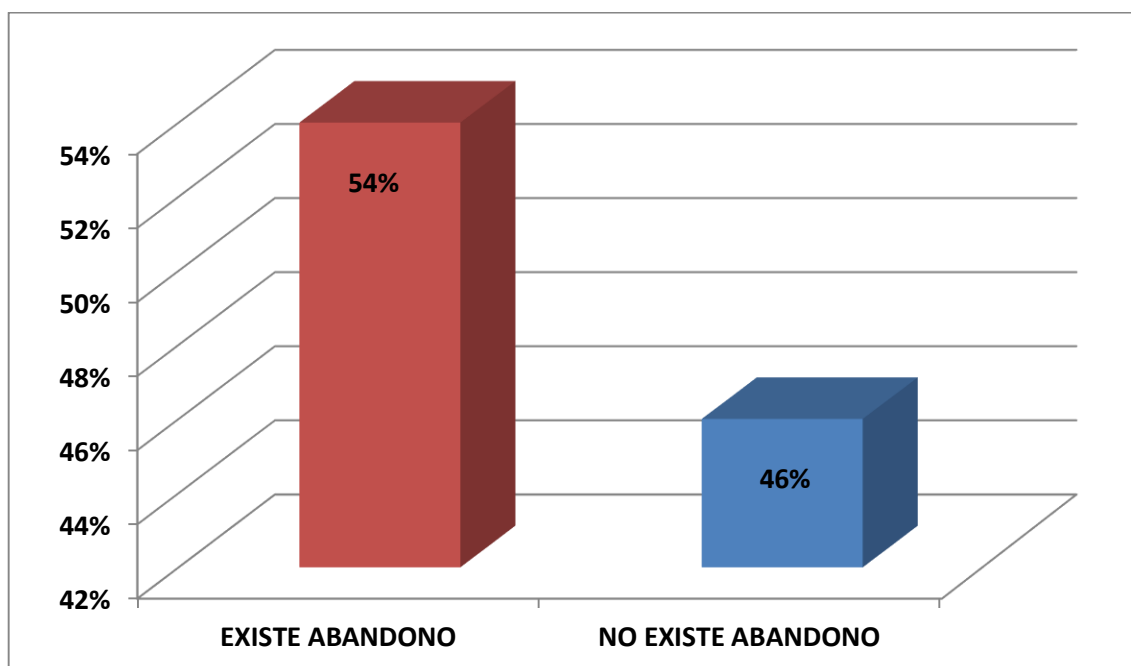
Según dimensión social del adulto mayor existe percepción de abandono en 52%(60), y no existe en 48%(55) según resultados.

TABLA 5
ESTADO DE ABANDONO SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA DEL ADULTO
MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD
CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN FÍSICA	FR	%
Existe abandono (7-8 pts.)	62	54
No existe abandono (4-6 pts.)	53	46
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre 2017.

GRÁFICO 5



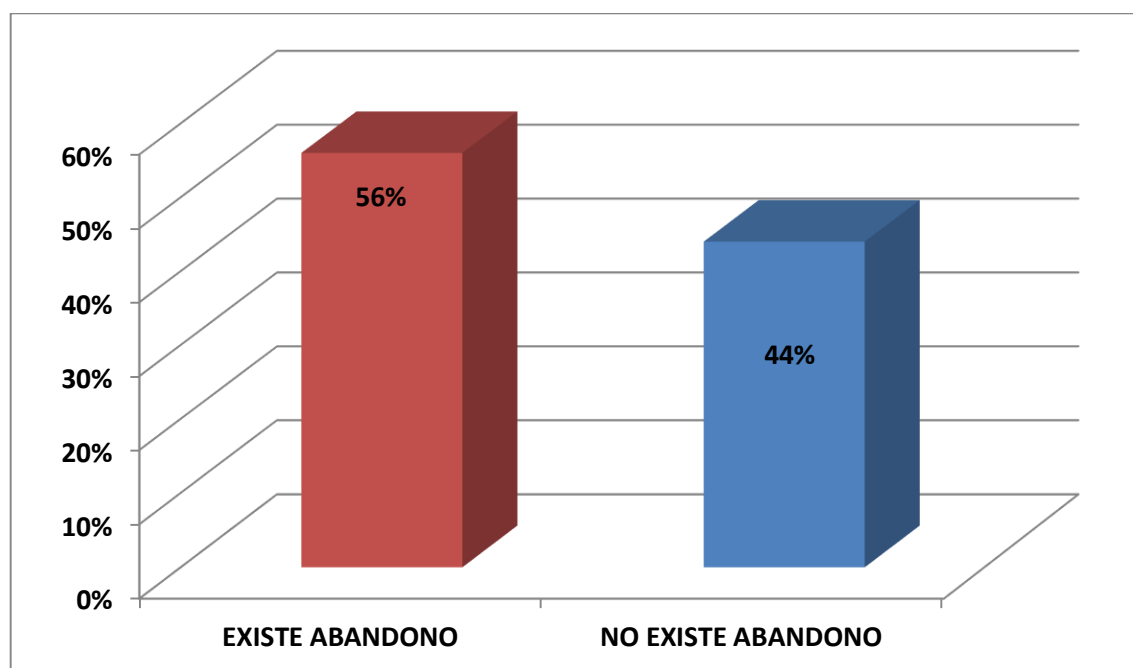
Existe percepción de abandono en 54%(62), y no existe abandono en 46%(53) según resultados.

TABLA 6
ESTADO DE ABANDONO SEGÚN DIMENSIÓN ECONÓMICA DEL ADULTO
MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD
CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN ECONÓMICA	FR	%
Existe abandono (7-8 pts.)	64	56
No existe abandono (4-6 pts.)	51	44
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017.

GRÁFICO 6



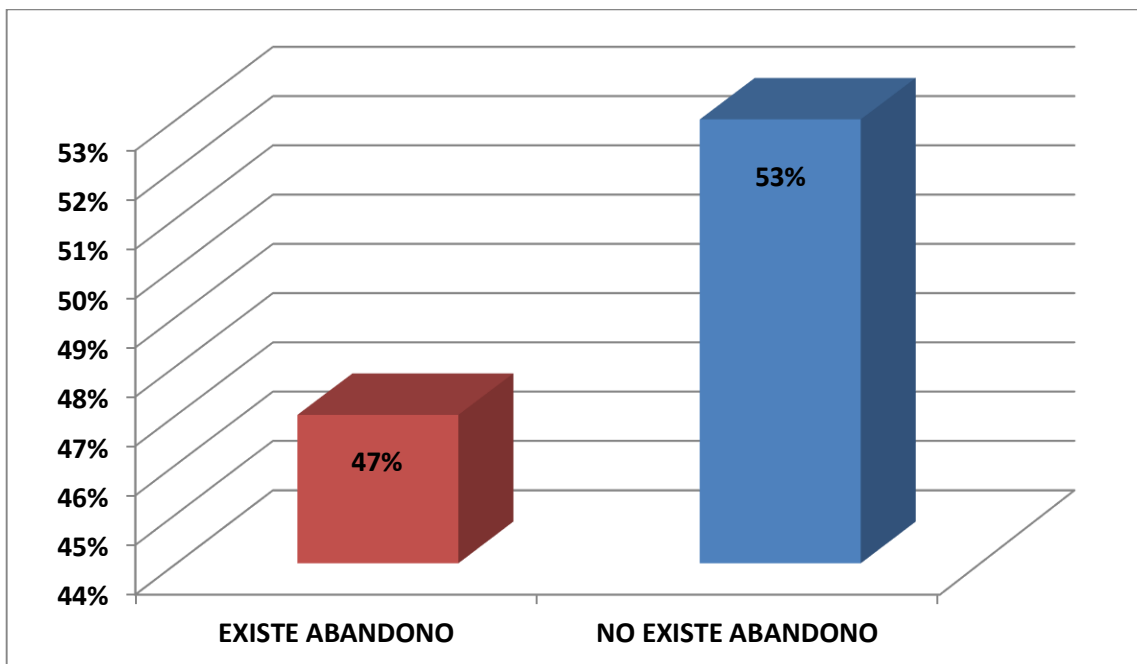
Según dimensión económica del adulto mayor, existe percepción de abandono en 56%(64), no existe abandono en 44%(51) según resultados obtenidos.

TABLA 7
ESTADO DE ABANDONO SEGÚN DIMENSIÓN FAMILIAR DEL ADULTO
MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD
CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN FAMILIAR	FR	%
Existe abandono (7-8 pts.)	54	47
No existe abandono (4-6 pts.)	61	53
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017.

GRÁFICO 7



El estado de abandono según dimensión familiar, no existe percepción de abandono en 53%(61) y existe percepción de abandono en 47%(54) según resultados.

TABLA 8

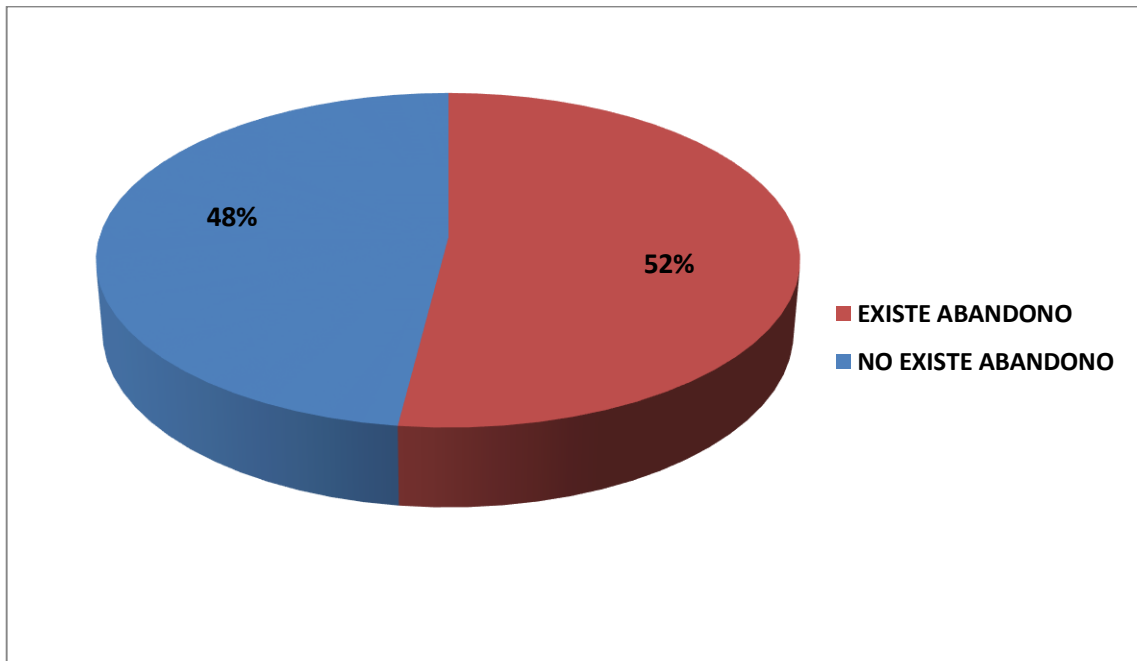
**ESTADO DE ABANDONO GLOBAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL
PUESTO DE SALUD CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE**

2017

GLOBAL	FR	%
Existe abandono (26-34 pts.)	60	52
No existe abandono (17-25 pts.)	55	48
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre 2017.

GRÁFICO 8



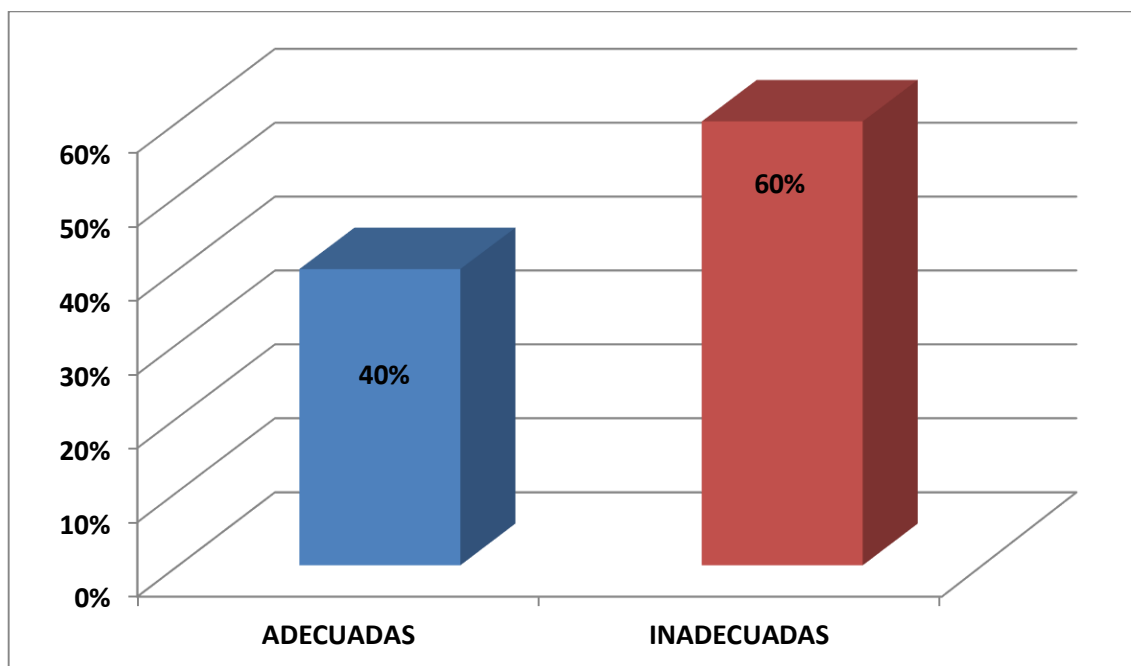
Según consolidado global del adulto mayor existe abandono en 52%(60), no existe abandono en 48%(55).

TABLA 9
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN DEL
ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD
CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN NUTRICIÓN	FR	%
Adecuadas (8-10 pts.)	46	40
Inadecuadas (5-7 pts.)	69	60
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017.

GRÁFICO 9



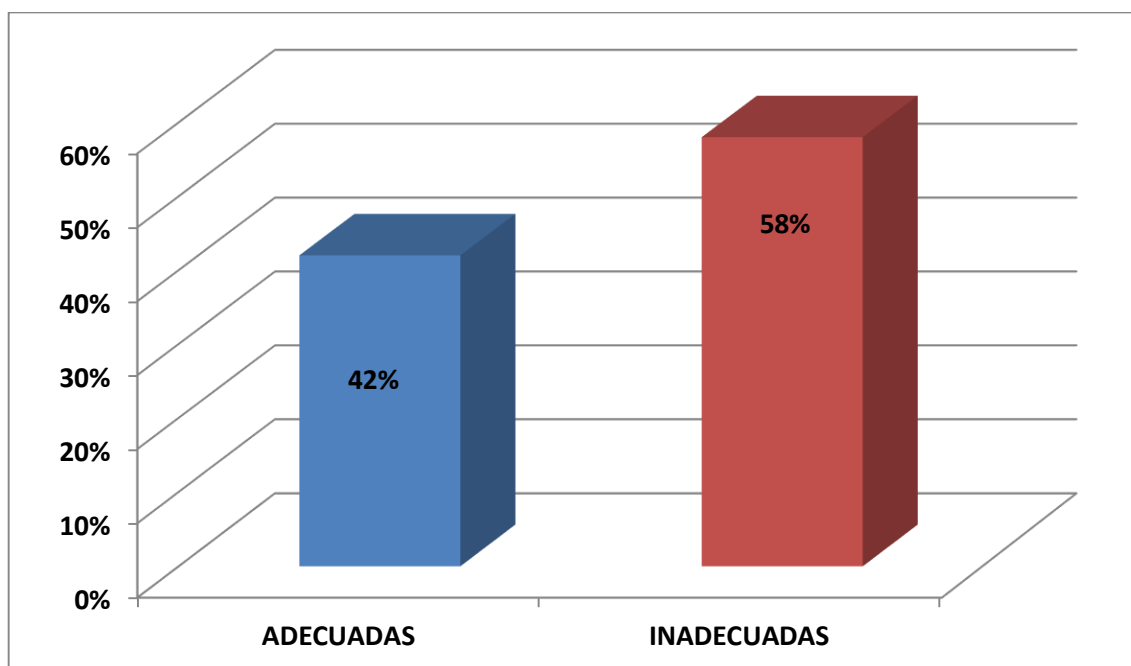
Las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión nutrición son inadecuadas en 60%(69) y adecuadas en 40%(46) según resultados.

TABLA 10
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE
CORPORAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE
SALUDCLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL	FR	%
Adecuadas (5-6 pts.)	48	42
Inadecuadas (3-4pts.)	67	58
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017

GRÁFICO 10



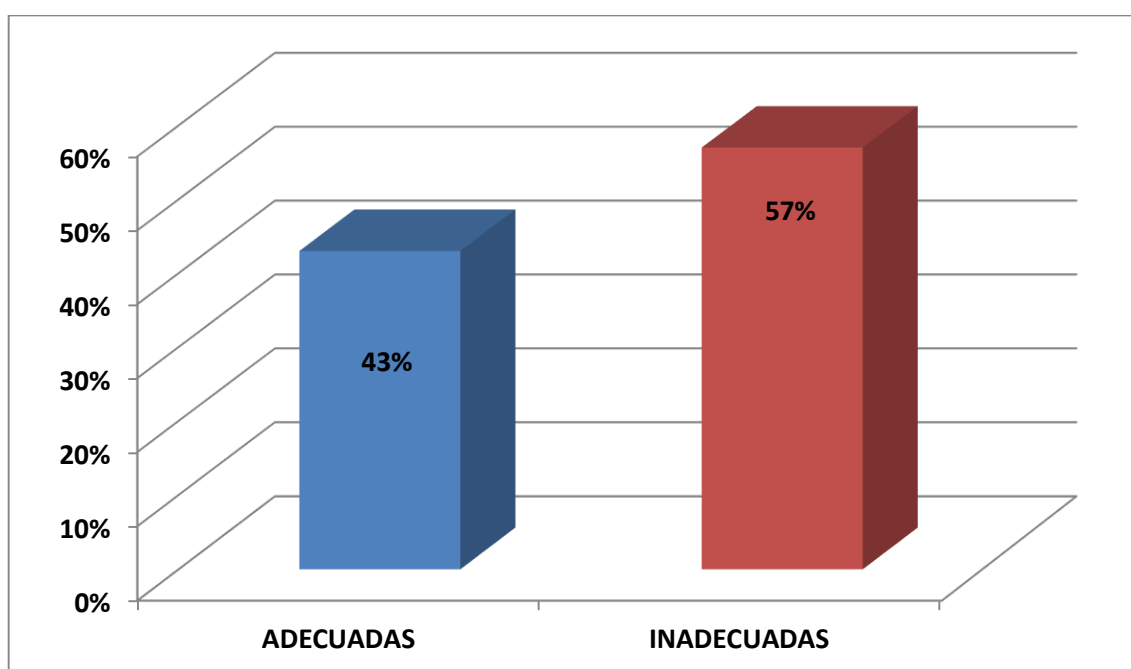
Las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión higiene corporal son inadecuadas en 58%(67) y adecuadas en 42%(48) según resultados.

TABLA 11
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADO DE LA
PIEL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUD
CLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE
2017

DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL	FR	%
Adecuadas (7-8 pts.)	50	43
Inadecuadas (4-6pts.)	65	57
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017

GRÁFICO 11



Según dimensión cuidado de la piel las prácticas de autocuidado son inadecuadas en 57%(65) y adecuadas en 43%(50) según resultados.

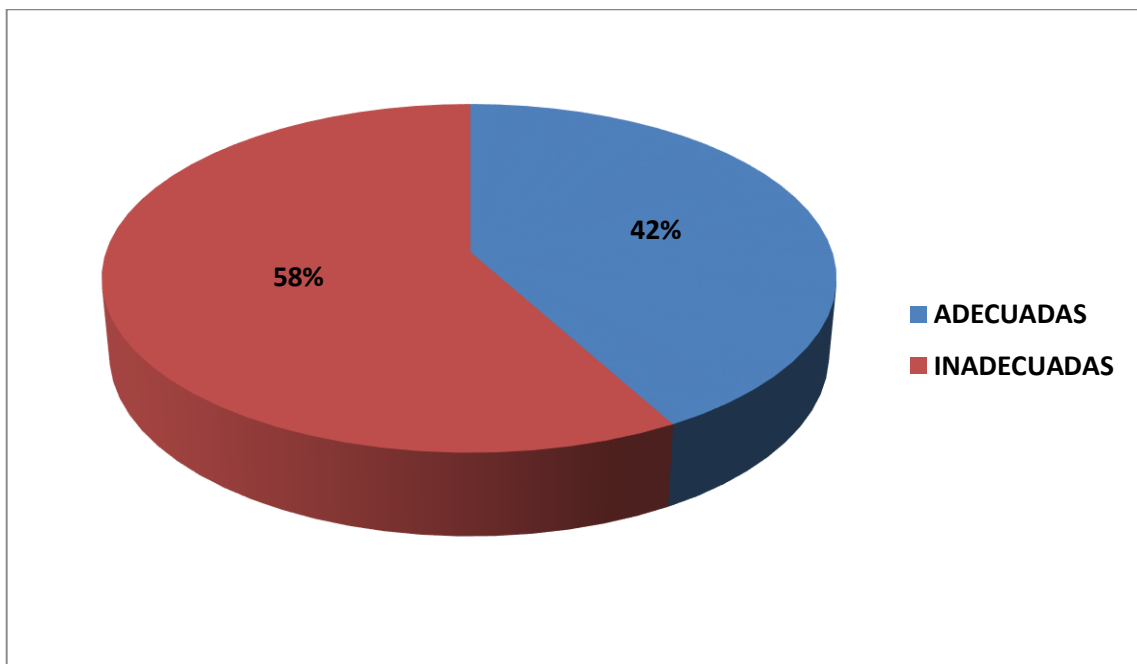
TABLA 12

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO GLOBAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL PUESTO DE SALUDCLAS. LLIPATA PALPA NOVIEMBRE 2017”

GLOBAL	FR	%
Adecuadas (19-24 pts.)	48	42
Inadecuadas (12-18pts.)	67	58
TOTAL	115	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del Puesto de Salud Clas LLipata Palpa Noviembre2017

GRÁFICO 12



Las prácticas de autocuidado global del adulto mayor son inadecuadas en 58%(67) y adecuadas en 42%(48) según resultados.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Tabla 1: Según dimensión social del adulto mayor existe percepción de abandono en 52%, y no existe percepción de abandono en 48% de los adultos mayores; resultados parecidos con Pacheco Sánchez M.¹¹ existe una alta prevalencia de alteraciones causadas principalmente por el abandono obteniéndose que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado emocional normal, Ibáñez Rodríguez T. ¹⁴ los resultados obtenidos permiten afirmar que los adultos mayores están sometidos al abandono de sus familias, lo cual impide sobrellevar mejor la crisis de adaptación que es provocada por la situación de envejecimiento y todos los cambios que esta involucra, repercutiendo negativamente en la satisfacción vital del adulto mayor.

Se puede observar la forma en que la sociedad ha cambiado con el transcurso de los tiempos, de una sociedad que en la figura principal y más respetada era el adulto mayor a quien se le solicitaban consejos y eran escuchados, a la actual que es totalmente a la inversa, asimismo en el hogar se puede producir la situación que el paciente por un lado sea aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudio y sociedad en general lo apartan del adulto mayor y este va quedando abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, en consecuencia lo apartan, lo abandonan.

Tabla 2: En la dimensión física existe percepción de abandono en 54%, y no existe abandono en 46%, los hallazgos son similares con Ibáñez Rodríguez T. ¹⁴ que permiten afirmar que los adultos mayores están sometidos al abandono de sus familias, principalmente a causa de los cambios sobre el organismo producto del envejecimiento, el que se convierte en un problema más para la familia, situación que es percibida y no siempre expresada por el adulto mayor, generándole depresión y sentimientos de soledad.

En el hogar se puede producir la situación que el paciente por un lado sea aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudios lo apartan del adulto mayor y este va quedando abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, en consecuencia lo apartan, lo abandonan debido a que no puede valerse por sí mismo y no tiene la fuerzas físicas para que apoye en el hogar como lo hacía cuando era un adulto productivo.

Tabla 3: Según dimensión económica del adulto mayor, existe percepción de abandono en el 56%, no existe percepción de abandono en 44%, la cual se da cuando el encargado de cuidar al anciano y sus bienes, hace un uso indebido del patrimonio que custodia. Es posible que quien realiza este maltrato no se dé cuenta de que sus conductas son abusivas y negligentes hacia los ancianos, que pueden ser sus padres o abuelos.

La familia tampoco está dispuesta a aceptar pérdidas, gastos ocasionados por el adulto mayor y esto mirado desde el punto de vista productivo para el interés de la sociedad. Otra característica muy particular de la familia es el no tener un espacio físico, psicológico, emocional para el adulto mayor.

Tabla 4: El estado de abandono según dimensión familiar, no existe percepción abandono en 53% y si existe percepción de abandono en 47% de los adultos mayores; los resultados son similares con Ibáñez Rodríguez T.¹⁴ en que los adultos mayores están sometidos al abandono de sus familias, principalmente a causa de los cambios sobre el organismo producto del envejecimiento, el que se convierte en un problema más para la familia, situación que es percibida y no siempre expresada por el adulto mayor, generándole depresión y sentimientos de soledad.

En algunos casos las familias no se encuentran preparadas para atender a sus familiares y lo único que desean es dejarlos en los hospitales que ellos se hagan cargo, pero, en otros casos (una gran mayoría) es el hospital quien los

abandona los devuelven a sus casas sin preparar a sus familiares para que lo cuiden y a veces ni siquiera le avisan a la familia que el paciente está de alta.

Tabla 5: Según consolidado global del adulto mayor existe percepción de abandono en 52% y no existe percepción de abandono en 48% de los adultos mayores.

Los resultados que se obtienen permiten inferir que la familia en particular²⁸, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y económico para los miembros de edad avanzada y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus adultos mayores. Este apoyo se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente. Aunque existen casos que en su afán de ayudar a los ancianos se convierten en sobreprotectores, subestimándolos como individuos responsables, creando humillación que puede dar origen a problemas de adaptación.

El abandono que sufre el adulto mayor es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Tabla 6: Las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión nutrición son inadecuadas en 60% y adecuadas en 40%, hallazgos casi similares a los obtenidos por Revatta F.⁹ Respecto a la variable capacidad de autocuidado; según dimensión alimentación en el 42% son moderadamente adecuados.

De acuerdo con esta realidad, será necesario implementar alternativas que faciliten la vida de los adultos mayores y de quienes los rodean, de modo de atender los problemas que se les presenten, producto del natural desgaste del organismo y la consecuente aparición de enfermedades propias del adulto mayor. Un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo, que se asocia a numerosas enfermedades crónicas y deteriora el pronóstico en

patologías agudas. En los adultos mayores existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; así por ejemplo se enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos.

Tabla 7: Las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión higiene corporal son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%, hallazgos parecidos con Barboza Bernal D, Caciano Chingay L, Zúñiga Chafloque A.¹³: en los adultos mayores se enfatiza el baño diario e higiene matinal observando diferencia con aumento en la frecuencia del baño en verano en las mujeres; Revatta F.⁹ según higiene en el 80% son moderadamente adecuados.

Debido a los resultados que se presentan debemos reforzar las visitas domiciliarias a la población adulta mayor en estudio concientizándolo solo al adulto mayor sino a la familia y comunidad de la jurisdicción de Llipata debido a que una alimentación saludable es uno de los factores más importantes para disminuir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares u osteoporosis y lograr una vejez con mejor calidad de vida y autonomía.

Tabla 8: Según dimensión cuidado de la piel, las prácticas de autocuidado son inadecuadas en 57% y adecuadas en 43% lo que se puede contrastar con Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y.¹² quien enfatiza las necesidades relacionadas con el uso de protector solar.

En esta dimensión las prácticas de autocuidado de la piel son inadecuadas por lo que se debe actuar con rapidez haciendo una buena inspección de la piel en la consulta médica y de Enfermería por los daños que pudiera estar generándose teniendo en cuenta que la piel sana sin alteraciones es la primera línea de defensa del cuerpo contra las infecciones y lesiones de los tejidos, regula la temperatura corporal, es el órgano sensorial (dolor, tacto, presión y temperatura). Además, es un medio para la eliminación de desechos y participa en el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos. A medida que la edad del adulto aumenta ocurren cambios en su piel y anexos que pueden alterar o disminuir sus funciones. Por lo tanto, es necesario para la salud en general conservar su buen estado y buenas prácticas de higiene en todo momento de nuestra vida para favorecer la seguridad, comodidad y bienestar

de la personas, sobre todo que se debe cuidar las zonas expuestas al sol, debido a que dañan las fibras elásticas de la piel, lo que hace que la piel se cuelgue, se estire y pierda la elasticidad.

Tabla 9: Las prácticas de autocuidado global del adulto mayor son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%, resultados parecidos con Israel E. Millán Méndez.¹⁰ De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado en el 75,2% de los pacientes y Garcilazo Salazar M.¹⁵ concluye que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, Revatta F.⁹; En forma global la capacidad de autocuidado en el 56% es moderadamente adecuado, en el 22% son adecuados y en el 22% son inadecuados.

Los resultados globales arrojan resultados inadecuados por ello se debe continuar midiendo el autocuidado en esta población acerca de su propio cuidado, teniendo en cuenta que cada uno se encarga de su propia salud como agencia de autocuidado principal y que el mantenimiento de una buena salud es importante para el bienestar y para contribuir en la calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. Según dimensión social del adulto mayor existe percepción de abandono en 52%, y no existe percepción de abandono en 48% de los adultos mayores.
2. En la dimensión física existe percepción de abandono en 54%, y no existe abandono en 46%.
3. Según dimensión económica del adulto mayor, existe percepción de abandono en el 56%, no existe percepción de abandono en 44%.
4. El estado de abandono según dimensión familiar, no existe percepción abandono en 53% y si existe percepción de abandono en 47% de los adultos mayores.
5. Respecto al consolidado global del adulto mayor existe percepción de abandono en 52% y no existe percepción de abandono en 48% de los adultos mayores.
6. Las prácticas de autocuidado del adulto mayor respecto a la dimensión nutrición son inadecuadas en 60% y adecuadas en 40%.
7. El autocuidado del adulto mayor según dimensión higiene corporal son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%.
8. Según dimensión cuidado de la piel, las prácticas de autocuidado son inadecuadas en 57% y adecuadas en 43%.
9. Las prácticas de autocuidado global del adulto mayor son inadecuadas en 58% y adecuadas en 42%.

RECOMENDACIONES

1. Mayor participación en los medios de comunicación y las redes sociales, buscando espacios dirigidos por ellos y que traten temas sobre el lado positivo de la vejez y acerquen al colectivo a las nuevas tecnologías.
2. El estado de salud física frágil en un adulto mayor es un condicionante para que las personas tengan percepción de abandono y también para ser abandonado por la condición en que se encuentran por sus diferentes padecimientos, siendo las más relevantes la hipertensión y diabetes
3. Crear convenios con alguna institución pública para aquellos adultos que vivan solos o los hayan abandonado sus familiares, para utilizar una visión más positiva de las personas mayores previniendo enfermedades.
4. Los gobiernos locales y regionales deben implementar nuevas políticas que vayan dirigidas a atender las necesidades del adulto mayor como centros integrales, suministro de alimentos y actividades socioculturales, para que ellos pueden satisfacer sus necesidades básicas y mejorar su nivel de vida.
5. El Estado debe evaluar las políticas y programas para este grupo de población, ya que puede beneficiar a los adultos mayores, promoviendo la convivencia con actividades ocupaciones y recreativas para mantener la salud mental y psicológica.
6. Considerar actividades que potencian sus estilos de vida saludables, el mismo que deben estar orientados a mejorar los hábitos alimentarios.
7. Realizar actividades enfocados al autocuidado utilizando las diferentes técnicas educativas que permitan el abordaje oportuno a través de la información y educación al adulto mayor respecto al autocuidado de su higiene corporal.
8. Fortalecer los conocimientos en el adulto mayor respecto a su cuidado de la piel con un seguimiento oportuno y comunicación continua enfatizando la protección que debe tener sobre todo en horas del día.

9. Ofrecer un modelo de atención que permita brindar una mejor promoción de la salud y que deba ser asumida como una responsabilidad de todos para un autocuidado óptimo que pueda repercutir en una mejor calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS Envejecimiento y salud Nota descriptiva N° 404 Septiembre de 2015
2. OMS. [Base de datos] URL disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
3. Rafael Pérez Cárdenas. En pobreza y abandono, ocho de cada diez adultos mayores en México 31 agosto 2016. Disponible en: [2016http://formato7.com/2016/08/31/pobreza-abandono-ocho-diez-adultos-mayores-mexico/](http://formato7.com/2016/08/31/pobreza-abandono-ocho-diez-adultos-mayores-mexico/)
4. Eugenia Fernán Zegarra, Defensoría del Pueblo para la Administración Estatal setiembre 2016. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/poblacion-adulta-mayor-crece-peru-respetan-derechos-373235> 2016
1. Población adulta mayor crece en el Perú, pero no se respetan sus derechos. Agosto 2017. Disponible en <https://peru21.pe/lima/poblacion-adulta-mayor-crece-peru-respetan-derechos-373235>
2. El 55% de los adultos mayores en el Perú trabaja y sigue vigente. Agosto 2015. Disponible en <https://peru21.pe/lima/55-adultos-mayores-peru-sigue-vigente-videos-184995>
3. Redacción PERU21 21/06/2015 08:12h 2015. Disponible en <https://peru21.pe/lima/55-adultos-mayores-peru-sigue-vigente-videos-184995>
4. Tafur Paredes, Cinthia; Vásquez Suito, Lucía Francesca; Nonaka Reyna, Margarita Keiko Sachiko. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2017. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4871>
5. Matta Arcos, Daniel ansiedad y percepción de abandono en adultos mayores del servicio de cirugía del hospital regional Ica, julio 2015 Disponible en <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1283>

6. Israel E. Millán Méndez. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Cuba. [Tesis licenciatura] 2016. Disponible en: vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article:2fcf8e38b1d04aaa988441e85c7bb730
7. Pacheco M. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el Asilo de Ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Ecuador [Tesis de titulación] 2016 [Fecha de acceso 22 de octubre de 2017] URL disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/.../tesis%20manuel%20anibal%20pac>
8. Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. Chiclayo Perú [Tesis licenciatura] 2015 [Fecha de acceso 22 de octubre de 2017] URL disponible en: servicios.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/download/202/22
9. Barboza D, Caciano L, Zúñiga A. Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención. Chiclayo Perú [Tesis licenciatura] 2015. [Fecha de acceso 29 de octubre de 2017] URL disponible en: repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/.../BC-TES-3944.pdf?...1.
10. Ibáñez Rodríguez T. Influencia del abandono familiar en el bienestar subjetivo del adulto mayor en el Ciram la amistad del Policlínico El Porvenir – Essalud –” Trujillo – Perú. 2014 [Tesis licenciatura] URL disponible en: dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/1516?show=full.
11. Garcilazo-Salazar M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores” Lima. 2014 URL disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4131/1/Garcilazo_sm.pdf.
12. Revatta F. Capacidad de autocuidado y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica que asiste a la unidad de hemodiálisis del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica. [Tesis licenciatura] Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista. Ica.

13. Perú. Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. [En línea] Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: DGSP/MINSA; 2005
14. Padilla Nieto, Ernesto. Manual de Salud Física del Adulto Mayor. México. Editorial Plaza y Valdez, 2002.
15. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2009 [serie en Internet]. [Citada 7 de marzo de 2015]. Disponible en: www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.html.
16. Simón S. Ángela y Compton H. Linda. Medicina Gerontológica. McGraw Hill, 1. ed. México,
17. Daniela Montecino Cofré ¿Cuáles son sus características (motoras, cognitivas, psicosociales)? [Base de datos], junio 2012 Disponible en. yearsgolden.blogspot.com/.../cuales-son-sus-caracteristicas-motoras.html
18. Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Geriátrica: Capítulo VI Enfermería Geriátrica. URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria>].
19. Abandono social en el adulto mayor [Base de datos] 2013 URL disponible en: noemica-nohemiii.blogspot.com.
20. Corsi J. [Datos en línea] Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. México, 2001 p. 79.
21. Redondo N. Ancianidad y pobreza. Buenos Aires Editorial Paidós p.123. 1990
22. Morales M. ¿La ley ignora la explotación laboral de los ancianos? [Base de datos] 2014. URL disponible en: <https://prezi.com/.../la-ley-ignora-la-explotacion-laboral-de-los-ancianos/>
23. Barrera M. Abuso económico a los adultos mayores. [Datos de internet] 2017. URL disponible en: escuchatussilencios.blogspot.com/.../abuso-economico-los-adultos-mayor.
24. Fernández F. Psicología Médica y Social. Salvat Editores 5ª. Edición. Madrid 1989.

25. Red latinoamericana de gerontología: Los adultos mayores. Un reto para la sociedad. 2011 -URL disponible en: rppoblacion.uaemex.mx/pp/index.php/papelesdepoblacion/article/.../144.
26. Mendoza F. Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas del Distrito Federal. México: [En línea] 2013. OPS-OMS [Fecha de acceso 5 de julio de 2017] Disponible en: <http://cbs.xoc.uam.mx/forosalud/a02.pdf>.
27. Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud. 2006.
28. Alimentación del adulto mayor: priorice las fibras de frutas y verduras. [Fecha de acceso 6 de julio de 2017] 2013 URL disponible en: <http://elcomercio.pe/gastronomia/nutricion/alimentacion-adulto-mayor-priorice-fibras-frutas-verduras-noticia-649530>
29. Nutrición y cuidados del adulto mayor. [Base de datos] Recomendaciones para una alimentación saludable. [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2017] URL disponible en: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
30. Herrera J. Higiene y cuidados del adulto mayor salud. 2016. URL disponible en: es.slideshare.net/higiene-en-el-anciano
31. Cuidado dental en adultos [Datos de internet]. 2013 URL disponible en: <https://medlineplus.gov> > Página Principal > Enciclopedia médica
32. Maguey P. Cuidado de la piel en personas mayores de 60 años. 2015 URL disponible en: www.salud180.com/adultos-mayores/cuidado-de-la-piel-en-personas-mayores-de-60
33. Cuidados para la piel de la persona mayor. Diario El Correo, S.A. Sociedad Unipersonal. BILBAO, 2012. Citado el 22 octubre de 2014. Disponible en: [salud revista.es](http://salud.revista.es) | Madrid.
34. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y Enfermería. 2006; 12(2):53-62.
35. Brunner y, Suddarth. Manual de Enfermería. Cuarta Edición. Tomo II. México: Editorial Interamericana. 1998.

- 36.** Quintanilla M. Enfermería Geriátrica: cuidados integrales en el anciano. Instituto MONSA ediciones. Barcelona. 2007 tomo 1.
- 37.** Teorías y modelos de enfermería programa de enfermería fundamentos de enfermería. URL disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDe>.
- 38.** Plan Nacional para las personas adultas mayores. 2013-2017 Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) Dirección general de la familia y la comunidad. DIPAM URL disponible en: www.minsa.gob.pe/portada/especiales/.../PLAN_AM_2013-2017.pdf.
- 39.** Colman Talavera José. Participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial Caazapá – Paraguay Julio – 2013. Disponible en: <http://www.utic.edu.py/v6/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20Jos%C3%A9%20Colm%C3%A1n.pdf>.
- 40.** Teoría del Autocuidado - Dorothea Orem. URL disponible en: [tps://es.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autocuidado-dorothea-orem](https://es.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autocuidado-dorothea-orem)
- 41.** Plan Nacional para las personas Adultas Mayores PAM – Mimp. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/planes/vers_imprimible_plan_nac_pam_2013-2017.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Cuál es el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017?	Determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.	OE1: Identificar el estado de abandono desde el punto de vista social del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017. OE2: Explorar el estado de abandono desde el punto de vista físico del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017. OE3: Verificar el estado de abandono desde el punto de vista económico del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas	Estado de abandono. Prácticas de autocuidado.	Social Física Económica Familiar. Nutrición Higiene personal Cuidados de la piel.	Tipo: Observacional, transversal, prospectiva. Nivel: Descriptivo Población: 699 adultos mayores. Muestra: Constituida por 115 adultos mayores.	Formato de entrevista.

		<p>Llipata Palpa noviembre 2017.</p> <p>OE4: Examinar el estado de abandono desde el punto de vista familiar del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.</p> <p>OE5: Precisar el autocuidado respecto a la nutrición del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.</p> <p>OE6: Precisar el autocuidado respecto a la higiene personal del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		noviembre 2017. OE7: Precisar el autocuidado respecto a los cuidados de la piel del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud Clas Llipata Palpa noviembre 2017.				
--	--	--	--	--	--	--

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. INTRODUCCIÓN:

Señor (a), tenga usted buenos días, mi nombre es Yashin Mansilla, Bachiller de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando una investigación con el objetivo de determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado que realiza el adulto mayor.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a) 60 a 70 años
- b) 71 a 80 años
- c) 81 a más años.

2. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3. Estado civil:

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Conviviente
- d) Viudo (a)

4. Grado de instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior.

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE ABANDONO		
DIMENSIÓN SOCIAL	Si	No
1. ¿Mantiene buenas relaciones con sus vecinos?		
2. ¿Usted cuenta con algún tipo de seguro?		
3. ¿El establecimiento de salud está cerca de su casa?		
4. ¿Asiste a las reuniones realizadas en su comunidad?		
5. ¿Se siente solo?		
DIMENSIÓN FÍSICA		
6. ¿La casa donde usted vive es propia?		
7. ¿La ropa que usted viste, le compra algún familiar?		
8. ¿Tiene usted las fuerzas suficientes (es independiente) para hacer su higiene personal?		
9. ¿Realiza usted algún tipo de actividad física?		
DIMENSIÓN ECONÓMICA		
10. ¿En la actualidad, trabaja usted?		
11. ¿Recibe usted dinero de alguna pensión o de un familiar?		
12. ¿Tiene problemas económicos?		
13. ¿Usted dispone lo que va a realizar con su dinero?		
DIMENSIÓN FAMILIAR		
14. ¿Vive usted con algún familiar?		
15. ¿Usted siente que su familia se preocupa por su salud?		
16. ¿Cuándo se enferma, lo cuida algún familiar?		
17. ¿Recibe constantemente visita de sus familiares?		

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	Si	No
DIMENSIÓN NUTRICIÓN		
1. ¿Usa prótesis dental?		
2. ¿Consume usted carnes?		
3. ¿Consume usted menestras?		
4. ¿Consume frutas, verduras y productos lácteos?		
5. ¿Deja usted de comer porque siente que la comida le cae mal?		
DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL		
6. ¿Realiza usted mismo su higiene personal?		
7. ¿Tiene los productos necesarios (agua, jabón, cremas) para realizar la higiene y cuidado de su cuerpo?		
8. ¿Asea diariamente sus dientes o prótesis dental?		
DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL		
9. ¿Usted revisa su piel en busca de algún cambio de coloración?		
10. ¿Usted protege su piel del sol?		
11. ¿Cuándo se hace alguna herida, acude al médico o centro de salud para ser atendido?		
12. ¿Su piel se ha dañado a consecuencia de alguna caída?		