

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



TESIS

Efectividad del programa “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, Lima, 2015.

Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Autores:

Lesly Paola Campos Aburto

Estefani Yaquely Morccolla Zuñiga

Asesora:

Mg. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, 2016

Dedicatoria

A mi padre, el señor Leonel Campos Atanacio,
por su comprensión, consejos, ánimos y motivación,
por infundir en mí, fuerzas de superación para lograr
mis metas.

A mi madre, la señora María Ysabel Aburto
Arias, por su preocupación en todo momento, apoyo,
amor y sabios consejos.

A mis hermanos, por ser mi fuente de inspiración
en todo.

Lesly Campos A.

A mi padre, el señor Mario Morccolla Pichihua
y a mi madre, la señora Irene Zúñiga Román, por
su apoyo incondicional en todo momento de mi
vida y por brindarme como herencia la educación.

A mi hermano, por ser mi motivo de superación en
todo momento.

Estefani Morccolla Z.

Agradecimiento

En primer lugar agradecemos a Dios por sus grandes bendiciones y por darnos la oportunidad de terminar el trabajo de investigación y concluir con nuestro deseo de lograr la licenciatura en Enfermería.

Nuestra gratitud a la Mg. Keila Miranda Limachi por su exigencia, guía, estímulo constante y su valioso tiempo desde el inicio hasta la finalización del trabajo de investigación. A su vez, al Mg. David Javier Aliaga, docente del Programa de Capacitación de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud, por su asesoría estadística.

A la Lic. Elizabeth Landeo Cully, encargada de la dirección del Centro del Adulto Mayor EsSalud – Chosica, y a los diferentes miembros administrativos por permitir la realización del estudio.

A la Universidad Peruana Unión, nuestra casa de estudios y segundo hogar, forjadora de conocimientos, donde aprendimos a vivir y a compartir la tolerancia y respeto en nuestro entorno social y sobre todo el servicio a nuestro prójimo.

Resumen

Determinar la efectividad del programa “Yo puedo cuidarme” en el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, Lima 2015. El estudio fue de tipo preexperimental, diseño preprueba y posprueba con un solo grupo, de corte longitudinal. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia del investigador y se basó en criterios de inclusión y exclusión, previamente establecidos; la muestra fue de participación voluntaria, obteniéndose un total de 30 adultos mayores. El programa estuvo organizado en 15 sesiones educativas teóricas y prácticas con una frecuencia de 1 vez a la semana durante 4 meses, para lo cual se utilizó tres instrumentos: Autonomía funcional de EVA, Estado mental de Pfeiffer y Apoyo social percibido de Zimet. Los resultados fueron en cuanto a la autonomía funcional antes del programa el 20.0 % presentó dependencia leve, mientras que después del programa tuvo un 83,3 % autonomía completa ($p=0.000$); asimismo, en el estado de salud mental antes del programa el 36,7 % presentó deterioro leve, pero después del programa se obtuvo un 63.3% con función mental intacta ($p=0.038$) de igual manera en el apoyo social percibido antes del programa el 76,7% presentó un nivel entre bajo y moderado, después del programa tuvo un 100% entre moderado y alto apoyo social percibido ($p=0.000$). Conclusión fue que el programa “Yo puedo cuidarme” fue efectivo porque mejoró la autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en los adultos mayores.

Palabras clave: Autonomía personal, salud mental, apoyo social y adulto mayor

Abstract

Objective: Determine the effectiveness of the program "I can take care of myself" at the level of functional autonomy, mental status and social support perceived in the older adults of the Older Adults Center - EsSalud Chosica, Lima 2015. Material and methods: Study of pre- experimental type, pretest and posttest design with just one group and longitudinal cut. It was used, non-probability sampling by convenience of the researcher, based on criteria of inclusion and exclusion, previously established; the sample was of voluntary participation, resulting in a total of 30 older adults. The program was organized in 15 theoretical education sessions and practices with a frequency of 1 time a week for 4 months, it was used three instruments: functional autonomy of EVA, mental state of Pfeiffer and social support perceived by Zimet. Results: according with the of functional autonomy before the program the 20.0% presented mild dependency, after the program had 83.3% complete autonomy ($p = 0.000$), likewise, in the mental health state before the program the 36.7 presented mild deterioration, after the program was obtained 63.3% with intact mental function ($p = 0.038$), as in social support perceived before the program the 76.7% presented between low to moderate, After the program it had 100% between moderate and high social support ($p = 0.000$). Conclusions: The program "I can take care of myself" was effective because it was improved the functional autonomy, mental status and social support perceived in older adults.

Keywords: Personal autonomy, mental health, social support, older adult.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Índice de tablas	xii
Introducción	xiii
Capítulo I	15
El problema.....	15
1. Planteamiento del problema.....	15
2. Formulación del problema	21
3. Justificación.....	21
4. Objetivos de la investigación	22
4.1. Objetivo general.....	22
4.2. Objetivos específicos	22
Capítulo II.....	23
Marco Teórico	23
1. Marco bíblico filosófico	23
2. Antecedentes de la investigación	24

3.	Marco teórico	40
3.1.	Calidad de vida en la etapa adulto mayor	40
3.2.	Autonomía funcional.	41
3.2.1.	Definición	41
3.2.2.	Importancia.	45
3.2.3.	Alimentación saludable.....	48
3.2.4.	Consumo de agua.....	50
3.2.5.	Polifarmacia y automedicación.....	51
3.2.6.	Ejercicio físico.	54
3.2.7.	Riesgo de caídas.....	56
3.2.8.	Descanso - sueño.	57
3.2.9.	Aseo – Higiene.....	57
3.2.10.	Autocuidado del aparato genitourinario.....	58
3.2.11.	Ocupación del tiempo libre.	59
3.3.	Estado mental.....	60
3.3.1.	Definición.	60
3.3.2.	Importancia.	62
3.3.3.	Orientación y memoria.	63
3.3.4.	Concentración.	63
3.4.	Apoyo social percibido.	64
3.4.1.	Definición.	64

3.4.2.	Enfoque de enfermería en el apoyo social.....	65
3.4.3.	Relaciones interpersonales.....	66
3.4.4.	El autoestima.....	68
3.4.5.	Depresión.....	68
3.5.	Adulto mayor.....	70
3.5.1.	Definición.....	70
3.5.2.	Estadísticas.....	72
3.5.3.	Teoría de envejecimiento.....	72
3.5.4.	Cambios en el adulto mayor.....	73
3.5.5.	Procesos específicos.....	78
3.5.6.	Cuidado del enfermero en el adulto mayor.....	81
3.6.	Teoría de déficit de autocuidado – Dorotea Orem.....	83
3.7.	Programa Educativo “Yo puedo cuidarme”.....	89
3.7.1.	Programa “Yo puedo cuidarme”.....	89
4.	Definición de términos.....	93
4.1.	Autonomía funcional.....	93
4.2.	Estado mental.....	94
4.3.	Apoyo social percibido.....	94
4.4.	Autocuidado.....	94
4.5.	Adulto mayor.....	94
5.	Hipótesis de la investigación.....	95

5.1.	Hipótesis general.....	95
5.2.	Hipótesis específicas.....	95
5.2.1.	Hipótesis de autonomía funcional.....	95
5.2.2.	Hipótesis sobre estado mental.....	96
5.2.3.	Hipótesis sobre percepción de apoyo social	96
Capítulo III.....		97
Materiales y Métodos		97
1.	Diseño y tipo de investigación	97
2.	Variables de la Investigación	98
2.1.	Variable independiente: Programa “Yo puedo cuidarme”.	98
2.1.1.	Definición operacional.....	98
2.2.	Variables Dependientes.	98
2.3.	Operacionalización de variables.	98
3.	Delimitación geográfica y temporal.....	100
4.	Población y Muestra.....	100
4.1.	Población.	100
4.2.	Participantes.....	101
4.3.	Criterio de inclusión y exclusión.	101
4.3.1.	Criterios de inclusión.....	101
4.3.2.	Criterios de exclusión.	101
4.3.3.	Características de la muestra.....	102

5.	Técnica e instrumento de recolección de datos.....	103
5.1.	Escala de valoración de la Autonomía Funcional (EVA).....	103
5.2.	Estado mental de Pfeiffer.....	104
5.3.	Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet.....	105
6.	Proceso de recolección de datos.....	106
7.	Procesamiento y análisis de datos	107
8.	Consideraciones éticas	107
Capítulo IV		108
Resultados y discusión.....		108
1.	Resultados	108
2.	Discusión.....	113
Capítulo V.....		117
Conclusión y Recomendaciones		117
1.	Conclusiones	117
2.	Recomendaciones.....	118
Referencia Bibliográfica.....		119
Apéndice		130
Apéndice 1: Instrumentos de recolección de datos.....		131
Escala de valoración de la autonomía funcional.....		131
Escala de percepción de apoyo social de Zimet		134
Escala de estado mental de Pfeiffer		135

Apéndice 2 Consentimiento informado	136
Apéndice 3 Carta de autorización del área de estudio	137
Apéndice 4: Datos de la prueba de confiabilidad	138
Apéndice 5: Resultados descriptivos	139
Apéndice 6: Modulo educativo.....	144
Apéndice 7: Listado de asistencia y fotos.....	202

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de los participantes según sexo y edad	102
Tabla 2. Descripción del nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención	108
Tabla 3. Puntaje obtenido del nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.	109
Tabla 4. Prueba de Wilcoxon en el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención	109
Tabla 5. Descripción del nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.	110
Tabla 6. Puntaje obtenido en el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.	110
Tabla 7. Prueba de Wilcoxon en el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención	111
Tabla 8. Descripción del nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.	111
Tabla 9. Puntaje obtenido en el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.	112
Tabla 10. Prueba de Wilcoxon en el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.....	112
Tabla 11. Alfa de Cronbach en la escala de valoración de la autonomía funcional.....	138
Tabla 12. Alfa de Cronbach del estado mental de Pfeiffer.....	138
Tabla 13. Alfa de Cronbach del apoyo social percibido de Zimet	138
Tabla 14. Prueba de normalidad del test de autonomía funcional de EVA.....	139
Tabla 15. Prueba de normalidad del test de estado mental Pfeiffer	139
Tabla 16. Prueba de normalidad del test de apoyo social percibido de Zimet.....	139
Tabla 17. Descripción de los ítems de la encuesta de autonomía funcional.....	140
Tabla 18. Descripción de los ítems de la encuesta de estado mental	141
Tabla 19. Descripción de los ítems de la encuesta de apoyo social percibido	142

Introducción

La funcionalidad es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus dimensiones (Silva, 2001). En cuanto al nivel de autonomía funcional, el adulto mayor tiene la capacidad de tomar decisiones por sí solo y afrontar las consecuencias de ello. Asimismo, en el estado mental se sufre cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo, por lo cual se requiere acción oportuna. Por otro lado, el apoyo social percibido es un elemento protector de los adultos mayores, que al moderar los efectos negativos del estrés se contribuye al bienestar y la satisfacción con la vida.

Además, la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme va pasando el tiempo. Esta importante para el equipo multidisciplinario, en lo cual el profesional de enfermería forma parte del cuidado integral de los adultos mayores según su clasificación: independiente, dependiente, parcialmente dependiente y dependiente funcional (Lazcano, 2007).

También Segovia y Torres (2011), aportan que la evaluación geriátrica permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. Por otro lado, Lagos (2015), menciona que el programa educativo tiene una influencia en la mejora de la funcionalidad del adulto mayor.

Por tanto, el propósito del estudio fue evaluar la efectividad del programa educativo “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en los adultos mayores del Centro Adulto Mayor EsSalud Chosica.

El estudio está estructurado de la siguiente manera:

El capítulo I: presenta el planteamiento del problema, se plantea la justificación y se formula los objetivos; en el capítulo II: se muestra la revisión de la literatura que incluye los antecedentes, el marco bíblico filosófico y el marco teórico; además, se incluye el modelo teórico, definición de términos y las hipótesis de la investigación.

En el capítulo III: se muestra el diseño metodológico, en lo cual se incluye el tipo, nivel y el método de estudio que están relacionados con la naturaleza de la variable, operacionalización de variables, delimitación geográfica y temporal; además, se encuentra el área de estudio, la población y muestra con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión, las técnicas e instrumento de recolección de datos y, por último, el proceso de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y consideraciones éticas.

En el capítulo IV se presenta los resultados obtenidos y la discusión de las variables; en el capítulo V se muestra las conclusiones y recomendaciones del programa. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, tal es así que para el 2000 y 2050 la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%; es decir, que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Asimismo, el cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos; por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes (Organización Mundial de la Salud, 2012).

A nivel Latinoamericano, Argentina se caracteriza por ser uno de los países más longevos por la mayor cantidad de años que logran vivir sus habitantes en la actualidad, lo cual se convierte en un desafío para que ese tiempo se disfrutara con calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Asimismo, Chile presenta un evidente y sostenido proceso de envejecimiento en el aumento de la esperanza de vida de los chilenos y la disminución de la tasa de natalidad, fenómeno propio de países que paulatinamente alcanzan mayores niveles de desarrollo. El proceso de envejecimiento de la población ocurre en paralelo a su feminización debido a la mayor longevidad de las mujeres (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2011).

A nivel nacional, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2014), indicó que se proyecta para el 2050 que el porcentaje de personas adultas mayores será de 22.8%, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida a 74,28 años. Actualmente, existen en el Perú 2 millones 907 mil 138 personas mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,43% de la población total.

La población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática detalló que los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú (El Comercio, 2012).

En Lima Metropolitana el 11% de la población es adulta mayor, lo cual es más de un millón que tienen 60 a más años de edad, Lima centro tiene la mayor proporción de la población adulta mayor. En Lima Este existe un 8,6% de población adulta mayor, entre los cuales el distrito que tiene más adultos mayores con un 14% es La Molina y con un 13,9% San Luis, encontramos también el distrito de Lurigancho – Chosica con un 8,9% de población adulta mayor (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014).

La salud se define no solo como ausencia de la enfermedad, sino como el estado de bienestar físico, mental y social. Para la enfermera, esto significa encontrar maneras que lleven al adulto mayor a una vejez saludable (Silva, 2001).

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores así como la capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y empieza a declinar con un ritmo determinado por el comportamiento y las cosas expuestas a lo largo de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La autonomía funcional se conceptualiza como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus campos: biológico, psicológico (cognitivo y afectivo) y social. Existiendo el adulto mayor funcionalmente sano o capaz de valerse por sí mismo y aquel adulto mayor, funcionalmente alterado o con dificultades para valerse por sí mismo (Silva, 2001).

Por lo tanto, esta capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar puede disminuir algún trastorno, enfermedad crónica o lesión limitada en las aptitudes físicas o mentales, teniendo consecuencias importantes en el trabajo, la jubilación y las necesidades de atención a largo plazo (Organización Mundial de la Salud, 1998).

En la práctica se encuentran oportunidades para favorecer la salud del adulto mayor, en lo cual el enseñar al adulto mayor sobre la nutrición y el ejercicio apropiado ayudará a mantener su independencia. La actividad física habitual puede prolongar los años de independencia, mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad de los adultos mayores. El ejercicio regula el aumento de la fuerza; y ayuda a mantener la masa

muscular; mejora el equilibrio, la coordinación y flexibilidad articular. También regula la concentración sanguínea de glucosa, mantiene o reduce el peso, disminuye la presión arterial y el estrés, además de mejorar la calidad del sueño (Araiza, 2012).

De manera indirecta, la práctica de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en la mayoría de las funciones orgánicas del adulto mayor, contribuyendo a mejorar su funcionalidad, lo cual es sinónimo de mejor salud, mejor respuesta adaptativa y mayor resistencia ante la enfermedad (Castillo, Ruiz, Ortega y Gutiérrez, 2006). De hecho, realizar ejercicio físico de manera regular reduce el riesgo de morir. En un reciente estudio japonés, desarrollado con 4222 hombres y 6609 mujeres, la práctica de actividad física, siempre que no fuese vigorosa, estuvo relacionada con una mayor longevidad frente a todas las causas de mortalidad (Hayasaka et al., 2009).

Por otro lado, en las sesiones educativas donde se enseña y se practica las técnicas de relajación, la estimulación del sueño reparador y el reposo adecuado se convierte en una experiencia profundamente vigorizante y potenciadora de vida, fuerza, alegría y quietud. El método se basa en la premisa “La unidad del ser humano permite, no solo actuar sobre su cuerpo a través de la mente, sino también sobre su mente a través de su cuerpo”. Este tipo de técnicas están muy unidas con un estado funcional adecuado (Rivera, 1993).

Si a estas actividades se suman oportunidades en las que el adulto mayor pueda demostrar destrezas para ocupar su tiempo libre, tiempo personal dedicado a actividades auto condicionadas, ya sea de descanso, compensación y creación de ideas, que dan sentido a la vida y reafirmación de la autoconfianza y autoestima, junto con dar curso a sus vocaciones personales, en forma creativa, serán acciones altamente contribuyentes a la mantención de la salud, tanto física como mental, además de ser un derecho de todo ser humano (Forttes, 1993).

Además Delgado (2005), plantea que una fuerte conexión espiritual puede mejorar la satisfacción con la vida o facilitar el adaptarse a los impedimentos, lo cual contribuye en la habilidad para enfrentar efectivamente la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos. En un estudio de religiosidad y bienestar en pacientes geriátricos se encontró que aquellos pacientes que no eran activos religiosamente tenían mucho más altos niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que además, disfrutaban de buena salud física y mental.

Por lo tanto, se hace imprescindible, mantener o recuperar la funcionalidad del adulto mayor, esta situación radica principalmente en el riesgo de caer en discapacidad y dependencia. La discapacidad, según el enfoque actual de la OMS, se refiere a un término genérico, de carácter universal que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. A su vez, dentro del contexto de las condiciones de salud, como es el envejecimiento, la dependencia es un atributo inseparable de la discapacidad, en la que interviene el factor contextual de “ayuda” o reforzamiento funcional, para realizar una determinada actividad (Querejeta, 2003).

Para lograr una mejora en la funcionalidad se debe elaborar programas de promoción de la salud que disminuyan las discapacidades y la aparición de dependencias para mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad (Organización Mundial de la salud, 1998).

Asimismo, Quintanar (2010), añade que la educación en los adultos mayores influye en la mejora funcional porque conservan sus hábitos, valores, virtudes y defectos, dando lugar a una transformación psicosocial del status de la vejez, puesto que el adulto mayor se siente más feliz cuando más actividad realice pero la carencia de actividad origina apatía, pesimismo y depresión

Estos programas básicamente se apoyan en actividades de autocuidado, que una vez que el adulto mayor adopta, como parte de su vida, puede evitar la discapacidad y el declive funcional de su estado de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Hay un crecimiento en número de adultos mayores quienes están propensos a sufrir accidentes por disminución de sus capacidades funcionales. Son un grupo vulnerable, pues están sujetos a una gran cantidad de cambios propios del envejecimiento, conocidos como síndromes geriátricos. Esto preocupa al Estado, ya que implicará el incremento de la demanda de servicios públicos, sobre todo en el ámbito de la seguridad social (salud y pensiones), y probablemente un mayor riesgo de desprotección de los derechos de las personas adultas mayores (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2014).

Por lo tanto, resulta clave que los adultos mayores lleven adelante acciones de autocuidado ya que, muchas veces, las primeras causas de enfermedad o fallecimiento están íntimamente relacionadas con los estilos de vida y pueden ser evitables si se modifica los comportamientos y decisiones (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Tras una entrevista con la responsable profesional del Centro Adulto Mayor EsSalud, Chosica, se encontró que los adultos mayores están expuestos a los cambios económicos y sociales que repercuten en su salud; asimismo, la sociedad en su concepto erróneo margina y discrimina a las personas de la tercera edad. Todo este conjunto de situaciones alteran el bienestar físico, psicológico y social del adulto mayor.

Por todo lo expuesto anteriormente, se considera necesario implementar el programa educativo, “Yo puedo cuidarme”, en los adultos mayores con el fin de mejorar su autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido; con lo cual poder establecer propuestas que contribuyan el cambio de la realidad.

2. Formulación del problema

De acuerdo con la descripción problemática, se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, 2015?

3. Justificación

El trabajo de investigación se justifica fundamentalmente por las siguientes razones:

Por su relevancia teórica porque permitirá organizar y sistematizar la información acerca del autocuidado para el mejoramiento de la funcionalidad en los adultos mayores como parte de un estilo de vida saludable.

Por su relevancia metodológica porque contribuirá con el diseño y elaboración de un programa educativo “Yo puedo cuidarme” para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en adultos mayores; a fin de que pueda ser mejorado para ser aplicado en futuras investigaciones.

Por su relevancia social porque beneficiará a los adultos mayores del Centro del adulto mayor, EsSalud - Chosica a través del programa educativo “Yo puedo cuidarme” mediante la participación en talleres educativos propios del programa, para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social que contribuye al beneficio propio y de la comunidad. Asimismo, el Centro del Adulto Mayor Chosica podrá continuar ejecutando sesiones para promover la funcionalidad. También podrá ser utilizado por otros centros de adultos mayores para mejorar el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social de los adultos mayores, en lo cual también

mejorará su calidad de vida, contribuyendo a la promoción y prevención de una vida saludable en la comunidad de Chosica.

Relevancia práctica: contribuirá en la práctica de enfermería en el campo de promoción y prevención de salud, donde los beneficiarios serán los adultos mayores mediante programas educativos.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general

Determinar la efectividad del programa educativo “Yo puedo cuidarme” en el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica.

4.2 Objetivos específicos

Determinar el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Determinar el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Determinar el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco bíblico filosófico

Este trabajo de investigación está basado en principios cristianos, a continuación una breve explicación:

Los adultos mayores necesitan sentir la influencia de la familia, formando parte de los intereses y ocupaciones de la casa; haciéndolo sentir que se aprecia su ayuda en todo momento y esto les alegrara el corazón e infundirá interés a su vida, por lo tanto, haced que permanezcan entre amigos y familiares en lo cual puedan recordar los mejores momentos vividos (White, 1989).

La Biblia ordena cuidar el cuerpo, lo que se evidencia en 1 Corintios 6:19, donde dice que el cuerpo es templo del Espíritu Santo. Esto significa que cuidar el cuerpo es no consumir drogas y fumar; por ejemplo, el fumar es nocivo para la salud, y por eso es correcto evitarlo, sin embargo, el dejar de hacer ejercicio físico también es nocivo para la salud. Es el deber de toda persona cuidar el cuerpo que Dios ha dado, para lo cual es

importante adoptar un estilo de vida saludable y mejorar la funcionalidad del autocuidado.

Para poder ofrecerle a Dios un servicio perfecto, se debe tener un concepto claro de sus requerimientos. Se debe usar el alimento más sencillo, preparado en la forma más simple, de manera que no se debiliten los delicados nervios del cerebro, ni se entorpezcan ni se paralicen, incapacitándolo para discernir las cosas sagradas, o considerar la expiación, la sangre purificadora de Cristo como algo inestimable (White, 1989).

En la Biblia encontramos una guía para la salud y la felicidad. Dios no nos forzará a seguir su manual, pero no seguirlo resultará mal para la salud. Su promesa es: "Si oyes atentamente la voz de Jehová tu Dios, y haces lo recto delante de sus ojos, y das oído a sus mandamientos, y guardas todos sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque yo soy Jehová tu sanador." Éxodo 15:26.

2. Antecedentes de la investigación

Lommi, Matarese, Alvaro, Piredda y De Marinis (2015), desarrollaron un trabajo en Italia con el objetivo de identificar, evaluar críticamente y sintetizar la evidencia cualitativa de las experiencias de autocuidado en promoción de la salud para los ancianos que viven en el hogar. El tipo de investigación fue cualitativa y la búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed, CINHALL, Embase, PsycINFO, Eric y bases de datos ILISI. Otros artículos fueron buscados en Scopus y Web of Knowledge. Los resultados mostraron que las personas mayores que viven en su casa, toman decisiones sobre sus actividades de autocuidado y actitudes hacia la vida y el futuro. Estas actividades de autocuidado se dirigen a mejorar el bienestar, la prevención y el tratamiento de los efectos del envejecimiento, obteniendo una sensación de satisfacción y autorrealización.

Kaur, Kaur y Thapar (2015), desarrollaron una investigación con el objetivo de evaluar el déficit de autocuidado percibido y sistema de apoyo social entre los ancianos que residen en la ciudad de Ludhiana en India. El tipo de estudio fue descriptivo. Los participantes fueron 100 adultos mayores, en lo cual se ejecutó un programa de entrevistas para evaluar las características sociodemográficas, se utilizó el índice de Barthel estandarizado y modificado por Shah Surya para la evaluación de autocuidado (MBI) y el Cuestionario de Recursos Personales (PRQ 2000) de Weinert para medir el apoyo social fueron utilizados para la recolección de datos. Los resultados revelaron que más de la mitad (55%)de personas en edad avanzada, percibe un ligero déficit de autocuidado, mientras que un 35% percibe un moderado déficit de autocuidado. Dos tercios (63% de ancianos) tenían alto apoyo social y el resto de ellos (37%) tuvieron un bajo déficit de autocuidado, percepción y apoyo social, habiendo significativamente relación positiva entre ellos. En conclusión, el déficit de autocuidado percibido fue mayor y el apoyo social fue menor entre la edad del grupo de 80 años, en las mujeres.

Espinosa et al. (2013), desarrollaron un estudio de investigación para evaluar un programa de rehabilitación de la marcha, equilibrio e independencia supervisado para adultos mayores en el primer nivel de atención en México. El tipo de estudio fue cuasiexperimental, los participantes fueron 72 adultos mayores de 65 años de edad que recibieron orientación de factores de riesgo de caída, entrenamiento de marcha, equilibrio e independencia. Se aplicó la prueba "Levántate y anda", Escala de Tinetti Índice de Katz, resultando que el 81.9 % completó el programa. La edad promedio fue de 72 ± 5 años; y el 67.8 % fue del sexo femenino. Se demostró mejoría estadísticamente significativa en la marcha y el equilibrio ($p = 0.001$) y sin significación estadística para independencia ($p = 0.083$). En los subgrupos que acudieron a la unidad médica adversus domicilio se observó mejoría con significación estadística solo en la marcha y el

equilibrio ($p = 0.001-0.003$) y solo mejoría con relevancia clínica en la independencia ($p = 0.317$ a 1.000). En conclusion, el programa es aplicable con resultados significativos en el primer nivel de atención.

Sanhueza, Castro y Merino (2012), evaluaron el efecto del programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un centro de salud familiar del sur de Chile. El tipo de estudio fue cuasiexperimental. Se intervino a un grupo de 30 adultos mayores entre 65 y 79 años. Los resultados mostraron fuerte asociación entre la participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas valor $p=0,0001$; funciones mentales intactas valor $p= 0,01$ y buena autopercepción de salud valor $p=0,0002$. En conclusión el programa de autocuidado constituye un entorno estimulante, declarado por Lehr y Orem, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor, favoreciendo su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y autopercepción de salud.

Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamante (2011), realizaron un estudio de investigación en lo cual tuvo como objetivo evaluar los efectos de un programa de activación psicomotriz en adultos mayores que presentan deterioro cognitivo y depresión en Chile. El tipo de estudio fue preexperimental. La muestra estuvo constituida por 11 adultos mayores, de una edad media de 80 años, a los cuales se evaluó al inicio y al término de la intervención mediante el test de Pfeiffer –para medir el nivel cognitivo– y la escala de Yesavage –para evaluar el nivel de depresión–, además del índice de Barthel y la pauta de evaluación psicomotriz. Se realizó un programa de 21 sesiones de 50 minutos, que se dividió en siete etapas, tres veces a la semana, durante el período enero-febrero de 2008. Los resultados mostraron efectos positivos del programa de activación psicomotriz, ya que denotan su efectividad para mejorar el rendimiento cognitivo y disminuir los niveles

de depresión de los adultos mayores institucionalizados, se realizó una evaluación del nivel cognitivo mediante el test de Pfeiffer; en el grupo de estudio se constató un aumento de sujetos con funciones intelectuales intactas del 27,2% y la ausencia de sujetos con deterioro moderado pos intervención. Es evidente el cambio en los pacientes al aumentar el nivel cognitivo. Se concluyó que es importante emplear este tipo de programas de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo asociado a la edad y prevenir, además, el desarrollo de demencias en esta población manteniendo funcional al adulto mayor, con lo que alcanza una mejor calidad de vida.

Fernández y Manrique (2010), evaluaron el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos en Colombia. El tipo de estudio piloto fue diseño cuasiexperimental, desarrollado con una muestra de 40 adultos mayores. Se usó la escala ASA, que consistió de seis sesiones educativas con el apoyo didáctico de videos y folletos diseñados por los investigadores. Los resultados fueron que el autocuidado aumentó en 26,4 puntos y 1,9 puntos en el grupo experimental y control respectivamente, cuando se usó medición basal; 20,5 y 1,2 cuando se controló el efecto basal. La ganancia en ASA fue significativa entre 20,9 y 31,8 puntos ($p=0,00$) usando basal en grupos dependientes; y 16,9 a 24 puntos sin medida basal en grupos independientes experimentales. La conclusión fue el efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar el autocuidado del adulto mayor hipertenso y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. El instrumento no generó efecto en el fortalecimiento del autocuidado, pero se puede considerar una mayor ganancia al usarlo en combinación con la intervención.

Millán (2010), presentó un análisis de investigación con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad en Cuba. El estudio fue descriptivo, teniendo como muestra 354 ancianos de 3 consultorios, se

seleccionaron 195, a los cuales 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. Las conclusiones fueron que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.

Söderhamn, Lindencrona y Ek (2010), realizaron una investigación teniendo como objetivo describir la capacidad para el autocuidado entre la casa de vivienda de ancianos en la comunidad, en un distrito de la salud en el oeste de Suecia. El tipo de estudio fue descriptivo, utilizaron dos instrumentos de autoinforme, además de una serie de preguntas relacionadas con el autocuidado se distribuyeron por correo a una edad estratificada muestra aleatoria y finalmente completado por un total de 125 sujetos. Los resultados mostraron que la capacidad del autocuidado y la agencia de autocuidado disminuyeron para los encuestados más de 75 años de edad. Capacidad de autocuidado fue predicho por tres medios productivos para el autocuidado y cuatro factores de riesgo.

Hosseini, Torkani y Tavakol (2010), desarrollaron un trabajo teniendo como objetivo definir el efecto de las visitas de la enfermera en casa en el autocuidado autoeficacia de las personas mayores en las zonas rurales en Iran. El tipo de estudio se trata de un diseño cuasiexperimental, pre y pos test. Los participantes fueron 33 adultos mayores seleccionados aleatoriamente de cinco pueblos. El programa de intervención fue en el sentido de autocuidado y autoeficacia en cuatro dominios, incluyendo la nutrición, la práctica de la salud, la actividad física y el bienestar en forma de cinco programas de

visitas a casa y una sesión de grupo por una enfermera durante 6 semanas, e incluyó dos secciones diferentes de las intervenciones de educación y de enfermería. Los resultados mostraron puntuación media de edad avanzada en los cuatro ámbitos mencionados aumentó después de que el programa de visita a la casa. Una diferencia significativa se observó en las puntuaciones medias totales de autocuidado autoeficacia y sus subescalas por emparejado t-test antes y después de la intervención. La conclusión fue que el programa de visita domiciliaria, tuvo una influencia positiva en la mejora de autocuidado autoeficacia de los ancianos. Con respecto a la importancia del autocuidado en la promoción de la salud, de las intervenciones de bajo costo multifacéticas de edad avanzada presentó mayor efecto esencial.

Garamendi, Delgado y Amaya (2010), realizaron un estudio de investigación en lo cual tuvo como objetivo demostrar que el programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva mejora el deterioro cognitivo en adultos mayores en México. El tipo de estudio fue prospectivo y longitudinal. La muestra estuvo constituida por 68 pacientes con una edad igual o mayor de 60 años de ambos sexos, que presentaron deterioro cognitivo en la Prueba de Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) y/o en la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI). A los pacientes se les aplicó un programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva y al final se evaluaron nuevamente con las pruebas de MEC y Neuropsi. Los datos obtenidos se analizaron con la prueba de Wilcoxon. Los resultados mostraron un porcentaje de mejoría en la prueba de MEC de 15.2% y en la prueba Neuropsi un 16.33%. Se encontró una diferencia estadística significativa $p < 0.05$ al comparar los datos iniciales y finales se concluyó que el deterioro cognitivo mejoro con la aplicación del programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva en adultos mayores.

Karakaya, Bilgin, Ekici, Köse y Otman (2009), desarrollaron una investigación con el objetivo de comparar la movilidad funcional, síntomas depresivos, nivel de independencia y calidad de vida de los ancianos que viven en el hogar y en el hogar de ancianos en Turkia. El tipo de estudio fue comparativo y prospectivo. La muestra fue 33 ancianos que viven en un hogar de ancianos y 25 ancianos que viven en el hogar. Se obtuvo como resultados que movilidad funcional y el nivel de independencia de los residentes de hogares de ancianos fueron superiores a los ancianos (IC del 95%: -4,88, -0,29 y 0,41, 6,30, respectivamente) Vivienda, pero tenían más síntomas depresivos (IC del 95%: 0,30, 5,45), y su nivel de calidad de vida fue menor (IC del 95%: -15,55, -2.93). La conclusión mostró que estos hallazgos son importantes y de beneficio para los profesionales de la salud y los cuidadores como indicando las áreas que necesitan ser compatible con los ancianos que viven en el hogar y en el hogar de ancianos.

Novoa, Juárez y Nebot (2008), realizaron un estudio de investigación en lo cual tuvo como objetivo establecer la efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria asociado a la edad mediante una revisión de la literatura científica en España, el tipo de estudio fue retrospectivo. Las muestras fueron los estudios publicados desde 1990 que evaluaran la efectividad de una intervención cognitiva sobre la memoria en personas mayores sin deterioro cognitivo leve ni demencia, y se clasificaron según su calidad. Se evaluaron los efectos, a corto y a largo plazo, sobre el rendimiento en tareas de memoria objetiva y subjetiva y la transferencia a otros dominios cognitivos, los resultados mostraron que veinticinco estudios cumplieron los criterios de inclusión. Once (44%) fueron considerados de elevada calidad, de los cuales todos excepto uno mejoraron algún indicador de memoria. El tipo de memoria más evaluada fue la memoria objetiva reciente verbal, que mejoró en 8 de 9 de los estudios de elevada calidad. La memoria objetiva reciente no verbal y de

asociación, evaluadas principalmente por los estudios de calidad media, mejoraron en 4 de 7, y en 10 de 11 estudios, respectivamente. Los resultados referentes a memoria subjetiva fueron muy heterogéneos. La transferencia únicamente se observó en uno de 7 estudios de elevada calidad, se concluyó que los resultados surgieron que determinadas intervenciones cognitivas desarrolladas en personas mayores sanas son efectivas en la prevención del deterioro de la memoria, especialmente sobre la memoria reciente verbal

Giraldo y Franco (2008), desarrollaron un trabajo de investigación con el objetivo de valorar la salud y la capacidad funcional de ancianos con dependencia funcional para el autocuidado, como elementos para orientar el cuidado de enfermería y el cuidado familiar en casa en Colombia. El tipo de estudio descriptivo transversal. La muestra fue de 40 personas de 65 y más años con dependencia funcional, con un muestreo por conveniencia. Valoración de la capacidad funcional con el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. Los hallazgos fueron que población entre 67 y 98 años, edad promedio 84,08 años; 82,5% mujeres. Sistemas orgánicos más afectados: cardiovascular, osteomuscular y neurológico; entre 47,5% y 27,5% de los ancianos los tenían comprometidos. Las actividades básicas estaban afectadas así: entre el 67,5% y el 55% de los ancianos requería ayuda; y las actividades instrumentales estuvieron comprometidas: entre el 95% y el 75% de los ancianos son totalmente dependientes en ellas. La conclusión fue que la valoración de la capacidad funcional articulada al estado de salud integral de los ancianos, para orientar su cuidado y apoyar a los cuidadores familiares.

Durán, Orbegoz, Uribe y Uribe (2008), desarrollaron una investigación siendo el objetivo del presente estudio, identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil en Santiago de Cali. El tipo de estudio fue

correlacional y transversal. La muestra fue con adultos mayores de 60 años, asistentes a centros de día en lo cual se seleccionó una muestra no probabilística de 500 adultos mayores. Los resultados mostraron diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. La conclusión fue que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa.

Heo, Moser, Lennie, Riegel y Chung (2008), desarrollaron un trabajo de investigación con el objetivo de identificar los factores relacionados con las conductas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca en New York. El tipo de estudio fue correlacional, transversal con una muestra de 122 pacientes (77 hombres y 45 mujeres, edad media 60 ± 12 años, 66% New York Heart Association clase funcional III / IV). Los resultados revelaron mayor confianza en el autocuidado y la percepción de control y un mejor conocimiento de gestión de la insuficiencia cardíaca se asociaron con un mejor cuidado de sí mismo ($r^2 = 0,25$, $p < 0,001$). Mayor percepción de control y un mejor conocimiento estaban relacionados con mejores comportamientos de autocuidado en los hombres ($r^2 = 0,18$, $p = 0,001$), mientras que una mayor confianza de autocuidado y el estado más pobre funcional se relacionaba con mejores comportamientos de autocuidado en mujeres ($r^2 = 0,35$, $p < 0,001$). Existe diferencias de género en los factores que afectan el cuidado personal, a pesar de que a los hombres y mujeres de base tienen niveles similares de conocimiento, físico, psicológico y el estado conductual. Las intervenciones

eficaces centradas en factores modificables y las características únicas de los hombres y las mujeres deben ser proporcionados a mejorar las conductas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Kudo et al. (2007), desarrollaron una investigación con el objetivo evaluar los factores que influyen en la satisfacción de vida de los adultos mayores en Tashiro. El tipo de estudio fue de correlacional, se midió utilizando la escala moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGC) a 1710 sujetos, los cuales se introdujeron en el presente estudio. Aproximadamente el 10% eran autocuidado de personas mayores dependientes. Los resultados mostraron que el autocuidado de la mujer en las personas mayores independientes mostraron puntuaciones de moral más bajas que los hombres. Puntajes de moral de autocuidado en personas mayores independientes disminuyó con la edad en ambos sexos. Puntajes de moral de hombres independientes de autocuidado fueron mayores cuando estaban sanos, tenía una ocupación y tomó parte en las actividades sociales de la comunidad; puntajes de moral de las mujeres independientes de autocuidado fueron mayores cuando estaban sanos y tenían aficiones. Familia composición, la dependencia de autocuidado, ingresos y hábitos para la promoción de la salud también fueron factores de decenas de moral. Llegando a la conclusión que las personas mayores sanas con algunos estilos de vida específicos de género tuvieron los puntajes más altos de moral. Con la edad avanzada, los estilos de vida no determinan las puntuaciones de moral.

Zabalegui et al. (2006), realizaron un estudio de investigación lo cual tuvo como objetivo determinar la eficacia, a lo largo de 12 meses, del programa Educativo de Autocuidado del Anciano (PECA) sobre la calidad de vida, el estado nutricional y el apoyo social percibido de personas mayores de 65 años que viven en su propio domicilio en Barcelona. El tipo de estudio fue ensayo clínico aleatorizado, la muestra estuvo

constituida por personas mayores de 65 años que viven en sus propios domicilios, sanas o con enfermedades crónicas propias de la edad y que obtienen una puntuación normal en el test de Pfeiffer. Se seleccionó a un total de 70 sujetos (35 por grupo) y abandonaron 5 del grupo control. Los resultados mostraron que hubo una buena percepción de la salud (88,2%) y el 21% vivía solo. Únicamente se observaron estadísticamente diferencias significativas entre las observaciones pre intervención y pos intervención en la variable estado nutricional ($p = 0,001$), se concluyó que la diferencia observada en la variable estado nutricional no es «clínicamente» relevante. La ausencia de efecto de la intervención podría deberse a que la muestra es muy homogénea, con un buen estado de salud y con una red social bien establecida. El programa PECA no ha producido ningún resultado estadísticamente significativo al comparar los resultados pre intervención y pos intervención para las variables percepción subjetiva del impacto de salud y apoyo social

Calero y Navarro-González (2006), realizaron un estudio de investigación lo cual tuvo como objetivo analizar el efecto de un entrenamiento en memoria en el mantenimiento cognitivo de ancianos con y sin deterioro cognitivo en España. El tipo de estudio fue cuasiexperimental. La muestra estuvo constituida por 98 ancianos (59 grupo tratamiento y 39 grupo control) que han sido evaluados en tres momentos temporales (antes del entrenamiento, después del mismo y tras 9 meses) con diversas pruebas de funcionamiento cognitivo. Las personas del grupo tratamiento han participado en un programa de entrenamiento en memoria de 14 sesiones. Los resultados mostraron que los ancianos del grupo tratamiento mejoran su rendimiento cognitivo en las evaluaciones posteriores al entrenamiento mientras que las del grupo control sufren un declive de tal manera que, aunque no existen diferencias significativas de partida entre grupos, estas sí que se producen una vez introducida la fase de entrenamiento. Se concluyó que los

resultados muestran los efectos positivos de este tipo de intervenciones cuando se trabaja con población anciana.

Borg, Hallberg y Blomqvist (2006), desarrollaron un trabajo con el objetivo de evaluar la satisfacción con la vida de las personas mayores (más de 65), con disminución de la capacidad de autocuidado: la relación a lo social, la salud y los aspectos financieros en EEUU. El tipo de estudio fue correlacional y transversal. La muestra fue de 522 personas fue seleccionadas al azar, utilizando una forma modificada de los estadounidenses de edad avanzada 'Recursos Programación y satisfacción con la vida Índice Z. Los resultados fueron que la edad media en la muestra total fue de 77.9; mujeres (79.5) y fueron significativamente mayores que los hombres (77.0). Una baja satisfacción de vida se encontró entre las mujeres, así como los que viven en alojamientos especiales. Para la satisfacción con la vida se utilizó el Índice Z que fue de 15.3 (SD 5.6) en la muestra total. La conclusión fue que la satisfacción de vida de las personas mayores con incapacidad de autocuidado es determinado por varios factores: aspectos sociales, físicos, mentales y financieros. Estos factores deben tenerse en cuenta en el cuidado de estas personas para preservar su satisfacción con la vida.

Vivaldi y Barra (2012), realizaron un estudio de investigación lo cual tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores en la ciudad de Concepción (Chile), el tipo de estudio fue correlacional. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres, se concluye que es relevante la importancia de Programas Comunitarios en que se incentive la

formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, al ser factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de los adultos mayores.

Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004), realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre las variables de autonomía, soporte social, salud mental (depresión, estado mental) y actividad física (frecuencia semanal de actividad física recreativa, tiempo diario, disfrute de la actividad que realiza y la edad de los sujetos) en Costarrica. El tipo de investigación fue correlacional. La muestra fue de 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA, 1994) y una encuesta sobre actividad física recreativa. Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración. Asimismo, en lo que respecta al género; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ($F=5.86$). La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron, el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores. Se concluye, que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces y de tiempo por semana le dedique.

Kahana et al. (2002), desarrollaron una publicación con el objetivo de evaluar el impacto a largo plazo de práctica preventiva en la calidad de vida del adulto mayor en EEUU. El tipo de estudio fue cuasiexperimental y longitudinal. Se examinaron los beneficios para la salud que proporciona la participación en comportamientos pro-activos

de la promoción de la salud en los ancianos de 72 años a más años que llevan una vida independiente. Se realizó en un periodo de 9 años en entrevistas anuales en la vivienda de 1000 personas, con el fin de averiguar si los comportamientos que favorecen la salud, publicados a nivel basal, guardaron correlación positiva con la calidad de la vida 8 años después, al finalizar el estudio se observó que el ejercicio mejoraba la ejecución de los AIVD y aumentaba la duración y la calidad de vida. La prohibición de fumar tuvo correlación con el aumento de la longevidad. En conclusión, es poco probable que exista un límite de edad por encima del cual los internos de mejorar la salud no sirvan para mejorar la calidad y la duración de la vida.

Carmenaty y Soler (2002), desarrollaron un trabajo con el objetivo de realizar una evaluación funcional en el Hogar de Anciano “Mella”, en la provincia Santiago de Cuba. El tipo de estudio fue descriptivo. El universo de estudio estuvo constituido por los 26 ancianos del hogar. Los datos se obtuvieron a partir del modelo de Evolución Funcional para el Adulto Mayor Institucionalizado y se obtuvieron como resultados que el 3,8 % de los ancianos se encuentran en un nivel 1 y el 62,9 % en un nivel 3, además, el 96,1 % realizaron de forma independiente las actividades de la vida diaria. Llegando a la conclusión que las actividades instrumentadas con mayor grado de dependencia son el uso de teléfono, las labores de artesanía, ir de compras y el manejo de la casa; se debe trabajar para crear un mayor nivel de independencia y autonomía en el adulto mayor.

Garcilazo (2015), desarrolló una investigación que tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en San Juan de Miraflores, Perú. La investigación es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar los 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”. Se

concluye que la capacidad del autocuidado en el adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, en lo cual influye desfavorablemente en su calidad de vida.

Lagos (2015), desarrolló un trabajo con el objetivo de determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” e identificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado, antes y después de la aplicación de la estrategia educativa, Lima. El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método de estudio cuasiexperimental. La población estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra fue de 30. Los resultados fueron que de los 30 adultos mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y 2 (6,7%) adultos mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) adultos mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo. Concluyeron que se acepta la hipótesis de estudio: Es efectiva la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos.

Manrique (2010), desarrolló una publicación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja”, Perú. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumentos una

encuesta y una escala de Lickert modificada. Los resultados fueron: el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio; y en la dimensión psicosocial, es alto. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación.

Varela, Chávez, Galvez y Mendez (2005), realizó una investigación con el objetivo determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. El tipo de investigación fue descriptivo con corte transversal. Materiales y métodos fue en base a la información del estudio “Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional”, que incluyó 400 pacientes de 60 años o más; se evaluó las características de la funcionalidad y se comparó los resultados de la funcionalidad con los principales síndromes y problemas geriátricos. Resultados: Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas de la Vida Diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión. Conclusiones: La frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad,

presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional.

3. Marco teórico

3.1 Calidad de vida en la etapa del adulto mayor.

La mayoría de los adultos mayores no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para transmitirlos a otros. Sin embargo, los profesionales de la salud y los mismos adultos mayores cuestionan muchas veces esta posibilidad debido a concepciones equivocadas y estereotipos relacionados con la vejez, etapa que se considera sinónimo de incapacidad para aprender, rigidez, enfermedad y pérdida de interés por la vida (Maslow, 1970).

El autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud, como los informales; desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado entre otras, el control personal de la temperatura, el pulso o la presión arterial, la realización de actividades físicas con regularidad (Coppard, 1985).

Por otro lado, el MINSA dice que es cuidar nuestra salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludable para mantenernos sanos y activos, y hacer más difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad. Para autocuidarnos tenemos que conocernos, querernos y aprender a cuidarnos, es importante aceptar las

huellas que el tiempo va dejando en el cuerpo y amarnos tal como somos (Ministerio de Salud, 2010).

3.2 Autonomía funcional.

3.2.1 Definición.

El concepto de salud ha experimentado un cambio importante, desde una noción negativa centrada en la ausencia de enfermedades a una concepción más positiva, “de estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”, la OMS (Citado por Gutiérrez et al., 2010) dio una definición operacional del concepto de salud en la que se tomara en cuenta la función, considerándola como “un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales”.

A través del tiempo, la misma Organización Mundial de la salud (2012), mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento “como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)”; la interrelación compleja entre el estado de salud (trastorno o enfermedad) y factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del hombre en un entorno real.

De tal forma que un sujeto puede tener deficiencia sin limitación en la actividad, o bien tener limitaciones en la actividad sin deficiencias evidentes o, por otra parte, tener problemas de participación, sin deficiencias o limitaciones en la actividad; o en otra vertiente, tener limitaciones en la actividad sin problema de participación; esto nos

demuestra la complejidad de la interacción entre los diversos factores, involucrando los factores sociales en el concepto de funcionalidad (Querejeta, 2003).

En otra vertiente más particular, con una ideal igualmente holística, menciona la interacción de diferentes dimensiones para la evaluación geriátrica e identifica el estado funcional del anciano, no involucrando solo el aspecto médico, sino de forma más global involucrando los aspectos cognitivo, afectivo, factor medioambiental, soporte social, factor económico y espiritualidad (Reuben, 2007).

En congruencia con lo anterior, Pérez, Sanz-Aranguez y Moya (2008), refiere que se deben incluir las esferas física, mental y social en la valoración geriátrica, y la integración de estas tendrán como resultado la función o situación funcional de un sujeto, expresando su capacidad para vivir de forma independiente. Sin embargo, Kirk y Mayfield (1998), consideraban los mismos aspectos, solo sumando la situación económica al grado de actuación que tiene el individuo en las actividades relacionadas con la vida cotidiana para descubrir cuál es la fuente potencial de la incapacidad o deterioro, así como sus necesidades.

Similarmente, Pedrero y Pichardo (2009), identifican la funcionalidad en Geriátrica holística, integrando los aspectos físico, mental, socio familiar, agregando lo económico. No solo identificando la funcionalidad, sino la discapacidad, desacondicionamiento o grado de incapacidad del adulto mayor. Por lo tanto, se considera anciano sano el que se mueve y toma sus propias decisiones, independientemente de las enfermedades que tenga, y anciano enfermo el que deja de moverse y de tomar sus propias decisiones, se vuelve dependiente; quien requiere de mayor atención y gastos.

La función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el

ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales, según los define a Pérez et al. (2008) y concuerda con la OMS, de eliminar el concepto de deficiencia, discapacidad y minusvalía como sinónimos y plantea el funcionamiento y discapacidad globalmente, basado en un modelo biopsicosocial, considerando al individuo en el contexto en donde se desenvuelve.

Como se ha determinado hasta el momento, la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, la consideran como “la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio”. Lobo, Santos y Carvalho (2007), mencionan que la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario, para mantener el cuerpo y poder subsistir independientemente; por tanto, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la capacidad funcional está indemne. Desde una perspectiva funcional un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal; por consiguiente, la función, definida por Lazcano (2007), es “la capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana”, Medina, Rodríguez y García (2007), definen la funcionalidad como “el grado de independencia o capacidad para valerse por sí mismo para la vida”.

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la

actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria (Spirduso, 2004).

Sosa, García y González (2007), identifican el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y social. Por otra parte, Rodríguez y Alfonso (2006), consideran que para la capacidad funcional hay que tomar en cuenta la propia evolución de patologías múltiples superpuestas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos la polifarmacia y la automedicación por un lado, y por otro la presencia de afecciones crónicas e invalidantes y hasta la influencia de factores sociales y psicológicos.

Es fácil confundir que la capacidad funcional puede estar dada por los cambios propios del envejecimiento o por los procesos mórbidos; sin embargo, Rodríguez y Alfonso (2006), dejan claro que principalmente se da la disminución de la capacidad funcional por las patologías presentes, idea que concuerda con Pérez et al. (2008).

El deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para actividades básicas de vida diaria (Reyes y Aguilar, 2009).

Existen interrogantes sobre la existencia de la relación entre el estado funcional y el deterioro cognitivo, interrogantes que han sido resueltas, pues existen estudios en Kasper (2004), que han comprobado que el deterioro cognoscitivo severo conlleva a dificultades de autocuidado. Por lo anterior, como menciona Fernández (2009), es importante identificar en el adulto mayor la diferencia entre el declive cognitivo (como un componente normal del envejecimiento) y un deterioro cognitivo de origen neuropatológico; por ello la importancia de integrar esta área a la evaluación geriátrica, tal y como lo sugiere Rubenstein y Rubenstein (2007), pues el estado cognitivo es uno de los datos claves dentro de la discapacidad funcional del anciano, ya que nos ayudará a identificar qué partes de la exploración física necesitan una especial atención.

3.2.2 Importancia.

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica clínica habitual y ser el pilar fundamental para el cuidado enfermero. La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero es poco práctico a partir de los modelos de atención médica por lo que el autoinforme de las ABVD y las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria (AIVD) se deben corroborar, si es posible, por un informante, acompañante o cuidador.

Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función social, ya que el deterioro funcional no debe de atribuirse al proceso de envejecimiento, porque se corre el riesgo de omitir el verdadero origen. Todos los cambios en el estado funcional deben conducir a una nueva evaluación diagnóstica. El estado funcional, según Reuben (2007), puede ser evaluado en tres niveles: las ABVD, las AIVD y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las actividades en la vida diaria, actividades personales de la vida diaria o también llamadas AVBD, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo como bañarse, vestirse, asearse, continencia, la alimentación y las transferencias. Las AIVD se refieren a la capacidad de mantener un hogar independiente, a realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas, tareas domésticas, reparaciones en el hogar, lavandería, tomar la medicación y manejar las finanzas. Las AAVD se refieren a la capacidad para cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares como participar en la tarea de recreo u ocupacional. Estas actividades varían considerablemente de un individuo a otro (Moruno, 2006).

Según Lazcano (2007), la clasificación habitual para la función es la siguiente:

1. Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda
3. Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.
4. Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo. Actualmente la

evaluación del anciano debe de ser multidimensional con la inclusión del área física, mental, social y funcional; esta última siendo un eje fundamental para identificar la función, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico dado que traduce la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia. Conviene recordar que el objetivo de la geriatría es mantener la función cuando el paciente puede valerse por sí mismo o recuperarla cuando se ha deteriorado. Existen numerosas escalas que se utilizan para la cuantificación de la capacidad funcional; estas deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria.

Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son: Katz (1963), Lawton-Brody (1969), Barthel (1950), siendo este último el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología. El índice de Barthel, también conocido como índice de Discapacidad de Maryland está definido como: medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (Barrero, García, y Ojeda, 2005).

Esta escala consta de 10 preguntas en las que se incluye la valoración de las ABVD; identificando la independencia o dependencia del sujeto. La puntuación máxima de independencia es 100 y la de máxima dependencia es de 0, con intervalos de 5 puntos; un paciente que obtiene 100 puntos en el índice de Barthel es capaz de mantener el control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste y se levanta de la cama y/o silla, se baña por sí mismo, camina al menos una cuadra y puede ascender y descender por las

escaleras. Esto no significa que pueda vivir solo; puede no ser capaz de cocinar, mantener limpia la casa, pero es capaz de sobrellevarla sin un asistente de salud. La obtención de la información puede ser por observación, entrevista al paciente o cuidador principal, con duración de dos y cinco minutos y máximo 10. Según Barrero et al. (2005), para poder aplicarla consecutivamente, el intervalo mínimo de tiempo es de dos semanas y para evaluar las AIVD el principal instrumento es la escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton. Consta de ocho parámetros y es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los ancianos que viven en sus domicilios e institucionalizados.

3.2.3 Alimentación saludable.

3.2.3.1 Definición.

La nutrición es igual de importante en los adultos mayores como en otras etapas de la vida, más aun si la mayoría de ellos tiene por lo menos una enfermedad, además de los cambios propios del envejecimiento. (Ministerio de Salud, 2010). Entre los factores que afectan la nutrición y que pueden contribuir al descenso de la ingesta de comidas saludables, pueden mencionar: edad avanzada, nivel económico bajo, aislamiento, depresión y soledad, especialmente después de la muerte de un ser querido (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

3.2.3.2 Teoría.

La alimentación se está convirtiendo en una herramienta para prevenir enfermedades y encontrar bienestar y calidad de vida en el futuro, más que en un medio para cubrir las necesidades inmediatas de nutrición. Según la teoría de las necesidades humanas propuesta por Maslow (1970). Una teoría sobre la motivación humana (A Theory of

Human Motivation) escrita en 1943, la alimentación se encuentra en la base de la pirámide de necesidades, junto con respirar, descansar, tener relaciones sexuales y mantener el equilibrio en el organismo. Estas son las necesidades fisiológicas imprescindibles para la supervivencia. A partir de ahí, el ser humano aspira a alcanzar otras necesidades más elaboradas individual y colectivamente: de seguridad, afiliación al grupo, reconocimiento y, finalmente, autorrealización (Maslow, 1970).

En las últimas décadas, la alimentación ha recorrido todos los niveles de la pirámide de Maslow (1970) en las necesidades de la población occidental. Ha pasado de simplemente cubrir una necesidad fisiológica a exigir condiciones de seguridad, ser una forma de pertenecer a un grupo y constituir un elemento de reconocimiento. Finalmente, pueden decir que la alimentación se encuentra en el nivel de la autorrealización, en el que es una herramienta que nos hace ser conscientes de la necesidad de cuidar el cuerpo y espíritu para tener una vida más satisfactoria, sana y con mayor bienestar.

3.2.3.3 *Alimentos para consumir.*

Estos alimentos proporcionan una cantidad suficiente de proteínas, energía, grasas esenciales, minerales, vitaminas y agua, para que el cuerpo funcione adecuadamente, y pueda mantener un buen sistema de defensa, para protegernos de las infecciones y otras enfermedades (Borra, Quinteros, Santiago, y Luna, 2010).

Las personas adultas mayores necesitan menos calorías (grasas y harinas) y una mayor cantidad de proteínas (carnes, queso, huevo, tarwi, menestras), también las necesidades de vitaminas y minerales son mayores (verduras y frutas), por lo que se debe consumir una dieta variada. Con la edad no se tiene mucha sed, por eso se consume

menos agua, esto perjudica la salud. Inclusive cuando las personas están enfermas, deben continuar consumiendo agua, salvo indicación del médico/a (Borra et al., 2010).

3.2.4 Consumo de agua.

3.2.4.1 Definición.

Rivera et al. (2008), define que el agua es la esencia de la vida. Era la única bebida que consumían los seres humanos en primera instancia hasta hace aproximadamente 11 000 años, cuando se iniciaron los descubrimientos de otras bebidas para el consumo. Asimismo, Raben citado por Rivera et al. (2008), mencionó que el consumo del agua es necesario para el metabolismo, las funciones fisiológicas normales y puede proporcionar minerales esenciales.

El agua ayuda a casi todas las funciones del cuerpo humano. Considerando que el cuerpo es casi $\frac{2}{3}$ agua, entender el rol importante del agua en el cuerpo puede ser una fuente de salud. Asimismo, Leme (2005), refiere que el agua representa el 70% de la composición del cuerpo y es indispensable para mantenerlo sano porque. Además de limpiar el organismo y eliminar las toxinas, es un eficaz vehículo para transportar vitaminas y sales minerales indispensables para nutrir las células.

Asimismo, Brazzi (2004), refiere que beber agua suficiente puede: Mejorar su salud total y su bienestar, porque el agua es importante en muchas funciones del cuerpo, tener suficiente agua en el organismo es un factor clave para tener salud y mantenerse saludable.

3.2.4.2 *Necesidades diarias de agua.*

Es muy importante consumir una cantidad suficiente de agua cada día para el correcto funcionamiento de los procesos de asimilación y, sobre todo, para los de eliminación de residuos del metabolismo celular. Necesitamos unos tres litros de agua al día como mínimo, de los que la mitad aproximadamente los obtenemos de los alimentos y la otra mitad debemos conseguirlos bebiendo (Biazzi, 2008).

3.2.5 *Polifarmacia y automedicación.*

3.2.5.1 *Definición.*

El consumo simultáneo de varios fármacos, aunque también se ha definido como la prescripción o uso de más fármacos respecto a los indicados clínicamente. En general, se admite que estamos ante un caso de polifarmacia o poli medicación cuando el paciente consume 4 o más fármacos (Gomez, 2007). Fernández, Díaz, Pérez, y Rojas, (2002), considero polifarmacia cuando se utilizan 4 o más medicamentos. El estudio de Alvarado y Mendoza (2006), reafirma la definición de polifarmacia como el consumo concomitante y regular de 4 o más medicamentos.

Factores que contribuyen a la polifarmacia son:

Por parte del paciente: automedicación, expectativa de prescripción de medicamentos como fin de la consulta, consulta a múltiples especialistas, edad avanzada, multipatología y mala salud auto percibida

Por parte del médico: prescripción sin suficiente evaluación clínica y con diagnósticos poco claros, falta de evaluación geriátrico-gerontológico adecuada, no establecer objetivos terapéuticos, falta de formación en farmacoterapia geriátrica, múltiples

prescriptores con inadecuada comunicación, no suspender fármacos indicados por otros profesionales e inadecuada educación del paciente y sus familiares o cuidadores.

Otros factores: presión de la industria, farmacéutica y publicidad de los laboratorios y falta de una adecuada intervención del farmacéutico

3.2.5.2 *Polifarmacia en los adultos mayores.*

Los efectos desagradables de la polifarmacia: costo, reacciones adversas, mal uso de medicamentos, redundarían negativamente con mayor intensidad y con carácter aún más devastador en los individuos de la tercera edad. Se ha postulado que el número máximo de fármacos que mejoraría a un adulto mayor con la debida atención es de tres. La ciencia de la farmacoterapia en la tercera edad no es solo prescribir medicamentos, sino seleccionar el mejor medicamento, el más efectivo, pero con menos reacciones adversas, en la menor dosis sin que se deteriore la eficacia, utilizando la forma farmacéutica más compatible en los adultos mayores, con los intervalos óptimos y que se ajuste a las exigencias biológicas, pero contemporizando con las eventualidades psicológicas, emocionales, sociales y económicas de cada individuo envejecido. (Salgado y Guillén, 2002)

La polifarmacia o polifarmacoterapia es un fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no solo a nivel científico, sino también familiar y social, pues sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente la muerte del adulto mayor (Fernández et al., 2002). La importancia de la polifarmacia en este grupo etareo se deriva del riesgo que supone una mayor

utilización de fármacos en un paciente especialmente predispuesto a padecer RAM, la comorbilidad de enfermedades concurrentes, los déficit orgánicos causados por el propio envejecimiento y los errores en la administración de fármacos (Castelo, García y Pérez, 2006). Diferentes trabajos señalan la polifarmacia como criterio definitorio de fragilidad en ancianos. Aunque no existe un consenso sobre el número de fármacos necesarios para considerar a un paciente polimedicaos, cuatro o más es la cifra comúnmente aceptada (Castelo et al., 2006). Se debe diferenciar entre la polifarmacia adecuada en la que el paciente ingiere varios fármacos, todos con indicaciones correctas, la polifarmacia inapropiada en la que el paciente recibe más medicamentos que los indicados y la pseudopolifarmacia redundante, en que la historia clínica del paciente figura que recibe más medicamentos de los que realmente consume. Como resultados de un estudio realizado por Alvarado y Mendoza (2006), se demostró que el consumo de productos herbolarios es significativo como componente de la polifarmacia.

3.2.5.3 *Automedicación del adulto mayor.*

La automedicación se define como la selección y el uso de medicamentos por parte del usuario para el tratamiento de enfermedades o síntomas reconocibles por el mismo. Es un autoreporte de ingesta de medicamentos alopatas, homeopatas y productos de herbolaria o naturistas no indicados por el médico (Alvarado y Mendoza, 2006). En los adultos mayores, es común que los fármacos prescritos se tomen en combinación con otros no prescritos y con productos naturales con los que puede llevar a importantes interacciones (Fernández et al., 2002). Además, una condición que induce a la polifarmacia es la "automedicación" o la "prescripción por varios médicos" pues a veces un anciano es atendido por más de uno.

3.2.6 Ejercicio físico.

3.2.6.1 Definición.

La capacidad física disminuye lentamente conforme avanza la edad. Pero esto no significa estar enfermos. Pueden seguir haciendo las actividades diarias de acuerdo a las posibilidades y fuerza física. Mantenerse activo mejora la salud integral, el estado de ánimo y permite relacionarse mejor con los demás.

Ceballos (2012), define la actividad física de los adultos mayores como una forma de vida saludable que tiene gran transcendencia en la sociedad, pues la práctica del ejercicio y el deporte promueve la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de algunas enfermedades, lo cual brinda un mejor nivel de salud.

La actividad física es entendida como cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea. También las prácticas cotidianas, como caminar, las actividades laborales y domésticas, así como otras más organizadas y repetitivas, como el ejercicio físico y las actividades de carácter competitivo como los deportes.

3.2.6.2 Tipo de actividad.

Cualquier actividad se requiere la participación de grandes grupos musculares, que pueda ser mantenida durante un periodo de tiempo más o menos prolongado, y de naturaleza rítmica y/o aeróbica. Algunos ejemplos son caminar o marchar, trotar, correr a paso lento, nadar o participar en diferentes juegos o deportes adaptados a su edad.

3.2.6.3 *Intensidad del ejercicio.*

La actividad física es equivalente a 40 – 60% del consumo máximo de oxígeno o 40 – 60% de la frecuencia cardíaca máxima. Cabe mencionar que un ejercicio de menor intensidad puede producir importantes beneficios para la salud, e incluso significar un incremento de la condición física en algunos adultos mayores sedentarios

3.2.6.4 *Duración del ejercicio.*

La duración del ejercicio se considera de 5 a 30 minutos de actividad aeróbica continua o intermitente. En personas sedentarias, sesiones múltiples de corta duración (5 – 10 minutos, aproximadamente). Con una frecuencia de ejercicio: de 3 a 5 días por semana.

3.2.6.5 *Ritmo de progresión.*

En la mayoría de los casos el efecto de la mejoría de la condición física permite que los adultos mayores incrementen la cantidad de trabajo total por sesión. En el trabajo continuo, puede llevarse a cabo incrementando la duración del ejercicio. La prescripción del ejercicio puede ajustarse a la vez que se produce el efecto de acondicionamiento físico, y el ajuste dependerá de las características de cada persona y de los resultados de una prueba de esfuerzo y/o del rendimiento durante las sesiones de ejercicio (González, 2003).

3.2.7 *Riesgo de caídas.*

3.2.7.1 *Definición.*

Kane, Ouslander y Abrass (1997), indica que la caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al adulto mayor al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el mismo o por un testigo.

Los adultos mayores son más propensos a sufrir caídas, siendo las causas más comunes la debilidad muscular, alteraciones en su caminar y equilibrio, enfermedades del corazón (como presión baja y alta), disminución de la visión, el uso de bastones y andaderas de forma inadecuada; además de los efectos de algunos medicamentos, entre muchos otros.

3.2.7.2 *Los factores responsables de una caída pueden ser.*

- Intrínsecos (relacionados con el paciente)
- Extrínsecos (relacionados con el ambiente)

Los factores intrínsecos incluyen las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, y se unen las alteraciones normales asociadas al envejecimiento que limitan la reserva funcional de los adultos mayores y que determinan la mayor frecuencia de caídas en este grupo de edad.

Cuando existe un proceso patológico o un obstáculo ambiental, las enfermedades y el consumo de fármacos aumentan en los adultos mayores, lo cual son un gran alto de sufrir riesgo de caída.

3.2.8 Descanso - sueño.

3.2.8.1 Definición.

Gutiérrez et al. (2010), definen como un estado del organismo biológico conductual, regular, recurrente y fácilmente reversible, que se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia.

Es importante para mantener la salud tanto física como mentalmente. Durante el sueño el cuerpo recupera las energías que se a empleado durante el día, este descanso es muy beneficioso, así el cuerpo se renueva y se prepara para las actividades del siguiente día (Borra et al., 2010).

La continuidad, duración y profundidad del sueño cambia con la edad. La cantidad de sueño necesario para el organismo, disminuye poco a poco. Las personas adultas mayores normalmente duermen menos que cuando eran jóvenes, y su sueño es fácilmente interrumpido por cualquier ruido, lo cual aumenta el sueño durante el día.

3.2.9 Aseo – Higiene.

3.2.9.1 Definición.

Rubatto (1984), menciona que un aspecto básico de la vida diaria está en mantener una buena higiene que fuera del proceso de eliminar elementos que consideramos sucios también provoca una sensación de bienestar.

3.2.10 Autocuidado del aparato genitourinario.

3.2.10.1 Definición.

El Autocuidado del Aparato Genitourinario es importante porque nos permite gozar de una buena salud y función genitourinaria (control de esfínteres), asimismo, permite a la persona adulta mayor una mejor socialización, y desarrollo de su autoestima (Homero, 2000).

Las molestias en el aparato urinario y genital son frecuentes en las personas de edad avanzada, por los cambios que se dan en los riñones y órganos urinarios. Debido a ello, se puede presentar dolor en la vagina, incontinencia urinaria, prolapso, o aumento de infecciones urinarias; y en los varones, se pueden presentar problemas en la próstata, como inflamación, orinar más de tres veces en las noches, o muchas veces durante el día, o presentar goteo de orina al terminar de miccionar (Araiza, 2012).

3.2.10.2 Problemas más frecuentes del aparato genitourinario.

El prostatismo es el aumento de tamaño de la próstata. La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductor masculino, se encuentra debajo de la vejiga, a medida que avanza la edad, esta glándula aumenta de tamaño por inflamación, infección, enfermedad tumoral benigna (tumor prostático) o por enfermedad tumoral maligna (cáncer de próstata), y al aumentar de tamaño no permite el paso normal de la orina, traduciéndose en dificultades para orinar (signos de alarma señalados) (Salech, Jara y Michea, 2012).

Por otro lado, La mayoría de problemas en las vías urinarias ocurre en mujeres antes de la menopausia, sin embargo, entre las personas adultas mayores, las infecciones

urinarias son frecuentes en los varones, debido al aumento del tamaño de la próstata (Gamarra, 2001).

También encontramos al cáncer de cuello uterino que es una enfermedad muy frecuente en mujeres adultas mayores. Al inicio no presenta síntomas, solamente en su etapa avanzada, donde la manifestación más común es la hemorragia genital (sangrado) (Salech et al., 2012).

3.2.11 Ocupación del tiempo libre.

3.2.11.1 Definición.

Forttes (1993), menciona que el tiempo libre y el ocio de los mayores vienen a ser muy amplio. La variedad de actividades posibles para las personas mayores es prácticamente la misma que para cualquier otra edad con la salvedad de que disponen de mucho más tiempo, aunque con la nota particular de que sus aptitudes funcionales están ya marcadas, lo cual hace que algunas de las actividades que practican los jóvenes no lo pueden realizar los adultos mayores. Asimismo, Rivera (1993), añade que las diversas formas de ocupar el ocio son una fuente inagotable de recursos para el hombre jubilado, ya que le proporcionan un tiempo inmejorable para establecer nuevas relaciones sociales. Son un cauce satisfactorio por el que se expresa el íntimo deseo creativo, teniendo un valor terapéutico extraordinario.

Spitzer (2011), Comenta que existe una abundante oferta de ocio pasivo, o con actividad reducida, que tiene resultados positivos para personas limitadas, incluso para enfermos terminales y con graves limitaciones funcionales. Solo se requiere creatividad y adaptación a la situación y necesidades del paciente.

3.2.11.2 Tiempo libre constructivo.

Allan, Wachholtz, y Valdés (2005), indican que es importante concebir un tiempo libre constructivo muy alejado del antiguo ocio. Para consolidar este tiempo libre como actividad social relevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles con los cuales pueda reinsertarse y ser considerados por la sociedad como un integrante activo y no como un ser demandante.

Es un hecho que, en la actualidad, las personas llegan a este ciclo de vida en mejores condiciones físicas e intelectuales que hace un par de décadas, por eso se hace necesario que la sociedad aumente la oferta de alternativas para ocupar el tiempo libre promoviendo la prolongación de la vida autónoma del adulto mayor.

3.3 Estado mental.

3.3.1 Definición.

El anciano es capaz aún de aprender destrezas nuevas, pero requiere de mayor tiempo que las personas jóvenes, lo cual se debería a un decremento en la incapacidad operacional de la memoria a corto plazo, especialmente en la utilización de estrategias de codificación, organización y recuperación de la información que haría más difícil el aprendizaje como es la resolución de problemas. No obstante, gracias a “los programas de entendimiento ha sido posible acelerar el procesamiento de la información, reducir las diferencias en recordar e invertir los declives en las habilidades de inteligencia fluida” (Fernández, 2009).

Por último, si bien es cierto que el anciano ya no cuenta con la misma eficiencia que tuvo en su juventud, en relación a algunas habilidades cognitivas; en la actualidad es poseedor de un conocimiento pragmático, que conocemos como sabidurías, la cual ha sido acumulada como producto de su experiencia a lo largo de la vida. De esta manera, al adulto mayor posee en un gran desarrollo de la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarlos a sus asuntos importantes (Sánchez, González, Alern y Bacallao, 2014).

Según Fernández (2009), existiría un declive en la capacidad intelectual que se relacionaría con la edad, cuyos argumentos se hallan en los resultados de diversas pruebas de coeficiente intelectual, que de ser ciertas podrían ser explicadas por las siguientes razones: deterioro neurológico, limitaciones físicas, factores psicológicos, velocidad, ansiedad ante las pruebas, inadecuación de las tareas, cautela, actividades derrotistas, pérdida de continuidad en la actividad intelectual y descenso terminal.

Como se puede apreciar, son muchos los factores que pudiesen intervenir en un mal desempeño del adulto mayor, es por esto, que surge la interrogante acerca de qué tan efectivos pueden llegar a ser estos resultados sobre el funcionamiento intelectual. Si observamos al alrededor nos daremos cuenta de que esta disminución cognitiva forma parte más de un mito que de la realidad, ya que la mayoría de los ancianos no experimentan disminuciones significativas en su capacidad intelectual, si no por el contrario, se pueden mantener estables o llegar incluso a un incremento; todo lo cual estará dado por las diferencias individuales (Silva, 2001).

Sin embargo el observar que todo este deterioro físico-intelectual va a depender, en gran medida, de tres factores: la genética, las condiciones ambientales y el estilo de vida que se ha llevado durante la vida. Al respecto, debemos señalar que este último factor es

fundamental, puesto que es el único que puede manipular para alcanzar una vejez saludable (Gutiérrez et al., 2010).

En este sentido, es importante destacar el esfuerzo que están realizando algunas instancias gubernamentales y privadas con el objetivo de que el adulto mayor mejore su calidad de vida con la ayuda de los adelantos científicos y médicos. A este respecto, debemos enfatizar que en el país, en especial, en nuestra región, se han implementado programas interdisciplinarios especialmente dedicados al adulto mayor buscando, como objetivo principal, su desarrollo físico, psicológico, social y afectivo, para lo cual desarrollan diversas actividades (Lobo et al., 2007).

3.3.2 Importancia.

Es importante que los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor porque la salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Asimismo, crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los ancianos cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

3.3.3 Orientación y memoria.

3.3.3.1 Definición.

La memoria es la capacidad para almacenar recuerdos e información aprendida a lo largo de la vida, y utilizar ese aprendizaje para la vida. Es una de las funciones más importantes del cerebro humano, de lo contrario no se podría pensar, comunicar, calcular, recordar, sembrar, cosechar, pastear; la pérdida de la memoria que se puede presentar con el envejecimiento, no es igual en todas las personas, ya que muchas de ellas mantienen una buena memoria a lo largo de toda su vida (Cabrera, 2004).

La memoria se puede entrenar y mejorar en las personas adultas mayores, en algunas personas la disminución y pérdida de la memoria, puede ser el inicio de una enfermedad mental (demencia), de ahí la importancia de acudir al centro de salud si observa algún signo preocupante.

3.3.4 Concentración.

3.3.4.1 Definición.

Silva (2001), menciona que es un proceso psíquico que se realiza por medio del razonamiento; consiste en centrar voluntariamente toda la atención de la mente sobre un objetivo o actividad que se esté realizando o pensando en realizar en ese momento, dejando de lado toda la serie de hechos u otros objetos que puedan ser capaces de interferir en su consecución o en su atención. A su vez Fernández (2009) añade que la concentración es la persistencia centrada de la atención.

3.3.4.2 *Concentración en adultos mayores.*

Aprender una habilidad nueva, tener un pasatiempo, participar como voluntario en obras altruistas o empezar un pequeño negocio después de los 65 años mantiene en forma sus facultades. Incluso resolver crucigramas o armar rompecabezas puede ayudarlo a conservar la lucidez. Abundan las pruebas de que caminar aumenta la capacidad mental. El ejercicio hace fluir más sangre al cerebro y favorece la interconexión neuronal.

3.4 Apoyo social percibido.

3.4.1 Definición.

Vivaldi y Barra (2012), definen que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida. En el adulto mayor existe un aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan la calidad de vida, incrementan las demandas de atención en los servicios de salud y el consumo de fármacos. Bajo la perspectiva biopsicosocial de la salud, el estilo y calidad de vida del adulto mayor estarán determinados por el contexto social en el que se encuentra inmerso, es decir, por la interacción entre las características del individuo y su entorno.

La percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos por su salud mental y capacidad funcional. Por tanto, la percepción de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión y ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos (Mella citado por Vivaldi y Barra, 2012).

3.4.2 Enfoque de enfermería en el apoyo social.

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, indirecto 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 (Fernández Alba y Manrique-Abril, 2010).

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.

3.4.3 *Relaciones interpersonales.*

3.4.3.1 *Definición.*

La comunicación es la acción y efecto de comunicar o comunicarse entre dos personas. Según la etimología comunicar viene del latín “comunicare”, que significa hacer común.

Moreno (1993), afirma que la comunicación consiste en: “intercambiar ideas, un acontecimiento, una vivencia. Preguntar para saber lo que se desea conocer y conseguirlo por medio de una respuesta. Dar una orden para inducir a una persona para que actúe o deje de actuar, invitar a obrar de tal o cual manera. Manifestar sentimientos, indignación, sorpresa, satisfacción, etc.”

La comunicación tiene ciertos elementos que la caracterizan:

- La comunicación habla de y desde la complejidad de los procesos simbólicos y culturales.
- La comunicación asigna sentido desde el horizonte de las culturas, las identidades, las sensibilidades.
- La comunicación funciona como productora de experiencias y prácticas de encuentro social.
- La comunicación relaciona lo narrativo con lo tecnológico, lo popular con el mercado, lo local con lo global, las estéticas con los discursos, el sujeto con la política.

3.4.3.2 *Funciones de las relaciones interpersonales.*

Rodriguez (1998), sostiene, que la gran cantidad de las necesidades humanas solo pueden encontrar su satisfacción gracias a la respuesta positiva de otros individuos. De

esta manera, la relación interpersonal es considerada vital e imprescindible para la autorrealización del individuo puesto que le posibilita la satisfacción de sus necesidades. De ahí, que pueden afirmar que la autorrealización humana no es posible sin la participación de otros. El prefijo “auto” de ninguna manera significa que la persona se basta a sí misma, sino que por autorrealización entendemos el proceso del cual ella es el sujeto.

La persona participa en las relaciones activamente, influyendo y dejándose influir, pero lo hace desde su marco de referencia interno a partir de la valoración que realiza. En una persona que se autorrealiza, este centro o núcleo de valoración es interno, se encuentra en ella misma.

3.4.3.3 Relaciones interpersonales en el entorno social.

Moracas (1991), indica que en la sociedad está cada vez más cambiante, acelerada y despersonalizada, el encuentro de uno mismo a través del otro no es tarea fácil. Sin embargo, esta dimensión interpersonal es un factor común en los múltiples modelos de madurez psicológica propuestos por diferentes autores. Carpenter, desde su modelo de Competencia Relacional, hace alusión a la sensibilidad emocional y la empatía. La importancia de la capacidad de relación estrecha con otros se establece como criterios de madurez personal a la relación emocional con otras personas, auto-objetivación, conocimiento de sí mismo y sentido del humor, entre otros.

3.4.4 El autoestima.

3.4.4.1 Definición.

La autoestima es una de las primeras necesidades de todo ser humano para su desarrollo emocional y para la construcción de una vida plena y satisfactoria, pues el ser humano necesita sentirse útil, saberse capaz, considerarse digno, valioso, aceptado, querido, acogido.

Cuando no nos aceptamos, no nos queremos, no nos valoramos, es más fácil que tengamos sentimientos de tristeza, de derrota, de fracaso, que podrían hacer mucho daño a nuestra salud.

3.4.4.2 Autoestima a partir de los 60 años.

En esta etapa de la vida, la autoestima tiene mucha importancia, pues los cambios físicos, enfermedades, necesidades económicas, soledad por ausencia de los familiares, pueden afectar negativamente a la persona adulta mayor. Es posible superarlo renovando ideas y desarrollando actividades nuevas y positivas.

La autoestima es el eje fundamental para que la persona adulta mayor tenga una adecuada salud mental.

3.4.5 Depresión.

3.4.5.1 Definición.

La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables. Todos se sienten tristes en alguna ocasión. Cuando se hacen mayores, la razón para llegar a estar

deprimidos parece tan clara y son tan frecuentes que se suele pensar que es normal que las personas mayores se sientan deprimidas (Coy y Tzun, 2006).

La depresión se hace más frecuente en el adulto mayor según cómo va envejeciendo porque dejan de trabajar, probablemente disponen de poco dinero, tienen problemas de salud como artrosis u otros problemas físicos en algunos casos la pierde a un ser querido.

Sin embargo, Harrison (1984), menciona que al menos una de cada seis personas mayores sufren síntomas de depresión ya sean percibidos por ellos mismos o por otras personas, y al menos una de cada treinta personas mayores está tan deprimido que los médicos consideran que tiene una enfermedad depresiva.

3.4.5.2 Diferencia en estar deprimido o triste.

No, se utilizan como sinónimos pero no lo son la tristeza es una emoción, mientras que la depresión es un trastorno, donde hay una afectación global del funcionamiento del individuo, en el que además de tristeza hay una serie de manifestaciones como baja en la voluntad, autoestima, la actividad diaria, sentimientos de inutilidad y recurrentes sentimientos de culpa que afectan su vida cotidiana, familiar, social y laboral.

3.4.5.3 Causas.

Una es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La

merma económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

3.4.5.4 Síntomas.

Existe una diversidad de señales que pueden identificar una depresión, tales como: buscar a personas con las que estaba distanciado, la suspensión de tratamientos médicos, menos socialización, carácter irritable, indiferencia ante situaciones que habitualmente disfrutaba o le afectaban, llorar frecuentemente, además de dormir más y comer menos.

3.5 Adulto Mayor.

3.5.1 Definición.

Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque se presentan cambios fisiológicos de diversa índole, que poco a poco van derivando en la fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades (Barquin, Blanck, Covarrubias, Frenk y Lozano, 1999).

Caballero (2006), considera que el envejecer es algo tan natural como el paso del tiempo, que la vida humana es un continuo, sin rupturas ni saltos. Asimismo, Mishara y Riedel (2000), concuerda con la definición anterior pero añade que las crisis o acontecimientos destacados pueden modificar radicalmente la vida y precipitar el proceso. Por otro lado el componente social del envejecimiento tiene que ver con la que

sucede a las personas en nuestra sociedad según envejecen (Preciado, Covarrubias y Arias, 2011).

Asimismo, Sanchez (1990), señala que el envejecimiento como proceso no es singular ni simple, desde el punto de vista biológico, nos muestra que es un proceso degenerativo que afecta a todo ser vivo y una de las características más observadas es la disminución de células que conforme transcurre el tiempo y aumenta la edad, la persona se va deteriorando, y sus órganos van dejando de cumplir con ciertas funciones.

La vejez es una etapa de la vida que tiene una existencia evolutiva propia y que junto a algunas limitaciones, ofrece ciertas potencialidades efectivas definidas por la experiencias y recorridos históricos de la persona que la viven. es decir, que es un proceso evolutivos del ser humano en lo cual se puede obtener potencialidades en los ancianos como la sabiduría, que se traduce en experiencia vividas durante el recorrido de su vida (Cordero, Cabanillas y Lerchundi, 2003).

Para Preciado, Covarrubias y Arias (2011), la vejez o ancianidad no comienza en una edad determinada; sino que además, cuentan con otras características personales como el estado físico, enfermedades, historia personal y familiar, cada persona envejece de una manera diferenciada. La edad cronológica en la que se considera que inicia la vejez es de 60 años.

En el ámbito mundial occidental conviven ponderaciones cronológicas que plantean una edad de 60 o 65 años en adelante. Pero muchos estudios de campos nos muestran que el mecanismo, conforme a los cambios físicos, psicológicos y sociales, no conserva una correspondencia lineal con la edad (Cordero et al., 2003).

Se celebra internacionalmente el día del adulto mayor el 01 de octubre y en el Perú 26 de agosto.

3.5.2 *Estadísticas.*

La población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. La institución detalló que los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú (El Comercio, 2012).

3.5.3 *Teoría de envejecimiento.*

Las principales teorías explican el fundamento de estos cambios:

Teoría de desvinculación: lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones (Cumming y Henry citado en Agulló, 2001) .

Teoría de la actividad: a mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p. ej. jubilación) (Tartler citado en Agulló, 2001).

Teoría de la continuidad: continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad (Atchley citado en Agulló, 2001).

Belando (2008), menciona que comparando todas estas teorías se llega a varias conclusiones: la disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina sino se va reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo. Al reducirse la

frecuencia se refuerza su valor y se hace más gratificante, dedicando más tiempo a su mantenimiento. La calidad de interacción resulta ser más determinante que la cantidad.

3.5.4 Cambios en el adulto mayor.

Espinosa (2010), refiere que la vida es movimiento y cambio. Todo ser vivo pasa a través de continuos procesos de respiración, nutrición, crecimiento, maduración, entre otros, de esta manera revisaremos en este capítulo, los diferentes cambios por los que pasa el adulto mayor para poder entender sus necesidades.

Cambios biológicos: Con el paso de los años se dan ciertos cambios en el cuerpo, como por ejemplo la pérdida de masa muscular, la disminución de la capacidad para movilizar huesos y articulaciones, etc. Esto significa debe adaptarse a los cambios naturales que trae el paso del tiempo (Silva, 2001). Asimismo, Quintero (2011), comenta que el envejecimiento normal habría que contemplar otra variable importante que es el ritmo del envejecimiento, hay personas que a los 65 años físicamente están como si tuvieran 40 y viceversa. La variabilidad da el ritmo del envejecimiento y aumenta con la edad, marcando gran diferencia en el ritmo del envejecimiento.

Cambios sociales: El adulto mayor también sufre la influencia de los cambios que ocurren en la sociedad (Caballero, 2006). También Silva (2001), menciona que la persona adulta mayor participa en mayor medida en el mercado de trabajo. Ello se debe a que gran parte de la población joven emigra a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida; pero también trae consigo que las personas mayores enfrenten soledad y en algunos casos abandono.

Por consiguiente, Carnevali y Patrick (1988), sugiere que los adultos mayores que recién ingresan al proceso del envejecimiento, empiezan a generar satisfactoriamente

recursos para sostenerse a sí mismo y contribuir con alternativas para apoyar a los adultos mayores no productivos que fueron rezagados de la sociedad.

Cambios psicológicos: También disminuyen algunas facultades mentales como la memoria; además, el estado de ánimo se torna muy variable, por eso es importante fortalecer la valoración personal y las relaciones familiares. En esta etapa es común enfrentarse a procesos de duelo, y sufrir por la pérdida de personas con las que se mantuvo fuertes lazos emocionales y afectivos (Silva, 2001).

3.5.4.1 Cambios anatómicos.

Estatura: En general, se crece hasta los 40 años y luego se comienza a perder 1,25 mm por año (aproximadamente 5 cm. de pérdida a los 80 años). Esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, al aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie (Rodríguez y Stagg, 2014).

Piel: La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan pérdida de función de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres (Castanedo y Sarabia, 2013).

Músculo esqueleto: A los 80 años hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres (Salech et al., 2012).

Sistema nervioso: El peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo) (Salech et al., 2012).

Visión: Los tejidos periorbitales se atrofian, produciendo la caída del párpado superior y eversión del párpado inferior. El iris se hace más rígido, la pupila más pequeña y la lente se colorea amarillo por la oxidación de triptófano (Castanedo y Sarabia, 2013).

Audición: Atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. El tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares (Rodríguez y Stagg, 2014).

Cardiovascular: Hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata (Salech et al., 2012).

Respiratorio: Hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costoesternales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria (Salech et al., 2012).

Gastrointestinal: Las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. Los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago (Rodríguez y Stagg, 2014).

Renal: Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo, situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a un riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal. Cerca de un 50% de los nefrones desaparecen entre los 30 y 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml/min cada 10 años. Es probable que la disminución normal del flujo renal, que

equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal (Homero, 2000).

Sistema reproductivo: Salech et al. (2012), los describe de la siguiente manera

Femenino: Disminución progresiva de oocitos, el ovario se fibrosa y se atrofia, lo que disminuye la producción de estrógeno y progesterona. Estos cambios hormonales atrofian el útero y la vagina e involucionan el tejido mamario.

Masculino: La próstata aumenta el estroma fibromuscular y comprime la uretra. La vejiga responde con hipertrofia de la musculatura de la pared.

3.5.4.2 Cambios fisiológicos.

Los cambios fisiológicos más importantes tienen que ver con los ritmos fisiológicos, la capacidad homeostática del organismo y los mecanismos de defensa contra infecciones (Salech et al., 2012).

Ritmos fisiológicos: Alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño vigilia. Además, los ciclos se desincronizan (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas). Disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardíaca y presión arterial ante situaciones de estrés.

Homeostasis: Hay mayor susceptibilidad a la hipotermia o hipertermia, ya que los ancianos producen menos calor por kilo de peso y tienen menos capacidad de vaso

contricción con el frío, y vaso dilatación menos eficiente para sudar. Regulan mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan.

Barreras de defensa: La disminución de acidez de la piel altera la flora bacteriana, que junto al adelgazamiento facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de la piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que microorganismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección. La respuesta de producción de anticuerpos está disminuida y hay cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son claves en la regulación de la respuesta inmune.

3.5.4.3 *Cambios biológicos.*

En esta etapa de la vida sobresalen dos tipos de procesos: la evolución y la involución, que corresponderían al crecimiento y al envejecimiento. A partir de los 35 años más o menos, aparece la involución: el desempeño de varios órganos a causa una disminución paulatina, el corazón bombea menos sangre; los pulmones absorben menos aire; la piel pierde elasticidad, el tono muscular declina, se endurecen las coyunturas y los vasos sanguíneos, disminuye la secreción hormonal de las glándulas endocrinas (Carhuapoma, Surichaque y Torres, 2012).

Gamarra (2001), refiere que con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; sin embargo, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas

que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en lo cual están la mayoría de las personas que envejecen.

A partir de los 60 años el metabolismo es lento. Hay mucho de fatalidad en el envejecimiento. Ningún hombre llega a los cien años en plenitud, pero también hay mucho que depende de nosotros, por ejemplo: La falta de uso, atrofia las funciones en las personas de 60 años se mantienen más hábiles en ciertas áreas que otros de 50 años. Cada modo de vivir engendra su modo de enfermar, ahora se acepta que hasta el 36% de todos los cánceres en el hombre están relacionados con su ocupación (Carhuapoma et al., 2012).

El moderado nivel de ingestión alimenticia (comer y beber) exige al organismo un esfuerzo menor; poco generador de envejecimiento. Algunos autores coinciden que un común denominador en pacientes de leucemia es: “un estado emocional caracterizado por la desesperanza y el desamparo”. Esto equivale a decir que la vida viciosa, desordenada y los pensamientos destructivos llevan a envejecimiento prematuro y viceversa (Carhuapoma et al., 2012).

3.5.5 *Procesos específicos.*

- Disminuyen las capacidades sensoriales Vista:
- Opacidad del cristalino (cataratas).
- Presbiopía (dificultad para ver de cerca).
- Es frecuente el glaucoma (aumento de la presión intraocular).
- Degeneración de la retina

- Audición: presbiacusia (disminuye la capacidad para escuchar los tonos agudos).
- Olfato: en el viejo disminuye el sentido del olfato por atrofia de la mucosa nasal.
- Gusto: disminuye la capacidad de la lengua para distinguir sabores y temperaturas.
- Piel y tejidos conjuntivos:
 - Atrofia de las glándulas sudoríparas (resequedad)
 - El pelo y las uñas disminuyen su crecimiento, el pelo tiende a caerse.
 - Disminuye la grasa subcutánea.
 - Es frecuente el prurito senil (comezón).
 - Hay tendencia a la calcificación.
 - Muchos rasgos de la vejez tienen que ver con una deshidratación tisular progresiva. También hay evolución hacia la fibrosis, y se presentan neoplasias en las células epiteliales, en los tejidos de sostén (huesos, venas, etc.) y en algunas glándulas.
- Sistema nervioso: Desde la tercera década de la vida mueren diariamente por millares las neuronas de un ser humano. No se nota porque tenemos un excedente como reserva. Es natural que la muerte de tantas células corticales provoque disminución de los reflejos y torpeza general de los movimientos. Disminuye la reserva de oxígeno y la circulación cerebral

- Sistema músculo-esquelético: Se encorva la columna. El deterioro de las funciones musculares es tanto mayor cuanto menor haya sido la actividad física en las etapas anteriores.
- Sistema cardiovascular: La primera causa de muerte en los ancianos está constituida por las enfermedades cardiovasculares: Crece el ventrículo izquierdo; aumentan las zonas de fibrosis y se calcifican las válvulas. También hay tendencia a la arteriosclerosis, excedentes de grasa y calcio se van acumulando en el interior de los vasos sanguíneos, y con ello dificultan la circulación. Pero por otra parte, los elementos de la sangre casi no se modifican con la edad, a menos que intervengan factores patológicos específicos.
- Sistema respiratorio: Baja la elasticidad de los músculos y, por consiguiente, la capacidad respiratoria.
- Sistema gastrointestinal boca: Pérdida de dientes, saliva escasea.
- Esófago: Sus movimientos peristálticos disminuyen (dificultad para deglutir).
- Estómago: Disminuye su secreción de ácidos. Se retrasa el vaciamiento hacia el intestino.
- Intestino delgado: La glucosa se absorbe lentamente, el calcio se absorbe pobremente y dificultad para que se absorba el hierro (anemia).
- Colon: Aumenta la incidencia de divertículos, que son pequeñas hernias en su pared. Disminuye su tono muscular y se vuelve lento, lo que favorece el estreñimiento
- Hígado: Reduce sus dimensiones, disminuye su poder de regenerarse, se ve expuesto a la litiasis biliar (piedras en la vesícula).

- Sistema genitourinario: Disminuye el tono muscular de la vejiga y suele haber incontinencia urinaria e intestinal.

3.5.6 Cuidado del enfermero en el adulto mayor.

Carnevali y Enlone (1988), engloban dentro de la funcionalidad dos aspectos: los requerimientos de la vida diaria y los recursos tanto internos como externos para cubrir dichos requerimientos, los mismos que deberán de indagarse durante la valoración de la enfermera, la cual aportará datos objetivos y subjetivos importantes de la situación que presenta el paciente, como es la forma en que percibe su propio estado de salud, costumbres y preferencias en la vida cotidiana, actividades, acontecimientos y necesidades de la vida diaria que afectan al estado funcional de la persona o por el régimen de tratamiento, estado funcional, los recursos externos y situación ambiental para el desarrollo de la vida diaria.

A diferencia de Orem, Torrejón (1994), enfoca el cuidado de enfermería basado en la satisfacción de las necesidades a través de las funciones administrativas, docentes de investigación y de asistencia; y concuerda con Orem en lograr orientar el cuidado integral de la persona ayudando a promover, mantener y restablecer la salud.

Therese (1998), propone tres teorías de enfermería que contribuyen a proporcionar una base a la práctica de enfermería: teoría de la asistencia individualizada de Orem, teorías de la adaptación de Roy, teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de Neuman; estas teorías demuestran cómo pueden llevarse a cabo los modelos destinados a la práctica de la enfermería, donde los ancianos sean los principales destinatarios de este tipo de asistencia.

Perez (2000), refiere que la atención de enfermería debe de estar centrada en el desarrollo de programas de educación para la salud, prevención de las complicaciones, así como el mantenimiento de la capacidad física y mental de los ancianos, todo esto desarrollado en los diferentes campos de actuación de la enfermera; desde la Atención Primaria, pasando por visitas domiciliarias, hospitalizadas y en residencias asistidas.

García, Rodríguez y Toronjo (2004), basan el cuidado de enfermería derivado de una valoración extensiva no solo a las situaciones de salud que esté viviendo el paciente, sino a las respuestas que se puedan estar presentando, pues según la American Nurse Association el campo de actuación de enfermería es la práctica del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas.

Por otra parte Stanley, Blair y Gauntlett (2009), considera que la enfermería geriátrica debe basarse en la actuación de estándares de enfermería clínica y de estándares de eficacia de enfermería profesional, tal como lo establece la American Nurse Association brindar una actuación independiente y una colaboración disciplinaria en el grupo interdisciplinario de cuidados con la vertiente de influir en los resultados de salud, mejorando o conservando el estado de salud del adulto mayor al maximizar el estado funcional de bienestar y calidad de vida basados en planes de cuidados a partir de la valoración integral adecuada culturalmente.

Guse (2008), toma en cuenta para la evaluación funcional del anciano los aspectos referidos en la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías, y sobre todo hace insistencia en las actividades que debe de proporcionar el personal de enfermería, pues tendrá que auxiliar, mantener y obtener el máximo rendimiento de la capacidad; además de ocuparse de las incapacidades y de las intervenciones oportunas de enfermería para poder compensar y prevenir nuevas incapacidades, situación similar a la vertida por Eliopoulus (2005), ya de acuerdo al modelo de enfermería geriátrica

sustentado en la teoría de Orem D, del autocuidado, donde la enfermera debe fortalecer la capacidad de autocuidado, eliminar o minimizar la limitación del autocuidado y el de asistir parcialmente.

En el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional para desempeñar las ABVD como lo menciona (Rodríguez y Alfonso, 2006).

3.6 Teoría de enfermería

3.6.1 Modelo de promoción de la Salud de Nola Pender

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud. Asimismo, esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. También la teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (Pender, 1980).

3.6.2 Teoría de déficit de autocuidado – Dorothea Orem.

Es una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (Marriner y Raile, 2003).

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo se define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, asimismo, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado de la persona, en el cual existe diferencia en sus distintos componentes y se

modifica a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Orem, 1993).

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería (Orem, 1993).

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a

lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes, adultos y adultos mayores dependientes.

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por si mismos, y

para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

Sistemas de enfermería de apoyo educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar

compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Marriner y Raile, 2003).

Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar (Taylor, 1999).

El autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsables de decisiones que condicionan su situación actual, manejando aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo (Orem, 1993).

Orem, a su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar (Taylor, 1999).

El adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como una “agencia de autocuidado”, que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación (Orem, 1993).

3.7 Programa Educativo “Yo puedo cuidarme”.

3.7.1 Programa “Yo puedo cuidarme”.

El programa educativo está fundamentado en las teorías de autocuidado de enfermería de Orem y Promoción de la salud de Nola Pender: asimismo, está basado en el programa “Autocuidado de la salud para personas adultas mayores en zona rural” del Ministerio de Salud del Perú. Organizado en 15 sesiones educativas teóricas y prácticas sobre el mejoramiento de la autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido.

Al respecto, Perez (2006), menciona que un programa es un documento técnico, elaborado por personal especializado. Responde al siguiente plan de acción: planteamiento de metas, previsión, planificación, selección y disponibilidad de medios, aplicación sistemática, sistema de control y evaluación del mismo.

3.7.1.1 Objetivos del programa.

- Mejorar el nivel de autocuidado de necesidades básicas
- Fortalecer la capacidad de autocuidado de sus funciones mentales
- Promover su capacidad de relacionarse con su familia y su entorno.

3.7.1.2 Estrategias.

La metodología que se utilizará es la enseñanza personalizada y grupal a los adultos mayores. Esta estrategia permitirá el aprendizaje de manera más sencilla y práctica en los adultos mayores del centro del adulto mayor. De igual forma se motivará la

participación permanente de los adultos mayores haciendo uso de reforzadores tangibles e intangibles a través de la entrega de premios, módulos educativos del programa, halagos y felicitaciones públicas. En relación a esto Gálvez (2002), menciona que los reforzadores son premios que refuerzan las nuevas conductas que se están incorporando.

3.7.1.3 *Actividades del programa educativo “Yo puedo cuidarme”.*

Para la implementación del programa “Yo puedo cuidarme” se realizó las siguientes actividades:

Se elaboró los módulos y materiales educativos basados en el modelo del programa “Autocuidado de la salud para personas adultas mayores en zona rural” del Ministerio de Salud del Perú.

Se procedió a solicitar la aprobación de la Escuela de enfermería para la aplicación del programa educativo “Yo puedo cuidarme” y asimismo, la autorización del Centro del adulto mayor EsSalud Chosica.

De la misma manera se realizó la aplicación del consentimiento informado y del pretest al grupo de participantes en el primer día de la inauguración del programa educativo.

Por consiguiente se ejecutó las sesiones educativas de manera teóricas y prácticas, una vez por semana.

Posteriormente a la finalización del programa educativo se concluyó con la aplicación del postest al grupo en estudio y la clausura del Programa Educativo.

3.7.1.4 Organización del programa.

La intervención estuvo dividida en 3 unidades, desglosadas en 15 sesiones educativas, con una sesión por semana, con una duración de 2 horas cada una, durante 4 meses continuos.

Las sesiones estuvieron divididas en tres secciones

Sección I: Autonomía Funcional

Sesión 1 “El proceso del envejecimiento y el autocuidado”: En esta sesión se trata de conocer como es el proceso de envejecimiento, cambios físicos, Psicológicos y sociales en el adulto mayor y la definición del autocuidado y la importancia en la prevención de las enfermedades.

Sesión 2 “Alimentación saludable”: En esta sesión se dio a conocer sobre la alimentación y sus beneficios en los adultos mayores. Terminado en un taller demostrativo.

Sesión 3 “Consumo de agua”: En esta sesión se dio a conocer sobre la importancia y beneficios que tiene el consumo de agua.

Sesión 4 “Autocuidado en polifarmacia y automedicación”: En esta sesión se dio a conocer sobre la importancia del autocuidado en medicamentos, el uso adecuado de los medicamentos y las desventajas de la automedicación.

Sesión 5 “Ejercicio físico”: En esta sesión se dio a conocer sobre la importancia de actividad física, los beneficios de la actividad física y una sesión básica de actividad física.

Sesión 6 “Autocuidado en los riesgos de caídas”: En esta sesión se dio a conocer sobre la prevención de caídas, el uso adecuado de zapatos para caminar, medidas preventivas y consecuencias de caídas.

Sesión 7 “Autocuidado en el descanso - sueño”: En esta sesión se dio a conocer sobre el adecuado descanso, los tipos de sueños, cambios fisiológicos en el sueño, la importancia del buen descanso y el lugar adecuado en el descanso.

Sesión 8 “Aseo – higiene corporal”: Esta sesión se dio a conocer sobre la importancia de la higiene corporal y los beneficios del aseo.

Sesión 9 “Autocuidado del aparato genito urinario”: Esta sesión se dio a conocer sobre la importancia del cuidado del aparato genito urinario, factores que favorecen a constipación y medidas preventivas.

Sesión 10 “Ocupación del tiempo libre”: Esta sesión se dio a conocer sobre la importancia de la ocupación del tiempo libre, actividades recreativas, pasatiempos. Beneficios en el adulto mayor en la ocupación del tiempo libre.

Sección II: Estado mental del adulto mayor

Sesión 11 “Autocuidado en orientación y memoria”: Esta sesión se dio a conocer sobre la definición de la memoria, la importancia de realizar ejercicios de memoria, practicas sencillas ara fortalecer la memoria, en lo cual también se mejorará la orientación.

Sesión 12 “Autocuidado en la concentración”: Esta sesión se dio a conocer sobre la definición de la concentración, métodos de concentración, beneficios de concentración.

Sección III: Apoyo Social Percibido

Sesión 13 “Relaciones interpersonales”: Esta sesión se dio a conocer la importancia de las relaciones interpersonales, los beneficios de las relaciones interpersonales, mejorando las relaciones interpersonales con los familiares, amigos y el entorno del adulto mayor.

Sesión 14 “Mejorando el autoestima”: Esta sesión se dio a conocer la definición de la autoestima, beneficios de la autoestima, consecuencias de la falta de autoestima en el adulto mayor.

Sesión 15 “Prevención la depresión”: Esta sesión se dio a conocer la definición de la prevención de la depresión, consecuencias de la depresión, beneficios de una vida feliz y plena.

4. Definición de términos

4.1 Programa educativo:

Es un documento técnico, elaborado por personal especializado. Responde al siguiente plan de acción: planteamiento de metas, previsión, planificación, selección y disponibilidad de medios, aplicación sistemática, sistema de control y evaluación del mismo (Perez, 2006).

4.2 Autonomía funcional:

Es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades físicas en su vida diaria. Existiendo el adulto mayor funcionalmente sano, ó capaz de valerse por sí mismo y aquel adulto mayor, funcionalmente alterado, ó con dificultades para valerse por sí mismo (Silva, 2001).

4.3 Estado mental:

Es el grado de competencia mostrado por una persona en sus funciones intelectuales, emocionales, psicológicas y en su personalidad, medido por pruebas psicológicas con referencia a una norma estadística (Organización Mundial de la salud, 2015).

4.4 Apoyo social percibido:

Es un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales (Garcilazo, 2015).

4.5 Autocuidado:

El autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud (Lagos, 2015).

4.6 Adulto mayor:

Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque se presentan cambios fisiológicos de diversa índole, que poco a poco van derivando en la fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades (Fernández y Manrique, 2010).

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general

Hi: El programa educativo “Puedo cuidarme” mejora significativamente el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido a través autocuidado de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, 2015.

Ho: El programa educativo “Yo puedo cuidarme” no mejora significativamente el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido a través autocuidado de los adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, 2015.

5.2 Hipótesis específicas

5.2.1 Hipótesis de autonomía funcional

Hi: El programa educativo “Puedo cuidarme” mejora significativamente el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención, en el EsSalud - Chosica, 2015.

Ho: El programa educativo “Yo puedo cuidarme” no mejora significativamente el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención, en el EsSalud - Chosica, 2015.

5.2.2 Hipótesis sobre estado mental

Hi: El programa educativo “Puedo cuidarme” mejora significativamente el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención, en el EsSalud - Chosica 2015.

Ho: El programa educativo “Yo puedo cuidarme” no mejora significativamente el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención, en el EsSalud - Chosica 2015.

5.2.3 Hipótesis sobre percepción de apoyo social

Hi: El programa educativo “Puedo cuidarme” mejora significativamente el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención, en el EsSalud Chosica de agosto - octubre de 2015.

Ho: El programa educativo “Puedo cuidarme” no mejora significativamente el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención, en el EsSalud Chosica de agosto - octubre de 2015.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El trabajo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo porque se realizó la recolección y análisis de datos para contestar las preguntas de investigación y probar las hipótesis establecidas (Gómez, 2006). Asimismo fue de tipo preexperimental, con un diseño preprueba y posprueba, se trabajó con un solo grupo en el que no se utilizó un grupo control, lo cual sirve como acercamiento al problema de investigación a la realidad, con el fin de determinar la efectividad del programa (León y Montero, 2003).

Según el período y secuencia del estudio, la investigación fue de corte longitudinal porque se recogió la información de los adultos mayores que pertenecen, al Centro del Adulto Mayor EsSalud en dos momentos: antes y después de la aplicación del programa (Tamayo, 2004).

2. Variables de la Investigación

2.1 Variable independiente: Programa “Yo puedo cuidarme”.

Efectividad del programa educativo “Yo Puedo Cuidarme” es un programa de promoción de la salud fundamentado en dos teorías: una de promoción de la salud y otra es la teoría de modificación de la conducta. Se desarrolló en un módulo de 15 sesiones educativas teóricas y prácticas, destinadas a mejorar la autonomía funcional, estado mental y el apoyo social percibido que poseen los adultos mayores, antes y después del programa de intervención en el Centro del Adulto Mayor EsSalud- Chosica, 2015.

2.1.1 Definición operacional.

El programa educativo está fundamentado en las teorías de autocuidado de enfermería de Orem y Promoción de la salud de Nola Pender, asimismo está basado en el programa “Autocuidado de la salud para personas adultas mayores en zona rural” del Ministerio de Salud del Perú, organizado en 15 sesiones educativas teóricas y prácticas sobre el mejoramiento de la funcionalidad del autocuidado.

2.2 Variables Dependientes.

- Variable de autonomía funcional.
- Variable de estado mental.
- Variable de apoyo social percibido.

2.3 Operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Necesidades Funcionales Básicas	Es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades físicas en su vida diaria. (Silva, 2001).	Para evaluar la capacidad de realizar actividades diarias en los mayores del CAM EsSalud Chosica se utilizó la escala de autonomía funcional de EVA. Consta de 12 ítemes de preguntas cerradas de selección múltiple, las cuales se marcó la opción según la entrevista. Las preguntas se medirán por medio de una escala de medición.	Alimentación	0.- Autonomía Completa 1.- Estímulo /Supervisión 2.- Ayuda 3.- Dependencia total/Suplencia.	Cualitativo	Dependencia total 31 – 36
			Hidratación			Dependencia Moderada 25 – 30
			Polifarmacia y automedicación			Dependencia Leve 15 – 24
			Tareas domésticas / Actividad			Autonomía Completa 0 – 14
			Riesgo de caídas			
			Descanso sueño			
			Aseo – Higiene corporal			
			Eliminación Intestinal – Vesical			
			Ocupación del Tiempo Libre			
Estado Mental	Es el estado de su personalidad, medido por pruebas psicológicas con referencia a una norma estadística (Organización Mundial de la salud, 2015)	Para evaluar el estado mental en los mayores del CAM EsSalud Chosica se midió con el test de estado mental de PFEIFFER (10 ítemes) preguntas cerradas de selección Likert (Positivo/Negativo), las cuales se marcó de acuerdo a la respuesta del entrevistado.	Orientación	Positivo Negativo	Cualitativo	Deterioro mental severo 8 – 10 Deterioro mental Moderada 5 – 7 Deterioro mental leve 3 – 4 Funciones Mentales Intactas 0 – 2
			Memoria			
			Concentración			
Percepción del apoyo social	Es un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales. (Garcilazo, 2015)	Para evaluar la capacidad satisfacción emocional y afiliativa en los mayores del CAM EsSalud Chosica se utilizó el cuestionario de apoyo social percibido de ZIMET (12 ítemes) preguntas cerradas de selección Likert (Casi Nunca, A Veces, Con Frecuencia y Casi Siempre), las cuales se contestaran marcando la opción elegida por el entrevistado.	Apoyo familiar	Casi Nunca A Veces Con Frecuencia Casi Siempre o Siempre.	Cualitativo	Bajo 12 – 22 Moderado 3 – 33 Alto 34 a más
			Apoyo social			
			Apoyo de personas de interés			

3. Delimitación geográfica y temporal

El estudio se llevó a cabo en el Centro Adulto Mayor del EsSalud Chosica. Se ubica en el Departamento de Lima, Provincia de Lima, Distrito de Chaclacayo en el Km 23, de la Carretera Central. Limita al norte y este con la provincia de Huarochirí, al sur con los distritos de Chaclacayo y Ate, y al Oeste con el distrito de San Juan de Lurigancho.

En esta localidad se encuentra ubicado el Centro del Adulto Mayor, este centro está a cargo de una Licenciada en Psicología, que se encarga de dirigir a 80 adultos mayores. Este grupo se reúne tres veces por semana, para desarrollar diferentes tipos de actividades (ejercicios aeróbicos, taichí, manualidades, baile, etc.). De esta manera ellos logran obtener un envejecimiento saludable. Además, cuenta con buena infraestructura, áreas de recreación como loza deportiva; también, cuenta con un puesto médico y una capilla.

4. Población y Muestra

4.1 Población.

El estudio se desarrolló de agosto a octubre del 2015, con la participación de 30 adultos mayores donde se concluyó el programa de intervención con la misma cantidad de adultos mayores con la que se inició.

La población de estudio estuvo conformada por 30 adultos mayores del Centro Adulto Mayor de EsSalud Chosica, que contaban con disponibilidad para participar en el programa. De acuerdo a las características de este estudio se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia de las investigadoras, por ser una investigación

preexperimental donde es difícil de manejar grupos grandes. Se basó en criterios de inclusión y exclusión, previamente establecidos.

4.2 Participantes.

Los participantes fueron seleccionados a criterio del investigador, considerando en el programa educativo que es más factible trabajar con grupos pequeños. Estos fueron seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión.

4.3 Criterio de inclusión y exclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión.

- Adultos mayores de 65 años a más.
- Adultos mayores que pertenezcan al centro adulto mayor del EsSalud.
- Adultos mayores que no presentan problemas físicos diagnosticados.
- Adultos mayores que desearan participar voluntariamente antes, durante y después del programa.

4.3.2 Criterios de exclusión.

- Adultos menores de 65 años.
- Adultos mayores que tienen problemas físicos diagnosticados.

- Adultos mayores que no desean participar voluntariamente en el desarrollo del programa.
- Adultos mayores que no pertenezcan al centro adulto mayor de EsSalud

4.3.3 Características de la muestra.

De acuerdo a la caracterización de este estudio, por ser una investigación preexperimental donde es difícil manejar grupos grandes y el estudio no intenta generalizar los resultados de la muestra a la población en general, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia de las investigadoras y se basó en criterios de inclusión y exclusión, previamente establecidos (Gómez, 2006).

Tabla 1
Distribución de los participantes según sexo y edad

Ítem	N	%
Genero		
Femenino	26	86.7
Masculino	4	13.3
Total	30	100.0
Edad		
Edad	N	%
Avanzada	18	60.0
Anciano	12	40.0
Total	30	100.0

En la tabla 1, respecto a la distribución del sexo de los participantes, el 86,7 % (26) son del sexo femenino y el 13,3% (4) son del sexo masculino por lo consiguiente se observa que el 60 % (18) pertenece a la edad avanzada y 40% (12) pertenece a la edad del anciano.

5. Técnica e instrumento de recolección de datos.

5.1 Escala de valoración de la Autonomía Funcional para el autocuidado (EVA).

La escala de valoración de la autonomía funcional fue creado por Pedraza M, Germán C, Luna JD, Aranda M, Peralta M, Pedrosa R y Martín C. en 1992, fue validado el año 1997 con un alfa de , el análisis factorial de éste instrumento da origen a la E.V.A. De ésta manera la validación del Sistema de Medición de la Autonomía Funcional implica automáticamente la validación de la EVA. La escala EVA obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de 0,70 en Chile (Sanhueza et al., 2012), para efectos de la población de estudio se realizó un prueba de confiabilidad, siendo el resultado del alfa de Conbrach de 0,901 (ver apéndice 4)

Mide la autonomía funcional del adulto mayor. Su fiabilidad garantiza su uso por profesionales del área salud y social. Su tiempo de aplicación es de unos diez minutos. Para obtener una medida de la autonomía funcional. EVA proporciona una evaluación semi cuantitativa en escala ordinal de las incapacidades. Consta de 12 aspectos diferentes que se consideran Necesidades Funcionales Básicas y se agrupan bajo 8 epígrafes:

Nutrición (alimentación: Hidratación.).

Cumplimiento (Uso de Medicamentos.)

Sintomatología (Síntomas.)

Actividad-Descanso (Tareas Domésticas; Desplazamiento, Deambulaci3n; Descanso Sueño.)

Higiene (Aseo-Higiene)

Eliminación (Eliminación Intestinal; Eliminación Vesical.)

Ocio-Tiempo Libre (Ocupación del Tiempo Libre.)

Uso de Recursos (Uso de Los Recursos.).

Cada Necesidad Funcional tiene 4 niveles:

0.- Autonomía Completa, 1.- Estímulo/Supervisión, 2.- Ayuda, 3.- Dependencia total/Suplencia.

Los niveles presentados anteriormente, se utilizan también para evaluar la escala anexa de Funciones Mentales (FM) que se incluye al aplicar la E.V.A. De la conjunción de ambos valores (E.V.A. y F.M.) se obtiene el Grado de Autonomía Funcional, lo cual posibilita el establecimiento de 10 Grados de Autonomía. En la EVA la incapacidad es el grado de máxima dependencia y los niveles intermedios son llamados dificultad, de acuerdo a esto los grados 1 y 2 indicarían dificultad y el grado 3 incapacidad.

Para esta investigación no se utilizó la escala anexa que mide las Funciones Mentales, debido a que ésta escala no mide la capacidad de cálculo necesaria en el desempeño de actividades instrumentales como el uso de dinero entre otras.

5.2 Estado mental de Pfeiffer.

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, consta de 10 ítems muy simples. Si bien presentan una alta correlación con otros tests, el SPMSQ de Pfeiffer (1975) alcanza mayor fiabilidad y validez que otros, La fiabilidad inter e intra observador del SPMSQ fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. El área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y

especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, teniendo menor influencia el nivel educativo o la raza (De la Iglesia et al., 2001). Para efectos de la población de estudio se realizó un prueba de confiabilidad, siendo el resultado del alfa de Conbrach de 0.725 (Ver apéndice 4)

Su objetivo es detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico: Explora orientación temporo espacial, memoria, cálculo, y concentración.

Se utilizó para evaluar las funciones mentales de ambos grupos al inicio y al final del tratamiento y como medida para el criterio de exclusión de aquellos adultos mayores con deterioro cognitivo severo.

Se considera de 0-2 errores= Funciones Mentales intactas; 3-4 errores= Deterioro mental leve; 5-7 errores =Deterioro mental moderado y 8-10 errores= Deterioro mental severo.

5.3 Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet.

La escala MSPSS fue creado en España por Zimet en 1988, está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su formato de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. En esta oportunidad se utilizó la escala adaptada por Sanhueza et al., (2012). Para efectos de ésta investigación, una escala de tipo Likert con la siguiente categorización; 1= casi nunca 2= a veces 3= con frecuencia y 4= siempre ó casi siempre.

El instrumento alcanzó una confiabilidad total de = 0.86 (Alfa de Crombach) en Chile y para efectos de la población de estudio se realizó un prueba de confiabilidad, siendo el resultado del alfa de Conbrach de 0,901 (Ver apéndice 4)

6. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de los cuestionarios, los cuales fueron aplicados a cada participante antes y después de la intervención del programa.

Primeramente se realizó la coordinación con la encargada del Centro del Adulto Mayor EsSalud Chosica y brindó información del estado actual de los adultos mayores, posteriormente se realizó la carta de presentación para el centro y brindó la autorización de realizar el trabajo de investigación en el lugar. Coordinando previamente los días de incentivación para la participación del programa y el día de apertura.

Para la recolección de datos del pretest, se aplicó los cuestionarios citando a 30 participantes voluntarios en una primera reunión de información del programa educativo. Previo a la toma del pretest se explicó los objetivos, información del programa educativo, el cronograma de actividades. También se aclaró las interrogantes de los participantes del programa y finalmente se firmó el consentimiento informado. Seguidamente se tomó los cuestionarios, teniendo una duración de 25 minutos aproximadamente, finalmente se fijaron fechas para las próximas sesiones.

Las sesiones se dictaron en el Centro Adulto Mayor del EsSalud – Chosica, en el patio del CAM, donde se contaba con una buena infraestructura (sillas, mesas, equipo multimedia) y el apoyo del personal que labora en el centro, para la aplicación de cada sesión, en lo cual los adultos mayores participaban una vez a la semana por cuatro meses consecutivos con una duración de 2 horas y algunas veces 3 horas por sesión.

Al finalizar el programa educativo después de 4 meses de intervención se tomó el postest en la reunión de clausura del programa. El tiempo de duración fue 20 minutos aproximadamente para la toma de los cuestionarios.

7. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados con el programa estadístico SPSS 21.00, con un nivel de confiabilidad de 95% y 5% de error: los resultados de la investigación se presentaron en tablas de propiedades psicométricas y tabla comparativa. Para verificar las hipótesis planteadas se empleó la prueba de Wilcoxon para muestras no paramétricas relacionadas ya que compara las medidas de las variables de un solo grupo. Se calculó también las diferencias de los valores de las dos variables de cada caso y se contrastó la medida diferente de 0, con el fin de determinar si existió diferencia significativa en el mejoramiento de la autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en adultos mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, antes y después de la aplicación del programa Educativo “Yo puedo cuidarme”.

Para cada variable se calculó la media, desviación típica y error típico; y para cada pareja de variables: correlación, diferencia promedio entre las medias, prueba de Wilcoxon e intervalo de confianza, desviación típica y error típico de la diferencia entre las medias.

8. Consideraciones éticas

Para la ejecución del estudio se contó con la autorización por parte del profesional responsable del Centro Adulto Mayor del EsSalud Chosica tal como se ha descrito para el proceso de recolección de datos (Ver apéndice 3).

Cabe indicar que se respetó la decisión de algunos adultos mayores que se retiraron de algunas sesiones educativas que fueron muy poco que se negaron a participar.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2

Descripción del nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención

Autonomía funcional	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Autonomía completa	23	76.7	25	83.3
Dependencia leve	6	20.0	5	16.7
Dependencia moderada	1	3.3	0	0
Total	30	100.0	30	100.0

En la tabla 2, respecto al pretest, se observa un 76.7% (23) de los adultos mayores tienen autonomía funcional completa en las actividades diarias, mientras que el 3.3% (1) posee una dependencia moderada en las actividades diarias. En el postest se encontró una mejoría del 83.3% (25) en autonomía funcional completa en las actividades diarias, no encontrándose dependencia moderada solo un 16.7% de dependencia leve. Se concluye que hubo una mejora de la autonomía funcional después de la intervención del programa “Yo puedo cuidarme”.

Tabla 3

Puntaje obtenido del nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Autonomía funcional	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desv. típ.
Pretest	4	20	9.43	7.50	4.725
Postest	3	20	8.87	7.00	4.840

En la tabla 3, podemos observar que en el pretest se obtuvo una media de 9.43 (Mdn= 7.50; DS= 4., 725) mientras que en el postest se obtuvo una media de 8.87 (Mdn= 7.00; DS= 4.840).

Tabla 4

Prueba de Wilcoxon en el nivel de autonomía funcional de los adultos mayores antes y después del programa de intervención

Autonomía Funcional	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	P	
	Rangos negativos	0a	0.00	0.00	-4,123b	.000
Pretest	Rangos positivos	17b	9.00	153.00		
Postest	Empates	13c				
	Total	30				

En la tabla 4, se corrobora la hipótesis alterna de autonomía funcional ya que se observa estadísticamente una diferencia significativa entre el pretest y postest de EVA en los adultos mayores obteniéndose una p valor 0.00 en la prueba estadística de Wilcoxon

Tabla 5

Descripción del nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Valoración mental	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Funciones Intactas	16	53.3	19	63.3
Deterioro Leve	11	36.7	8	26.7
Deterioro Moderado	2	6.7	2	6.7
Deterioro severo	1	3.3	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

En la tabla 5, respecto al pretest, se observa que el 53.3% (16) de los adultos mayores tienen las funciones mentales intactas, mientras que el 36,7% (8) presentó deterioro leve. En el posttest se encontró mejoría del 63.3 % (19) en las funciones mentales intactas, en cambio un 26.7% (8) presentó un deterioro mental leve. Por lo que se concluye que hubo una mejora de las funciones mentales después de la intervención del programa “Yo puedo cuidarme”.

Tabla 6

Puntaje obtenido en el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Estado mental	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desv. típ.
Pretest	0	9	2.30	2.00	2.184
Postest	0	8	2.03	1.00	2.076

En la tabla 6, podemos observar que en el pretest se obtuvo una media de 2.30 (Mdn= 2.00; DS= 2.184), mientras que en el posttest se obtuvo una media de 2.03 (Mdn= 1.00; DS= 2.076).

Tabla 7
Prueba de Wilcoxon en el nivel del estado mental de los adultos mayores antes y después del programa de intervención

Estado mental	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	P
Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.00	-2,070 ^b	.038
Pretest Rangos positivos	5 ^b	3.00	15.00		
Empates	25 ^c				
Total	30				

En la tabla 7, se corrobora la hipótesis alterna del estado mental ya que se observa estadísticamente una diferencia significativa entre el pre y posttest de Pfeiffer según el p valor 0.038 de la prueba estadística de Wilcoxon.

Tabla 8
Descripción del nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Apoyo social	Pretest		Posttest	
	N	%	N	%
Bajo	9	30.0	0	0
Moderado	14	46.7	21	70.0
Alto	7	23.3	9	30.0
Total	30	100.0	30	100.0

En la tabla 8, respecto al pretest, se observa que el 46% (14) de los adultos mayores tienen un apoyo social moderado y el 23.3% (7) un nivel de apoyo social alto. En cuanto al posttest, el 70 % (21) obtuvo un apoyo social moderado y un 30% (9) percibe un apoyo social alto. Por lo que se concluye que hubo una mejora del apoyo social después de la intervención del programa “Yo puedo cuidarme”.

Tabla 9

Puntaje obtenido en el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención.

Apoyo social	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desv. típ.
Pretest	12	36	27.77	30.50	7.664
Posttest	25	37	31.87	32.00	3.037

En la tabla 9, podemos observar que en el pretest se obtuvo una media de 27.77 (Mdn= 30.50; DS= 7.664), mientras que en el posttest se obtuvo una media de 31.87 (Mdn= 32.00; DS= 3.037).

Tabla 10

Prueba de Wilcoxon en el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores antes y después del programa de intervención

Apoyo Social	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	P
Rangos negativos	20 ^a	10.50	210.00	-3,942 ^b	.000
Pretest Rangos positivos	0 ^b	0.00	0.00		
Posttest Empates	10 ^c				
Total	30				

En la tabla 10, se corrobora la hipótesis alterna del apoyo social percibido ya que se observa estadísticamente una diferencia significativa entre el pretest y posttest de Zimet en los adultos mayores según p valor 0.000 de la prueba estadística de Wilcoxon.

2. Discusión

La funcionalidad se conceptualiza, como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos: biológico, psicológico y social, existiendo el adulto mayor funcionalmente sano o funcionalmente con dificultades para valerse por sí mismo (Silva, 2001; Borg et al., 2006; Kahana et al., 2002). Por lo cual, el propósito en el presente estudio fue determinar la efectividad del programa “Yo puedo cuidarme” en la autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido de los adulto mayores del Centro Adulto Mayor – EsSalud Chosica, así como encontrar diferencias en las puntuaciones obtenidas en el pretest y postest en el nivel de autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido.

En cuanto a la primera variable, es decir, la autonomía funcional, el programa “Yo puedo cuidarme” fue efectivo, corroborado estadísticamente con un $p= 0.000$. Se encontró que un 20 % presentaba dependencia leve, sin embargo este nivel disminuyó después de la intervención a un 16,7%. Cabe mencionar que los indicadores que mejoraron en el nivel de autonomía funcional fue la alimentación de un 63,3% a un 93%, hidratación de 0% a un 56% (Ver apéndice 5). Al igual Sanhueza et al. (2012), desarrollo un programa de intervención en lo cual tuvo como resultado una mejora de la autonomía funcional estadísticamente ($p= 0,004$; T-student= - 2,16) en el adulto mayor.

En el mismo contexto, Carmenaty y Soler (2002), señalaron que las actividades con mayor dependencia son el uso de teléfono a un 86%, ir de compras 40% , el manejo de casa 60% y selección de alimento para el consumo 80%. Lo cual mejoro significativamente después de la intervención educativa.

Asimismo, Millán (2010), encontró que los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más de los que se perciben sanos, mejorando así su autonomía funcional, mediante cambios conductuales y aumento de conocimientos. De igual manera, Lommi et al. (2015), percibió que los adultos mayores toman decisiones sobre sus actividades diarias para mejorar su bienestar y prevenir efectos del envejecimiento. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en esta investigación, siendo que a mayor conocimiento se evidencia una mejora de la autonomía funcional.

De la misma manera, Hosseini et al. (2010) y Lagos (2015), afirman que el programa educativo tiene influencia positiva en la mejora de la autonomía de los adultos mayores y es de suma importancia en la promoción de la salud. Adicionalmente, Fernández y Manrique (2010), concluyeron que al utilizar sesiones educativas con el apoyo de videos y folletos didácticos se mejoraron positivamente la autonomía funcional.

Con respecto a la segunda variable, el estado mental del adulto mayor, el programa “Yo puedo cuidarme” fue efectivo estadísticamente con $p= 0.038$, encontrándose que un 36,7 % presentaba deterioro leve, disminuyendo después de la intervención a un 26,7%. Los indicadores que mejoraron en el nivel de función mental intacta fueron: “¿Qué día estamos? ¿Mes, día, año?” de 83.3% a un 90%, “¿Cuál es su número telefónico?” de 70% a un 76.7 %, “¿Qué edad tiene?” de 63.3% a un 66,7%, “¿Cuál es la fecha de su nacimiento?” de 70% a un 73,3% y “¿Quién es el presidente del gobierno anterior?” de 60% a un 66,7% (Ver apendice5).

Igualmente, Garamendi, Delgado y Amaya (2010), encontraron una mejora en el nivel estado mental después de la aplicación del programa práctico de estimulación cognitiva en adultos mayores ($p < 0.05$). De la misma manera, Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamante (2011), observaron que en la evaluación del nivel cognitivo mediante el test

de Pfeiffer se constató un aumento de sujetos con funciones intelectuales intactas del 27,2% y la ausencia de sujetos con deterioro moderado post intervención.

En el mismo contexto, Calero y Navarro-González (2006), mostraron que este tipo de intervenciones tienen efectos positivos cuando se trabaja con población adulta mayor. Asimismo, Novoa, Juárez y Nebot (2008), sostuvieron que después de realizar una investigación retrospectiva de estudios publicados, comprueban que los programas educativos en adultos mayores sanos son efectivas en la prevención del deterioro de la memoria.

En la tercera variable, con respecto al apoyo social percibido, el programa “Yo puedo cuidarme” fue efectivo estadísticamente con un $p=0.000$. Se encontró que un 30,0 % presentaba nivel bajo, este nivel disminuyó después de la intervención a 0 %. Los indicadores que mejoraron el apoyo social percibido en nuestra investigación fueron: “Mi familia realmente trata de ayudarme, siempre” de un 26,7% a un 30%, “La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones, siempre” de un 26,7 a un 33.3 %, “Mis amigos tratan de ayudarme con frecuencia” de un 26,7 a un 40,0%, “Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos con frecuencia” de 33,3% a un 53,3%, “Hay una persona especial a mi lado cuando estoy con necesidad, Siempre” de 6,7% a un 10% y “Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos, siempre ” de 30% a un 36,7% (Ver apéndice 5).

Asimismo, Vivaldi y Barra (2012), concluyen que es relevante la importancia de programas comunitarios en que se incentive la formación de redes sociales y fomento del apoyo social por ser factores para el bienestar psicológico y permitiendo el desarrollo funcional de adultos mayores.

Cabe mencionar, que Kaur et al. (2015), encontró relación positiva entre percepción de apoyo social y autocuidado por lo cual al aumentar la autonomía funcional mejorará el apoyo social percibido en los adultos mayores. Al igual, Durán et al. (2008), afirma lo mencionado anteriormente y añade que mejorará su calidad de vida y bloqueará la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa.

Por otro lado, Zabalegui et al. (2006), llegó a la conclusión que su programa PECA no produjo ningún resultado estadísticamente significativo al comparar los resultados de pre intervención y post intervención para la variable de apoyo social por tener una muestra muy homogénea, con buen estado de salud y con una red social bien establecida.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones

El estudio presenta las siguientes conclusiones:

El programa “Yo puedo cuidarme” fue efectivo en mejorar la autonomía funcional ($p=0.000$), estado mental ($p=0.038$) y apoyo social percibido (0.000).

Antes de aplicar el programa educativo, los adultos mayores presentaban dependencia leve y moderada y después casi el total de los adultos mayores mejoraron su autonomía funcional completa, corroborado estadísticamente ($p=0.000$).

En cuanto a la salud mental, antes de aplicar el programa educativo, casi todos los adultos mayores presentaban entre deterioro mental leve, moderado y severo. Después de aplicar el programa, algunos de los adultos mayores mejoraron significativamente el estado mental, corroborado estadísticamente ($p= 0.038$).

Y respecto al apoyo social percibido antes de aplicar el programa educativo, los adultos mayores en su mayoría presentaba apoyo social moderado y bajo. Después de aplicar el programa, en su totalidad los adultos mayores se encuentran en apoyo social moderado y alto, corroborado estadísticamente ($p= 0.000$).

2. Recomendaciones

Se recomienda:

A los responsables del Centro del adulto mayor EsSalud Chosica, continuar con programas educativos que fortalezcan la calidad de vida del adulto mayor. Asimismo, fomentar y concientizar a los adultos mayores en mantener un estilo de vida saludable para una mejor funcionalidad, motivándolos a continuar participando en sesiones educativas para mejorar y reforzar lo aprendido.

A los profesionales de salud del Centro de salud de Chosica, realizar trabajos de investigación cuasiexperimentales para valorar la efectividad de los programas educativos y fomentar la autonomía funcional del adulto mayor.

A los familiares del adulto mayor, reforzar los vínculos familiares mediante el apoyo familiar y actividades recreativas.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, seguir motivando la investigación en los alumnos del pregrado y fomentar la realización de estudios con intervención respecto a la mejora de la autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en adultos mayores.

Referencia Bibliográfica

- Agulló, S. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: Una aproximación psicosociológica*. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ed.). España: Grafo S.A.
- Allan, N., Wachholtz, D. y Valdés, A. (2005). Cambios en la ocupación de adultos mayores recientemente. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 5(1), 19 – 29. Recuperado en https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi1v937nuvKAhVJkJAKHbdiAgoQFggmMAA&url=http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/103/86&usg=AFQjCNFfvrgZ6OBV7jd6J_B58YbXr7WttA&sig2
- Alvarado, M. y Mendoza, V. (2006). Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 37(4), 12– 20. Recuperado en <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjkg8vwk7TKAhUEEZAKHV1fAR4QFggfMAA&url=http://www.redalyc.org/pdf/579/57937403.pdf&usg=AFQjCNH3MA-x0tzjoddzDKq-DsIV5T3zmg&sig2=ovIXfWANEk2-W2CKb-UhZQ&bvm=bv.112064104,d.Y>
- Araiza, M. (2012). *Enfermería Geriátrica*. México: El Manual Moderno.
- Barquin, M., Blanck, F., Covarrubias, L., Frenk, J. y Lozano, R. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. Mexico: Siglo Veintiuno de España editores, S.A. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=lefFgrmUR4gC&pg=PA91&dq=definici%C3%B3n+del+adulto+mayor&hl=es-419&sa=X&ei=uc-ZVaXcGcyegwT8p4egDg&ved=0CCAQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n+del+adulto+mayor&f=false>
- Barrero, S., García, A. y Ojeda, M. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. *Revista Plasticidad Y Restauracion Neurologica*, 4(1 - 2), 81 – 85. Recuperado en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=55&IDARTICULO=5142&IDPUBLICACION=641>
- Belando, M. (2008). Modelos sociológicos de la vejez y repercusión en los medios. *Comunicación y Ciudadanía*, 2(1), 129 – 144. Recuperado en http://nova.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/mediateca/Revistas/corpo_revista_vol2.pdf#page=129
- Biazzini, E. (2008). *El maravilloso poder de las plantas*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Borg, C., Hallberg, I. y Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self care capacity: the relationship to social, health and financial

- aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607 – 618. Recuperado en <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x>
- Borra, V., Quinteros, N., Santiago, M. y Luna, E. (2010). *Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural*. (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Ed.). Lima - Peru: Industrias Gráficas Ausangate S.A.C.
- Caballero, F. (2006). *La salud en la tercera edad*. España: Cultural S.A.
- Cabrera, I. (2004). *El tiempo de nuestra dicha: Ensayo en torno a la tercera edad*. Chile: RIL Editores. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=71sigBFov-IC&pg=PA72&dq=Orientacion+y+memoria+del+adulto+mayor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiUhMndr7bKAhUDhJAKHaPUCpQQ6AEINzAE#v=onepage&q=Orientacion+y+memoria+del+adulto+mayor&f=false>
- Calero, D. y Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica Y Salud*, 17(2), 187–202. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Carhuapoma, R., Surichaque, J. y Torres, G. (2012). *Adulto mayor*. Universidad Peruana Los Andes. Recuperado en <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwito5XmlevKAhWFQZAKHRF9CGkQFgghMAA&url=http://es.slideshare.net/ruthlisethcarhuapoma/final-proyecto-24559338&usq=AFQjCNHLnv7tnpbpSCbly6xt-PYV7XRjIw&sig2=39Ei>
- Carmenaty, I. y Soler, L. (2002). Evaluación funcional del anciano. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 184–188. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Carnevali, D. y Patrick, M. (1988). *Tratado de enfermería geriátrica: Valoración del anciano* (2 ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- Castanedo, C. y Sarabia, C. (2013). Enfermería en el envejecimiento. Recuperado en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-2.-cambios-fisicos-asociados-al-proceso-de>
- Castelo, D., García, P. y Pérez, C. (2006). Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años. *Farmacéutica de Atención Primaria*, 4(3), 69–73. Recuperado en https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiN553BoLTKAhXCTZAKHRGuBSQQFgghMAA&url=http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/315/1/T-SENESCYT-0085.pdf&usq=AFQjCNFrlwJyJ_sIW89q27A4cqktnEoKWw&si
- Castillo, M., Ruiz, J., Ortega, F. y Gutiérrez, A. (2006). Anti-aging therapy through fitness enhancement. *Clinical Interventions in Aging*, 1(3), 213 – 220. Recuperado en

<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjVzO2ZlUVKAhWEipAKHZIDAIUQFggNMAA&url=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695180/&usg=AFQjCNEC8ezhjNaALEjPWzltw10qDplRA&sig2=R8ImVLWODoVqFcAPc>

- Ceballos, O. (2012). *Actividad física en el adulto mayor*. México: manual moderno S.A. Recuperado en <https://books.google.com.pe/books?id=7WXLCQAAQBAJ&pg=PA1&dq=alimentaci%C3%B3n+saludable+adulto+mayor&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi30OK226nKAhWB1h4KHZVSByM4ChDoAQhCMAc#v=onepage&q=alimentaci%C3%B3n+saludable+adulto+mayor&f=false>
- Coppard, L. (1985). La autoatención de la atención de los ancianos: hacia el bienestar de los ancianos. *OPS. Publicación Científica*, 1(492), 45 – 58. Recuperado en <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzlpDVlUVKAhULkpAKHdABAWgQFghAMAE&url=http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL>
- Cordero, L., Cabanillas, S. y Lerchundi, G. (2003). *Trabajo social con adultos mayores: intervención profesional desde un perspectiva clínica*. Argentina: Espacio Editorial. Recuperado en https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi3xKPv1-vKAhUHh5AKHUG0AtgQFgggMAA&url=https://www.researchgate.net/publication/31749887_Trabajo_social_con_adultos_mayores_intervencion_profesional_desde_un
- Coy, M. y Tzun, E. (2006). *Propuesta de un programa de atención para disminuir la depresión en personas adultas mayores internadas*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado en biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2244.pdf
- De la Iglesia, J., Dueñas, R., Onís, M., Aguado, C., Albert, C. y Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(04), 129–134. Recuperado en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-13016734>
- Delgado, C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 157 – 162.
- Durán, D., Orbegoz, L., Uribe, A. y Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263–270. Recuperado en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672008000100019&script=sci_arttext
- El Comercio. (2012, August 19). En el 2050 el mundo tendrá más adultos mayores que menores de 15 años . *Diario “El Comercio,”* p. A18. Lima. Recuperado en <http://www.unfpa.org.pe/noticias/Noticias/20121019-ElComercio.pdf>

- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontologica* (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Espinosa, G., López, V., Escobar, D., Conde, M., Trejo, G. y González, B. (2013). Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor. (Spanish). *Gait, Balance and Independence Rehabilitation Program in Elderly Adults in a Primary Care Unit. (English)*, 51(5), 562–573. Recuperado en <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=90458281&lang=es&site=ehost-live>
- Espinosa, M. (2010). *No el adulto mayor no es sinónimo de muerte; aun vive*. Asociación Mexicana de Tanatología A.C. Recuperado en <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjvjfnfmevKAhVLF5AKHVmdBiIQFggfMAA&url=http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf&usg>
- Fernández, A. y Manrique, F. (2010). Efecto de la intervencion educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyaca, Colombia. *Ciencia Y Enfermería*, 16(2), 15 – 20. Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200009
- Fernández Alba, R. y Manrique-Abril, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 1(19), 15 – 24. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fernández, B. (2009). *Envejecimiento activo, contribuciones de la psicología*. Madrid: Piramide.
- Fernández, N., Díaz, D., Pérez, H. y Rojas, P. (2002). Polifarmacia en el anciano. *Revistas Medicas Cubanas*, 10(1), 1 – 2. Recuperado en http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002
- Forttes, A. (1993). *Recreación y uso del tiempo personal, Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario*. (P. Marín, Ed.) (2 ed.). Santiago - Chile: Mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Gálvez, C. (2002). *Poder para cambiar. Los hábitos de manera feliz y para siempre*. Lima: Editorial Imprenta Unión.
- Gamarra, M. (2001). Cambios fisiológicos del envejecimiento. *Boletín de La Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 14(1), 13 – 18. Recuperado en <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v14n1/cambios.htm>
- Garamendi, F., Delgado, D. y Amaya, A. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física Y Rehabilitación*, 22(1), 26 – 31. Recuperado en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=24318>

- García, L., Rodríguez, P. y Toronjo, G. (2004). *Enfermería S 21. Enfermería de anciano* (2 ed.). Madrid: Difusion de avances de enfermería.
- Garcilazo, M. (2015). 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 2014. *Cybertesis UNMSM*, 4(1), 18 – 90. Recuperado en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4131>
- Giraldo, C. y Franco, G. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances En Enfermería*, 26(1), 43 – 58. Recuperado en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100005
- Gomez, A. (2007). Paciente anciano: tratamiento farmacoterapéutico a este segmento de la población. *Elsevier*, 26(11), 73– 75. <http://doi.org/13114085-S300>
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la: metodología de la investigación científica*. Argentina: Editorial Brujas. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=9UDXPe4U7aMC&pg=PA59&dq=investigación+enfoco+cuantitativo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjQlrXOlqfKAhWIjJAKHQh qBGIQ6AEIHzAA#v=onepage&q=investigación enfoque cuantitativo&f=false>
- González, J. (2003). *Actividad física, deporte y vida*. España. Recuperado en https://books.google.com.pe/books?id=soNTH__9HIIC&pg=PA62&dq=actividad+fisica+en+el+adulto+mayor&hl=es&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwiVxKvX9avKAhVH1h4KHdVzCJwQ6AEIGjAA#v=onepage&q=actividad fisica en el adulto mayor&f=false
- Guse, L. (2008). *Enfermería geriátrica, competencias asistenciales: Evaluación del adulto de edad avanzada*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Gutiérrez, L., Picardi, P., Aguilar, S., Ávila, J., Menéndez, J. y Pérez-Lizaur, A. (2010). *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Harrison, R. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: una introducción a desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. *Revista de Psicología General Y Aplicada*, 39(4), 623–646. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3007908>
- Hayasaka, S., Shibata, Y., Ishikawa, S., Kayaba, K., Gotoh, T. y Noda, T. (2009). Physical activity and all-cause mortality in Japan: the Jichi Medical School (JMS). *Cohort Study. J Epidemiol*, 19(1), 24 – 27.
- Heo, S., Moser, D., Lennie, T., Riegel, B. y Chung, M. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1807–1815. Recuperado en <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008>
- Homero, G. (2000). Algunos Cambios asociados al envejecimiento. *Boletín de La Escuela de Medicina*, 29(1), 2. Recuperado en <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/AlgunosCambios.html>

- Hosseini, H., Torkani, S. y Tavakol, K. (2010). The effect of community health nurse home visit on self-care self-efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 47 – 53. Recuperado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748555/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Una Mirada a Lima Metropolitana*. Lima Metropolitana. Recuperado en http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1168/libro.pdf
- Kahana, E., Lawrence, R., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A. y Stoller, E. (2002). Long term impact of preventive practivity on quality of life of the old - old. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 382 – 394.
- Kane, R., Ouslander, J. y Abrass, I. (1997). *geriatria clinica* (3 ed.). México: MacGraw-Hill Interamericana.
- Karakaya, M., Bilgin, S., Ekici, G., Köse, N. y Otman, A. (2009). Functional Mobility, Depressive Symptoms, Level of Independence, and Quality of Life of the Elderly Living at Home and in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 662–666. Recuperado en <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.06.002>
- Kasper. (2004). *Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad*. (G. Morales y N. García, Eds.). Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Kaur, N., Kaur, J. y Thapar, K. (2015). Perceived Self-Care Deficit and social support system among the elderly. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 11(3), 112 – 119. Recuperado en N Kaur, J Kaur, K Thapar - Nursing and Midwifery Research, 2015 - medind.nic.in
- Kirk, N. y Mayfield, P. (1998). *Enfermería geriátrica, cuidado de personas ancianas*. (H. M. O., Ed.). España: Editorial Paraninfo.
- Kudo, H., Izumo, Y., Kodama, H., Watanabe, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y. y Sasaki, H. (2007). Life satisfaction in older people. *Geriatrics & Gerontology International*, 7(1), 15–20. Recuperado en <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2007.00362.x>
- Lagos, K. (2015). Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de Conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Centro de atención del adulto mayor “Tayta Wasi” – VMT, Lima, 2014. *Cybertesis*, 4(3), 20 – 25. Recuperado en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4164>
- Lazcano, B. (2007). *Practica de la Geriatria* (2 ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- Leme, E. (2005). *El placer de comer bien: alimentos para prevenir y curar*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Lobo, A., Santos, M. y Carvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista Especializada Geriátrica Gerontológica*, 42(1), 6 – 22.

- Lommi, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M. y De Marinis, M. (2015). The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1854–67. Recuperado en <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.012>
- Manrique, D. (2010). Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja.” *Cybertesis*, 4(2), 16 – 18. Recuperado en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/531>
- Marriner, A. y Raile, M. (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería* (5 ed.). Barcelona: Mosly.
- Maslow, A. (1970). *Motivation an personality*. New York: Harper & Row.
- Medina, B., Rodríguez, G. y García, L. (2007). *Abatimiento funcional y falla para recuperarse en función de la funcionalidad*. (R. G & L. B, Eds.) (2 ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- Millán, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 202–234. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2014). *Personas adultas mayores en el Perú alcanzará el 22.8% de la población en el año 2050*. Perú. Recuperado en http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=6694:personas-adultas-mayores-en-el-peru-alcanzara-el-22-8-de-la-poblacion-en-el-ano-2050&catid=54&Itemid=445
- Ministerio de Salud. (2010). *El proceso del envejecimiento y autocuidado*. Lima - Perú.
- Mishara, B. y Riedel, R. (2000). *El proceso del envejecimiento* (3º ed.). España: Ediciones Morata S.L. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=P1WSN0NT-hoC&printsec=frontcover&dq=envejecimiento&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwuiqK6T5afKAhVL7SYKHeUpBxsQ6AEIKTAC#v=onepage&q=envejecimiento&f=false>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perceptiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al genero y a la practica de la actiidad fisica recreativa. *Revista MHSalud*®, 1(1), 1 – 12.
- Moracas, R. (1991). *Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida*. Barcelona (España): Editorial Herder.
- Moreno, A. (1993). *Entienda la gramática*. Colombia: Ediciones Larousse.
- Moruno, M. (2006). *Actividades de la vida diaria: Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria*. Barcelona España: Elsevier Masson.
- Novoa, A., Juárez, O. y Nebot, M. (2008). Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gaceta*

- Sanitaria*, 22(5), 474–482. Recuperado en <http://doi.org/10.1157/13126930>
- Olave-Sepúlveda, C. y Ubilla-Bustamante, P. (2011). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173 – 176. Recuperado en www.viguera.com/sepg
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica* (4° ed). Barcelona (España): Masson y Salvat.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Envejecimiento saludable: El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa Sobre Envejecimiento y Salud*. Ginebra - Suiza. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. España. Recuperado en <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La salud mental y los adultos mayores*. España. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Aspectos clínicos en atención de los adultos mayores*. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Autocuidado: clave para una buena calidad de vida en los adultos mayores*. Buenos Aires. Recuperado en http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1289:autocuidado-clave-buena-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=290
- Pedrero, N. y Pichardo, F. (2009). *Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional*. (G. MJ, P. FA, & G. L., Eds.). España: Mc Graw Hill.
- Pérez, J., Sanz-Aranguez, M. y Moya, L. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. (2 ed.). Barcelona España: Elsevier Masson.
- Pérez, M. (2000). *Enfermería geriátrica: La función de la enfermería en el cuidado de los ancianos*. Madrid: Síntesis.
- Pérez, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid - España: La muralla S.A. Recuperado en <https://books.google.com.pe/books?id=7ZxSjk3KFMcC&pg=PA180&dq=programa+educativo&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiftcHmMLKKAhXG9h4KHUuxC6gQ6AEILDAD#v=onepage&q=programa+educativo&f=false>
- Preciado, S., Covarrubias, E. y Arias, M. (2011). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde trabajo social*. Estados Unidos de América: Palibrio. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=XlzM2myqUXAC&pg=PA24&lpg=PA24&dq=La+vejez+es+una+etapa+de+la+vida+que+tiene+una+existencia+evolutiva+propia+y+que+junto+a+algunas+limitaciones,+ofrece+ciertas+potencialidades+efectivas+definidas+por+la+experiencias+y+recor>

- Querejeta, M. (2003). *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y selección*. Madrid - España.
- Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL - BREF*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Quintero, M. (2011). *La salud de los adultos mayores: una vision compartida* (2º ed.). Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud.
- Reuben, D. (2007). *Principles of geriatric medicine & gerontology*. (H. WR, B. JP, H. JB, O. JG, & T. ME, Eds.) (5 ed.). USA: Mc Graw Hill.
- Reyes, G. y Aguilar, N. (2009). *Evaluación Geriátrica Global*. (D'h. C & G. R., Eds.) (2 ed.). México: El Manual Moderno.
- Rivera, J., Muñoz-Hernández, O., Rosas-Peralta, M., Aguilar-Salinas, C., Popkin, B. y Willett, W. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 65(3), 208–237. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rivera, M. (1993). *Técnicas de relajación física y mental, Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor; Enfoque Interdisciplinario*. (P. Marín, Ed.) (2 ed.). Santiago - Chile: Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Rodriguez, R. (1998). *La Comunicación está de moda, en busca de la comunicación para los comunicadores*. Colombia.
- Rodríguez, R. y Alfonso, L. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. (A. E & V. A, Eds.). Washington DC: Organizacion Panamerica de la Salud.
- Rodríguez, S. y Stagg, M. (2014). *Evaluación del estado nutricional y diseño de un plan alimenticio para adultos mayores pertenecientes al Hogar San José de Guayaquil “Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, año 2014*. Universidad Católica. Recuperado en <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/2393>
- Rubatto, M. (1984). *Más Sabor y mejor Nutrición*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Rubenstein, Z. y Rubenstein, L. (2007). *Geriatría: Evaluación geriátrica multidimensional*. Madrid: Marban.
- Salech, F., Jara, R. y Michea, A. (2012). Cambios Fisiologicos asociados al envejecimiento. *Revista Medica Clinica Condes*, 1(23), 13 – 7.
- Salgado, A. y Guillén, F. (2002). *Manual de Geriatría* (3 ed.). España: Masson s.a. Recuperado en https://books.google.es/books?id=qzrrNhgMsBYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Sánchez, L., González, U., Alerm, A. y Bacallao, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337–349. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sanchez, S. (1990). *Trabajo social y vejez*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Sanhueza, M., Castro, M. y Merino, J. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances En Enfermería*, 30(1), 23 – 31. Recuperado en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100003
- Segovia, M. y Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162–166. Recuperado en <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2011). *Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile*. Chile. Recuperado en http://www.senama.cl/filesapp/INFORME_FINAL_ESTUDIO_RECOPIACION_ESTADISTICA.pdf
- Silva, J. (2001). *Manual de autocuidado para el adulto mayor* (2 ed.). Santiago - Chile: Ministerio de Salud.
- Söderhamn, O., Lindencrona, C. y Ek, A. (2010). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 361–368. Recuperado en [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00015-8](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00015-8)
- Sosa, O., García, R. y González, G. (2007). *Clinimetría física, mental y funcional del anciano*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Spiriduso, M. (2004). *Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad*. (G. N, Ed.).
- Spitzer, H. (2011). *Propuesta de servicios de apoyo al uso del tiempo libre de adultos mayores de niveles socioeconómicos A2 y B1 en Lima Metropolitana*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/118>
- Stanley, M., Blair, K. y Gauntlett, B. (2009). *Enfermería geriátrica - Educación* (3 ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica* (4º ed.). México: Limusa. Recuperado en https://books.google.es/books?id=BhymmEqkkJwC&printsec=frontcover&dq=tamayo+2003+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiR2oPP7P_KAhXEhZAKHddzBw4Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false

- Taylor, S. (1999). *Dorothea Orem: Modelo de Autocuidado*. Marriner-Tomey, A. *Modelos y Teorías de Enfermería* (4° ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Therese, B. (1998). *Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas*. Madrid: Paraninfo.
- Torrejón, L. (1994). *Enfermería Geriátrica: clínica y práctica*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Varela, L., Chávez, H., Galvez, M. y Mendez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Medica Herediana*, 16(3), 165–171. Recuperado en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29. Recuperado en <http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- White, E. (1989a). *Consejos sobre la salud*. Colombia: Versión Interamericana.
- White, E. (1989b). *Ministerio de la Bondad*. Buenos Aires: Asociación Casa Editorial Sudamericana- Argentina.
- Zabalegui, A., Escobar, M. A., Cabrera, E., Gual, M. P., Fortuny, M., Mach, G. y Narbona, P. (2006). Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Atención Primaria*, 37(5), 260–265. Recuperado en <http://doi.org/10.1157/13086310>

Apéndice

Apéndice 1: Instrumentos de recolección de datos

Escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado



1). ALIMENTACION

- 0.- Come solo
- 1.- Come solo pero necesita estímulos o vigilancia o hay que prepararle la comida.
- 2.- Necesita alguna ayuda para comer o que alguien le sirva los platos uno a uno.
- 3.- Le da de comer otra persona o tiene tubo nasogástrico o gastrostomía o alimentación parenteral.

2). HIDRATAACION

- 0.- Bebe solo.
- 1.- Bebe solo pero necesita estímulos o vigilancia.
- 2.- Necesita alguna ayuda para beber o que alguien le sirva los líquidos.
- 3.- Le da de beber otra persona o tiene sueroterapia endovenosa.

3). USO DE MEDICAMENTOS

- 0.- Toma. O los toma según las instrucciones.
- 1.- Requiere supervisión o recuerdo para asegurar el uso correcto de los medicamentos.
- 2.- Toma los medicamentos si se los preparan.
- 3.- Hay Que administrarle los medicamentos según las instrucciones.

4). SINTOMAS

- 0.- No padece síntomas que influyan en su nivel de autonomía, o estos no afectan dicho nivel.
- 1.- Los síntomas afectan a la autonomía de tal forma que, solo con una supervisión adecuada se compensa.
- 2.- Necesita ayuda para compensar el nivel de autonomía.
- 3.- Se sule totalmente la actividad compensadora por otra persona.

5). TAREAS DOMESTICAS

0.- Realiza Solo la preparación de comidas, planifica y realiza las compras solo, las labores del hogar, lavado de ropa.

1. Realiza solo pero necesita la supervisión para la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de la ropa.

2. Necesita ayuda para realizar la preparación de las comidas, la planificación de las compras, las labores del hogar y el lavado de ropa.

3. No puede realizar por si mismo la preparación de las comidas, ni la planificación de las compras, las labores del hogar y el lavado de la ropa.

6. DESPLAZAMIENTO, DEAMBULACION

0.- Realiza solo los desplazamientos

1.- Realiza solo pero necesita supervisión

2.- Necesita ayuda para realizar

3.- No puede realizar por si mismo

- Andar (con o sin bastón) - Andar (con o sin bastón)

- No necesita silla de ruedas - No necesita silla de ruedas

- Sube/baja escaleras solo - Sube/baja escaleras solo

- Entra y sale de la cama - Entra y sale de la cama

7. DESCANSO SUEÑO

0.- Hasta 6 horas de sueño diarias, o sensación de sueño reparador.

1.- Con hipnóticos esporádicos u otras medidas (leche, baños), logra mantener un patrón de sueño normal.

2.- Tomando Hipnóticos logra medianamente un patrón de sueño normal

3.- Tomando hipnóticos no mantiene un patrón de sueño normal.

8. ASEO – HIGIENE

0.- Realiza por si mismo su aseo personal, vestirse y arreglarse.

1.- Lo realiza solo pero necesita supervisión para lo que es aseo personal, vestirse y arreglarse.

2.- Necesita Ayuda para realizar su aseo personal, vestirse y arreglarse.

3.- No puede realizar por si mismo su aseo personal, vestirse y arreglarse.

9. ELIMINACION INTESTINAL

0.- Continente

1.- Incontinencia ocasional u ostomía

2.- Incontinencia frecuente o necesita cuidados diarios de ostomía.

3.- Siempre incontinente o lleva pañales y le hacen los cuidados completos.

10. ELIMINACION VESICAL

0.- Continente

1.- Incontinente ocasional o gotas, sonda permanente de la que se ocupa solo, o necesita que se le recuerde para evitar incontinencias

2.- Incontinencia frecuente o necesita ayuda para cuidar de una sonda permanente

3.- Siempre incontinente o lleva pañales y necesita que le hagan los cuidados completos

11. OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE

0.- Realiza con normalidad actividades de tiempo libre y ocio.

1.- Realiza bajo supervisión actividades de tiempo libre.

2.- Necesita ayuda para realizar actividades de tiempo libre.

3.- No realiza actividades de tiempo libre – ocio.

12. USO DE LOS RECURSOS

0.- Utiliza los recursos, controla su economía personal, utiliza el teléfono y algún medio de transporte.

1.- Necesita supervisión para:

2.- Necesita supervisión para:

3.- No puede utilizar los recursos de la comunidad.



Escala de percepción de apoyo social de Zimet

FAMILIA	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre o Siempre
Mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4
Yo consigo ayuda emocional y apoyo, de mi familia	1	2	3	4
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones.	1	2	3	4
AMIGOS	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre o Siempre
Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal.	1	2	3	4
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.	1	2	3	4
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4
OTROS SIGNIFICATIVOS	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Casi Siempre o Siempre
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad.	1	2	3	4
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.	1	2	3	4
Tengo una personal especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí.	1	2	3	4
Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos.	1	2	3	4



Escala de estado mental de Pfeiffer

Pregunte desde el número 1 al 10 y complete las respuestas. Anote al final el número de errores y el nivel de escolaridad.

	Positivo	Negativo
1. ¿Qué día estamos? ¿Mes, día, año?		
2. ¿Qué día de la semana estamos?		
3. ¿En qué sitio o lugar nos encontramos?		
4. ¿Cuál es su N° telefónico? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es su dirección?		
5. ¿Qué edad tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
7. ¿Quién es el presidente del gobierno actual?		
8. ¿Quién era el presidente del gobierno anterior?		
9. ¿Cómo se llama su madre?		
10. a 20 réstele 3 y continúe restando tres a cada resultado, hasta el final (20-17-14-8-5-2).		

ESCOLARIDAD: Básica o ninguna () E. Media () Superior ()

Tabulación de Resultados:

Valor final: Se acepta un error más si tiene Educación Básica o ninguna. Se acepta un error menos si tiene Educación Superior.

Interpretación:

0-2 errores: Funciones Mentales intactas.

3-4 errores: Deterioro mental leve.

5-7 errores: Deterioro mental moderado.

8-10 errores: Deterioro mental severo

Apéndice 2 consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROGRAMA: “Yo puedo cuidarme” para mejorar la autónoma funcional, estado mental y apoyo social percibido en adultos mayores del Centro Adulto Mayor EsSalud Chosica. Agosto – Setiembre 2015”.

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de Morccolla Zuñiga, Estefani y Campos Aburto, Lesly estudiantes del X ciclo académico de la E. P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión

El propósito de este proyecto es mejorar la situación actual sobre la autonomía funcional, estado mental y apoyo social percibido en el adulto mayor. El adulto mayor participará en las sesiones educativas y brindando información en el cuestionario, en el que se adjunta.

Derechos del participante y confidencialidad

La participación del adulto mayor en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con los investigadores y el centro del adulto mayor. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por los investigadores y para efectos del estudio. En lo cual el estudio no tiene ningún riesgo para el participante.

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por los investigadores, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Firma

Apéndice 3 Carta de autorización del área de estudio

**“Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación”**

CENTRO DEL ADULTO MAYOR CHOSICA

CARTA N° 068- CAM CHOSICA-SGPAM-GPS-GCPEyS-ESSALUD-2015

CHOSICA, 09 de Septiembre 2015

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente.

ASUNTO : AUTORIZACIÓN DE PRACTICAS

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez, comunicarle que las alumnas Estefani Yaquely Morccolla Zufiga y Lesly Campos Aburto, pueden realizar sus prácticas pre- profesionales de recolección de datos para que puedan concluir el proyecto de investigación presentado a nuestra institución.

Informo a su despacho para los fines convenientes.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente



ELIZABETH YSELA ALNDEO CULLY
Profesional Responsable CAM - CHOSICA

Av. Lima Sur 1371 Chosica – Telf. 3603154

Apéndice 4: Datos de la prueba de confiabilidad

Tabla 11

Alfa de Cronbach en la escala de valoración de la autonomía funcional

Estadísticos de fiabilidad Autonomía funcional	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.901	12

Tabla 12

Alfa de Cronbach del estado mental de Pfeiffer

Estadísticos de fiabilidad de estado mental	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.725	10

Tabla 13

Alfa de Cronbach del apoyo social percibido de Zimet

Estadísticos de fiabilidad de apoyo social percibido	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.913	12

Apéndice 5: Resultados descriptivos

Tabla 14

Prueba de normalidad del test de autonomía funcional de EVA

	Shapiro-Wilk				
	Estadístico	Media	Desv. Típ.	gl	Sig.
Pretest	.756	9.43	4.725	30	.000
Postest	.777	8.87	4.840	30	.000

En la tabla 14, respecto a las puntuaciones de la autonomía funcional de EVA, se observa que los datos obtenidos no tienen distribución normal ($P < .05$), según la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Tabla 15

Prueba de normalidad del test de estado mental Pfeiffer

Estado mental	Shapiro-Wilk				
	Estadístico	Media	Desv. Típ.	gl	Sig.
Pretest	.876	2.30	2.184	30	.002
Postest	.856	2.03	2.076	30	.001

En la tabla 15, respecto a las puntuaciones del estado mental según Pfeiffer, se observa que los datos no tienen distribución normal ($P < .05$), según la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Tabla 16

Prueba de normalidad del test de apoyo social percibido de Zimet

Apoyo Social	Shapiro-Wilk				
	Estadístico	Media	Desv. típ.	gl	Sig.
Pretest	.838	27.77	7.664	30	.000
Postest	.968	31.87	3.037	30	.474

En la tabla 16, respecto a las puntuaciones del apoyo social, se observa que los datos no tienen distribución normal ($P < .05$), según la prueba estadística Shapiro-Wilk.

Tabla 17
 Descripción de los ítemes de la encuesta de autonomía funcional.

		Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Autonomía	19	63.3	28	93.3
Alimentación	Supervisión	10	33.3	1	3.3
	Ayuda	1	3.3	1	3.3
	Autonomía	0	0	17	56.7
Hidratación	Supervisión	29	96.7	12	40.0
	Ayuda	1	3.3	1	3.3
Uso de medicamentos	Supervisión	29	96.7	29	96.7
	Ayuda	1	3.3	1	3.3
Síntomas	Autonomía	4	13.3	4	13.3
	Supervisión	18	60.0	18	60.0
	Ayuda	5	16.7	5	16.7
Tareas domesticas	Dependencia total	3	10.0	3	10.0
	Supervisión	24	80.0	24	80.0
	Ayuda	5	16.7	5	16.7
Desplazamiento deambulaci3n	Dependencia total	1	3.3	1	3.3
	Autonomía	18	60.0	18	60.0
	Supervisi3n	7	23.3	7	23.3
Descanso sueño	Ayuda	5	16.7	5	16.7
	Autonomía	25	83.3	25	83.3
	Supervisi3n	1	3.3	1	3.3
Aseo higiene	Ayuda	4	13.3	4	13.3
	Supervisi3n	24	80.0	24	80.0
Eliminaci3n intestinal	Ayuda	6	20.0	6	20.0
	Autonomía	30	100.0	30	100.0
Eliminaci3n vesical	Autonomía	24	80.0	24	80.0
	Supervisi3n	3	10.0	3	10.0
	Ayuda	3	10.0	3	10.0
Ocupaci3n libre	Autonomía	1	3.3	1	3.3
	Supervisi3n	23	76.7	23	76.7
	Ayuda	6	20.0	6	20.0
Uso de recursos	Autonomía	4	13.3	4	13.3
	Supervisi3n	18	60.0	18	60.0
	Ayuda	4	13.3	4	13.3
	Dependencia total	4	13.3	4	13.3

Tabla 18
Descripción de los ítems de la encuesta de estado mental

		Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué día estamos?	Positivo	25	83.3	27	90.0
¿Mes, día, año?	Negativo	5	16.7	3	10.0
¿Qué día de la semana estamos?	Positivo	27	90.0	27	90.0
	Negativo	3	10.0	3	10.0
¿En qué sitio o lugar nos encontramos?	Positivo	28	93.3	28	93.3
	Negativo	2	6.7	2	6.7
¿Cuál es su N° telefónico? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es su dirección?	Positivo	21	70.0	23	76.7
	Negativo	9	30.0	7	23.3
¿Qué edad tiene?	Positivo	19	63.3	20	66.7
	Negativo	11	36.7	10	33.3
¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	Positivo	21	70.0	22	73.3
	Negativo	9	30.0	8	26.7
¿Quién es el presidente del gobierno actual?	Positivo	27	90.0	27	90.0
	Negativo	3	10.0	3	10.0
¿Quién era el presidente del gobierno anterior?	Positivo	18	60.0	20	66.7
	Negativo	12	40.0	10	33.3
¿Cómo se llama su madre?	Positivo	27	90.0	27	90.0
	Negativo	3	10.0	3	10.0
A 20 réstele 3 y continúe restando tres a cada resultado, hasta el final (20-17-14-8-5-2).	Positivo	18	60.0	18	60.0
	Negativo	12	40.0	12	40.0

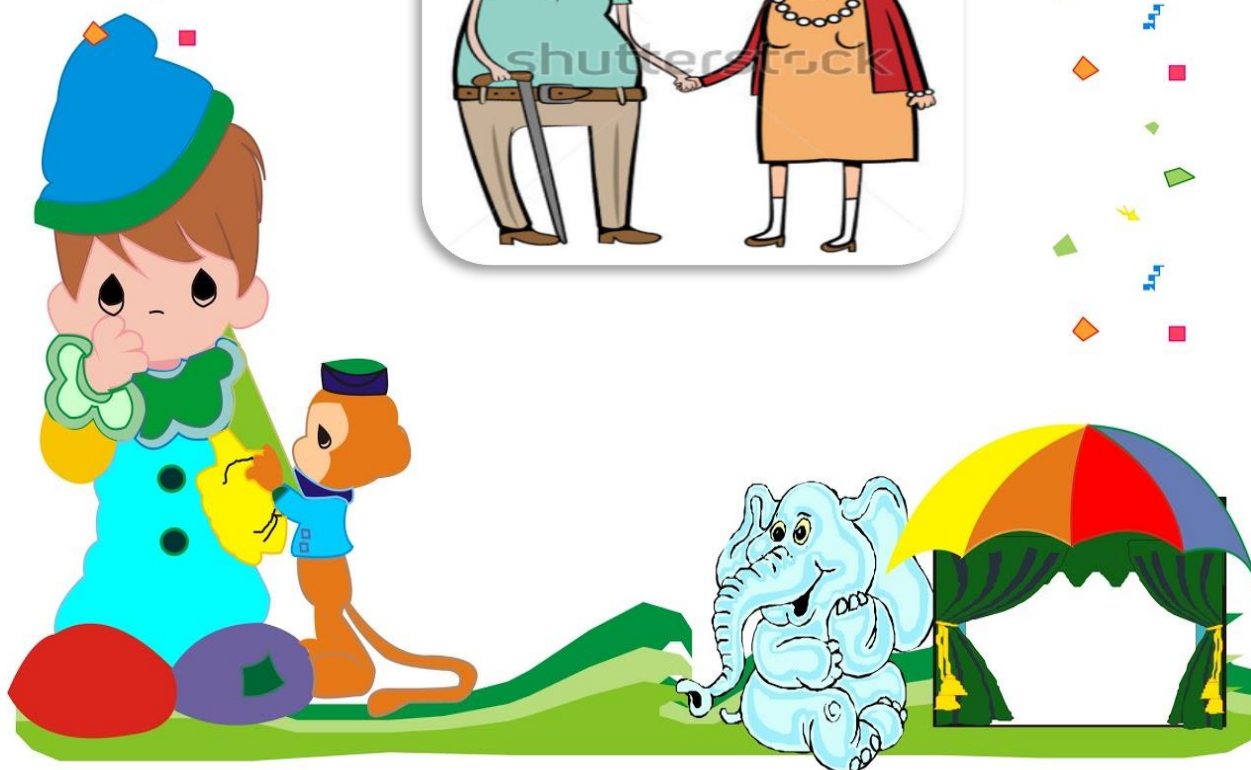
Tabla 19
Descripción de los ítemes de la encuesta de apoyo social percibido

		Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mi familia realmente trata de ayudarme	Casi	10	33.3	2	6.7
	Nunca				
	A Veces	3	10.0	8	26.7
	Con Frecuencia	9	30.0	11	36.7
	Siempre	8	26.7	9	30.0
Yo consigo ayuda emocional y apoyo, de mi familia	Casi	5	16.7	2	6.7
	Nunca				
	A Veces	4	13.3	8	26.7
	Con Frecuencia	15	50.0	14	46.7
	Siempre	6	20.0	6	20.0
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia.	Casi	15	50.0	8	26.7
	Nunca				
	A Veces	14	46.7	17	56.7
	Con Frecuencia	1	3.3	5	16.7
	Siempre	6	20.0	6	20.0
La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones.	Casi	4	13.3	0	0
	Nunca				
	A Veces	6	20.0	4	13.3
	Con Frecuencia	12	40.0	16	53.3
	Siempre	8	26.7	10	33.3
Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	Casi	4	13.3	0	0
	Nunca				
	A Veces	16	53.3	16	53.3
	Con Frecuencia	8	26.7	12	40.0
	Siempre	2	6.7	2	6.7
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal.	Casi	10	33.3	1	3.3
	Nunca				
	A Veces	16	53.3	17	56.7
	Con Frecuencia	4	13.3	11	36.7
	Siempre	0	0.0	1	3.3
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.	Casi	4	13.3	13	6.7
	Nunca				
	A Veces	14	46.7	15	43.3
	Con Frecuencia	12	40.0	2	50.0
	Siempre	0	0.0	1	3.3
Yo puedo conversar sobre mis	Casi	5	16.7	1	3.3
	Nunca				
	A Veces	15	50.0	13	43.3

problemas con mis amigos.	Con Frecuencia	10	33.3	16	53.3
	Casi	5	16.7	1	3.3
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad.	Nunca				
	A Veces	10	33.3	15	50.0
	Con Frecuencia	13	43.3	11	36.7
	Siempre	2	6.7	3	10.0
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.	Casi	12	40.0	3	10.0
	Nunca				
	A Veces	4	13.3	6	20.0
	Con Frecuencia	9	30.0	15	50.0
	Siempre	5	16.7	6	20.0
Tengo una personal especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí.	Casi	5	16.7	1	3.3
	Nunca				
	A Veces	15	50.0	17	56.7
	Con Frecuencia	8	26.7	9	30.0
	Siempre	2	6.7	3	10.0
Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos.	Casi	4	13.3	0	0
	Nunca				
	A Veces	6	20.0	5	16.7
	Con Frecuencia	11	36.7	14	46.7
	Siempre	9	30.0	11	36.7

Apéndice 6: Modulo educativo

MODULO
“YO PUEDO
CUIDARME”



INTRODCCION

En el presente trabajo trataremos sobre el adulto mayor comenzando por conceptos claves y sencillos. El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida, las personas adultas mayores son consideradas como una población de alto riesgo por lo concerniente a sus problemas de autonomía funcional. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma manteniendo una buena funcionalidad durante la vejez, es tan directamente relacionado con las privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta. Los estilos de vida, geografía y en los que se han vivido la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la funcionalidad del adulto mayor, para ello se ha elaborado este módulo cuyo fin es aportar información que ayudara en la formación a diferentes personas interesadas en el tema de los adultos mayores

INDICE

Caratula

Introducción

Índice

Metodología

Sesión educativa N° 1 “El proceso del envejecimiento y el autocuidado”

Sesión educativa N° 2 “Alimentación saludable”

Sesión educativa N° 3 “Consumo de agua”

Sesión Educativa N° 4 “Autocuidado en polifarmacia y automedicación”

Sesión Educativa N° 5 “Ejercicio físico”

Sesión educativa N° 6 “Autocuidado en los riesgos de caídas”

Sesión educativa N° 7 “Autocuidado en el descanso – Sueño”

Sesión educativa N° 8 “Aseo - Higiene personal”

Sesión educativa N° 9 “Autocuidado del aparato genito urinario”

Sesión Educativa N° 10 “Ocupación del tiempo libre”

Sesión educativa N° 11 “Autocuidado en orientación y memoria”

Sesión Educativa N° 12 “Autocuidado en la concentración”

Sesión Educativa N° 13 “Relaciones interpersonales”

Sesión educativa N° 14 “Mejorando mi autoestima”

Sesión Educativa N° 15 “Prevención de la depresión”

METODOLOGIA DE ENSEÑANZA

La metodología que se utilizará en este módulo educativo es el proceso de aprendizaje basada en la Animación, Reflexión, Demostración y Evaluación (ARDE), que está diseñada para la enseñanza en adultos. Porque permite la interacción entre el educando y el educador durante las sesiones educativas lo que permite identificar los aspectos que necesitan reforzarse, con la finalidad de asegurar aprendizajes significativos. El uso de metodologías adecuadas facilita el aprendizaje y la incorporación de nuevos conocimientos y actitudes que son predictores fiables de la práctica de nuevas conductas. Consta de lo siguiente pasos.

Fase	Concepto	Duración aproximada
Animación	En este paso se motiva a los participantes a interactuar y a romper el hielo, creando un ambiente de confianza. Esto ayuda a estimular los sentidos y permite que los participantes y los capacitadores puedan despejarse de lo cotidiano; este primer paso es importante ya que sirve para presentar el tema que se desarrollará en el siguiente paso.	20'
Reflexión	Este paso permite conocer que tanto sabe del tema el público objetivo, permitiendo recoger los conocimientos previos de los participantes, analizarlos y a contrastar los saberes nuevos o nuevos conocimientos. Las técnicas utilizadas en este paso son técnicas de análisis de imágenes como socio dramas, juego de roles, técnicas de planificación y el apoyo de ayudas audiovisuales como láminas, rotafolios, papelotes, entre otros, formulando preguntas sobre lo observado en un lenguaje sencillo. Es en esta parte donde se propicia la participación de los educandos, lo cual sirve al capacitador para ordenar y reforzar las ideas que se generan en los grupos	35'
Demostración	Permite reforzar los conocimientos durante la capacitación, poniendo en práctica lo aprendido en forma grupal o personal. Se ejecutan talleres demostrativos donde los participantes redemuestran lo aprendido. Es en este momento cuando se generan los mensajes fuerza y es la forma más adecuada de favorecer el aprendizaje y el desarrollo de habilidades y destrezas. El intercambio de experiencias permite reforzar los conocimientos adquiridos por los participantes durante la sesión educativa	25'
Evaluación	La evaluación permite verificar, reafirmar y retroalimentar lo aprendido, se realiza a través de la exposición del tema por parte de las participantes, dinámicas y mediante juegos, en los que ante alguna dificultad, tanto el capacitador y los participantes, aclaran y refuerzan los puntos débiles. Finalmente, como parte de la evaluación los participantes asumen compromisos de mejorar las prácticas respecto a los temas tratados	10'

Con el fin de posicionar la metodología y sus fases en la mente de la población objetivo.

Esta nueva presentación de la metodología, originada netamente de la experiencia de ADRA Perú, ha sido redactada en una nueva guía.

Sesion educativa N° 1 “El proceso del envejecimiento y el autocuidado”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

- ✓ Definir con sus propias palabras el proceso del envejecimiento en el adulto mayor.
- ✓ Mencionar el proceso del envejecimiento del adulto mayor
- ✓ Reconocer la importancia del autocuidado en el adulto mayor.
- ✓ Adoptar conductas que promuevan un envejecimiento saludable, tomando en cuenta la individualidad, necesidades y potencialidad de las personas adultas mayores.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“La pelota preguntona”

Mientras se entona una canción la pelota se hace correr de mano en mano, a una señal del animador, se detiene la canción. La persona que ha quedado con la pelota en la mano se presenta para el grupo: dice su nombre y con sus propias palabras cuál es su conocimiento sobre el autocuidado. El canto continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría.

Reflexion (20 minutos)

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento no es una enfermedad, es un proceso fisiológico natural, que se produce desde que nacemos, y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida. Durante este proceso el organismo va cambiando. Cada persona envejece a su propio ritmo, y en este proceso influyen tanto los factores genéticos y ambientales, como también el entorno en el cual vivimos.

- ✓ Quienes vivimos más, debemos hacerlo con buena salud, para ello es necesario:
- ✓ Controlar nuestra salud periódicamente.

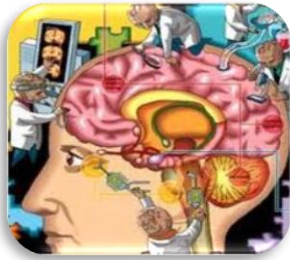
- ✓ Practicar hábitos saludables.
- ✓ Fortalecer nuestra autoestima.
- ✓ Para lograrlo, tenemos que AUTOCUIDARNOS, es decir, la persona adulta mayor debe asumir la responsabilidad del cuidado de su propia salud.

¡Depende de nosotros conservar nuestra salud!

Algunos cambios que se producen con el envejecimiento

1. Cambios Físicos: Con el paso de los años se dan ciertos cambios en el cuerpo, como por ejemplo la pérdida de masa muscular, la disminución de la capacidad para movilizar huesos y articulaciones, etc. Esto significa que debemos adaptarnos a los cambios naturales que nos trae el paso del tiempo; pues a pesar de ellos, seguimos siendo nosotros mismos.





2. Cambios Psicológicos: También disminuyen algunas facultades mentales como la memoria; además, el estado de ánimo se torna muy variable, por eso es importante fortalecer la valoración personal y las relaciones familiares. En esta etapa es común enfrentarse a procesos de duelo, y sufrir por la pérdida de personas con las que se mantuvo fuertes lazos emocionales y afectivos.

3. Cambios Sociales: La persona adulta mayor de zona rural participa en mayor medida en el mercado de trabajo. Ello se debe a que gran parte de la población joven emigra a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida; pero también trae consigo que las personas mayores enfrenten soledad y en algunos casos abandono.



RECUERDE:

Las personas adultas mayores tienen que participar en espacios locales y comunales para mantenerse activos y cuidar su salud.

Problemas de las personas adultas mayores:



Escaso o nulo acceso a la seguridad social y al sistema de pensiones

No todos tienen partida de nacimiento y DNI

Bajo nivel educativo

Altos índices de pobreza extrema

Trabajo remunerado por debajo del salario mínimo vital

Economía de subsistencia

Deficiencia nutricional (predominio de carbohidratos)

Viven solas, porque los hijos jóvenes emigraron a las ciudades

Pérdida de piezas dentales

Dificultad para organizarse, asociarse.

Recuerde

¡Más importante que dar más años a la vida, es dar más vida a los años!

Autocuidado en el adulto mayor

¿Qué es la salud?

Es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad. Recuerde: La vejez no es sinónimo de enfermedad.

¿Qué es el Autocuidado de la salud?

* Es cuidar nuestra salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludable para mantenernos sanos y activos, y hacer más difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad.

* Para Autocuidarnos tenemos que conocernos, querernos y aprender a cuidarnos.



* Es importante aceptar las huellas que el tiempo va dejando en el cuerpo, y amarnos tal como somos.

Para Autocuidarnos debemos fortalecer

1. Nuestra autoestima

Es la valoración que tiene una persona de sí misma. Una autoestima positiva es aceptarnos, querernos y respetarnos. Fortalecer la autoestima permite tener una buena relación consigo misma, con los demás y hacer frente a los retos de la vida.

2. Nuestro autoconcepto

Para un adecuado autocuidado, se requiere que las personas adultas mayores tengan pensamientos, ideas, opiniones, y creencias positivas de sí mismas; condición que se debe trabajar con los grupos de autocuidado.

3. Nuestra autodeterminación

Es la capacidad de tomar decisiones a nivel personal en todos los aspectos de la vida, para cumplir con las metas que nos hemos trazado. El Autocuidado nos permite prevenir enfermedades y Mantenernos activos e independientes, Mejorar nuestras relaciones con otras personas (familiares, amigos, paisanos), Adaptarnos a los cambios de la vida y Hacer menos grave la enfermedad o discapacidad que padecemos.



Recuerde: ¡Prevenir es más barato que curar!

El Autocuidado Sí se aprende Aunque es bueno aprender prácticas de autocuidado desde muy joven, las personas adultas mayores también pueden aprender a autocuidarse. Nunca es tarde para aprender.

Demostración: (10 minutos).

Una vez más el facilitador junta a los participantes en 2 grupos.

Grupo Nº 1: Demostrarán mediante socio drama una sesión educativa con el proceso del envejecimiento del adulto mayor. El grupo tendrá 5 minutos para preparar su socio drama.

Grupo Nº2: desarrolla un resumen sobre el autocuidado en el adulto mayor.

Evaluación (10 minutos)

El gato y el ratón

Materiales:

2 chalinas

Juego Consiste

Dos participantes tendrá las chalinas que será uno el gato, hará dos nudos, y el ratón hará un nudo, así pasara para las chalinas a cada estudiante, el objetivo del juego es que el gato atrape al ratón, las personas que pierdan saldrán adelante y tendrán sus preguntas en la cajita de sorpresa con sobres de colores:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿El envejecimiento es una enfermedad?

¿Por qué decimos que el envejecimiento es un proceso natural?

¿Por qué es importante el Autocuidado en las personas adultas mayores?

Sesión educativa Nº 2 “Alimentación saludable”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

- ✓ Definir con sus propias palabras sobre alimentación saludable.
- ✓ Mencionar los cambios que producen en el cuerpo durante el envejecimiento.
- ✓ Reconocer el requerimiento que necesita el cuerpo del adulto mayor.
- ✓ Adoptar medidas de autocuidado para una alimentación saludable.

Tiempo: 40 minutos

Animación (5 minutos)

“Dime que comes y te dire quien eres”

El animador muestra 3 dibujos: un adulto mayor delgado y bajito, otro adulto mayor alto y fuerte y otro adulto mayor gordo y enfermo. Le pregunta ¿Cómo quieres ser y cuál es su plato de comida favorito?

Reflexión (20 minutos)

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Alimentación:

Es el proceso de producción, almacenamiento, transformación, comercialización, selección y preparación por el que pasan los alimentos hasta antes de su consumo. También se le conoce como cadena alimentaria.

Alimento:

Es toda sustancia o producto que. Por sus características, aplicaciones. Componentes, preparación y estado de conservación, es susceptible de ser utilizado habitual e idóneamente en la nutrición humana. Los alimentos pueden ser de origen vegetal, animal y mineral.

Nutrición:

La nutrición es un factor importante en la salud ya que con el envejecimiento disminuye la capacidad para diferenciar los sabores dulces de los salados, lo que puede generar el consumo excesivo de azúcar o de sal y en consecuencia una dieta poco equilibrada. La nutrición puede verse afectada por pérdida de piezas dentarias o enfermedades de la boca.

Alimentación saludable:

Nuestra calidad de vida y nuestra salud, dependen mucho del tipo de alimentación que ingerimos. Muchas enfermedades como el cáncer, la hipertensión arterial (presión alta), la diabetes (mucho azúcar en la sangre), las dislipidemias (aumento de grasa en la sangre), la (estar muy gordo) y la desnutrición, tienen que ver con los alimentos que consumimos.





Carbohidratos: tubérculos (oca, pituca, yacón, chuño, tocosh,) y cereales (kiwicha, quinua, amaranto, cancha, mote, maíz, granos enteros).

Agua: beber 6 a 8 vasos diarios.

Estos alimentos proporcionan una cantidad suficiente de proteínas, energía, grasas esenciales, minerales, vitaminas y agua, para que el cuerpo funcione adecuadamente, y pueda mantener un buen sistema de defensa, para protegernos de las infecciones y otras enfermedades. Tenemos alimentos como: quinua, , kiwicha, que nos proporcionan principalmente energía y minerales necesarios para el cuerpo; entre las carnes :cordero, pescados, etc., que nos proporcionan proteínas; alimentos como el maíz, cebada, olluco, papa, haba, etc. también nos proporcionan energía. Y las vitaminas y minerales que pueden obtener del tomate, ají, rocoto, chirimoya, lúcuma, tuna, lima, granadilla, pepino, paca, papaya.

Cambios que se producen en el cuerpo durante el envejecimiento

A medida que tenemos más edad, en nuestro cuerpo se producen cambios que influyen en la nutrición:

Los huesos se vuelven débiles, pierden calcio, y los órganos como el hígado, riñón, cerebro, y otros, pierden tamaño.

Hay disminución en la producción de saliva y por lo tanto se produce sequedad en la boca, lo que ocasiona problemas en la masticación y en el pasaje de los alimentos.

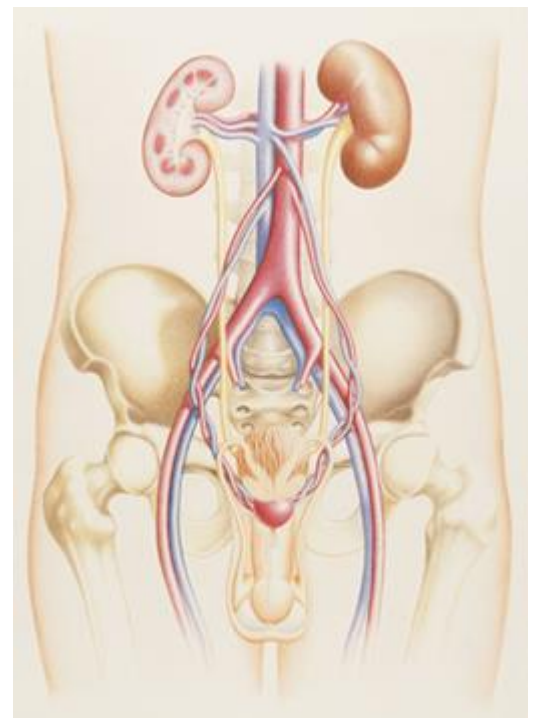
Existe disminución de la masa y la fuerza muscular, por lo tanto se reducen también las necesidades calóricas.

Se adelgazan las encías, los dientes se desgastan, lo que también afecta la capacidad de masticar.

Nuestro intestino pierde capacidad para aprovechar las vitaminas, grasas y minerales que proporcionan los alimentos.

Disminuye la movilidad y elasticidad intestinal, y se puede presentar estreñimiento, gases, dolor de estómago y digestión lenta.

Las células de defensa pierden eficacia y se debilitan, por lo tanto aumenta la predisposición para las infecciones y las enfermedades neoplásicas.



Requerimientos: lo que necesita nuestro cuerpo

Las personas adultas mayores necesitan menos calorías (grasas y harinas) y una mayor cantidad de proteínas (carnes, queso, huevo, tarwi, menestras), también las necesidades de vitaminas y minerales son mayores (verduras y frutas), por lo que debemos consumir una dieta variada.

Con la edad no se tiene mucha sed, por eso se consume menos agua, esto perjudica la salud.

Inclusive cuando las personas están enfermas, deben continuar consumiendo agua, salvo indicación del médico/a.

Medidas de autocuidado para una alimentación saludable.

Los alimentos deben contener poca grasa.

No consumir mucho café, té, gaseosa, ni licor.

Preferir alimentos con cáscaras, para una buena digestión.

De preferencia ingerir crudas, las frutas y verduras, por ejemplo comiendo ensaladas.

Consumir de preferencia azúcar rubia, en vez de blanca; y sal yodada.

Mezclar harinas tostadas de diferente tipo, por ejemplo: harina de haba con harina de cebada, de maíz o quinua, etc. produciendo una mashca mejorada.

Coma siempre a la misma hora, en pequeñas cantidades, 4 a 5 veces al día.

Demostración: (10 minutos).

Se realizara una sesión demostrativa de un desayuno y almuerzo saludable en el cual se les mostrara a los participantes alimentos preparados previamente. Explicándoles los beneficios de cada plato demostrativo, la preparación y se repartirá trípticos de cada preparación.

Evaluación (10 minutos)

Los Manteles

Materiales:

Manteles / Bolígrafo

Juego Consiste

El animador deja unos manteles en diversos lugares de la sala, cada mantel llevará un título una de las preguntas de evaluación.

Los componentes del grupo tendrán que ir pasando por los manteles y pondrán aquello que pienses respecto al título asignado al cartel. Posteriormente se debería comentar con el resto del grupo de animadores para ver lo que han aprendido.

¿Defina con sus propias palabras sobre alimentación saludable?

¿Mencione los cambios que se producen en el cuerpo durante el envejecimiento?

¿Qué requerimientos sobre alimentación necesita el cuerpo del adulto mayor?



Sesión educativa Nº 3 “Consumo de agua”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

Definir con sus propias palabras sobre el consumo de agua

Mencionar tres desventajas de no tomar agua.

Reconocer la importancia del autocuidado en el adulto mayor.

Adoptar actitudes de compromiso de consumir agua.

Tiempo: 40 minutos

Animación (5 minutos)

“Reconozco tu animal”

Todo el grupo sentado en círculo. Una persona se pasea por el centro con los ojos cerrados, cogiendo la mano de alguien del grupo. La persona de quien se ha cogido la mano, imita el sonido de un animal. Si la que está con los ojos cerrados la reconoce cambian de lugar. Si no continúa el paseo, cogiendo a otra persona.

Reflexión (20 minutos)



CONSUMO DE AGUA

El agua ayuda a casi todas las funciones del cuerpo humano. Considerando que nuestros cuerpos son casi 2/3 agua, entender el rol importante del agua en el cuerpo puede ser una fuente de salud. Asimismo Leme. E. (2005) refiere que El agua representa el 70% de la composición de nuestro **cuerpo** y es indispensable para mantenerlo sano porque. Además de limpiar el **organismo** y eliminar las **toxinas**, es un eficaz vehículo para transportar **vitaminas** y **sales minerales** indispensables para nutrir las **células**.

LA FUNCION DEL AGUA EN EL CUERPO: A continuación mencionamos algunas de las cosas que el agua hace en nuestro cuerpo:

El cerebro es 75% agua / Una deshidratación moderada puede causar dolor de cabeza y mareo.

Se necesita agua para exhalar

El agua regula la temperatura del cuerpo

El agua transporta nutrientes y oxígeno a todas las células en el

cuerpo

La sangre es 92% agua

El agua humedece el oxígeno para respirar

El agua protege y amortigua órganos vitales

El agua ayuda a convertir los alimentos en energía



El agua ayuda al cuerpo a absorber los nutrientes

El agua se deshace de los desperdicios

Los huesos son 22% agua

Los músculos son 75% agua

El agua amortigua las articulaciones

A continuación te presentamos los 10 **beneficios** que te otorga el beber agua:

1. Los expertos en salud recomiendan beber de un litro y medio a dos de agua al día para mantener nuestro organismo **hidratado** y en correcto funcionamiento. Se ha demostrado que si nuestro cuerpo está lo suficientemente hidratado, aumentan las sustancias para el control de **bacterias** en la boca que se encuentran en la **saliva**, evitando la **gingivitis** (inflamación de encías), caries y otras enfermedades bucales.

2. Es indispensable en los procesos de **digestión**, **absorción**, distribución de nutrientes, transporte y desecho de elementos tóxicos.

3. Bebiendo las cantidades adecuadas de agua, el **hígado**, los **riñones**, el **sistema digestivo e inmunológico** cumplen muy bien con sus funciones, se lubrican las **articulaciones** y mejoran la resistencia de los **ligamentos**. A este vital líquido también se le atribuye la disminución de **cálculos** o **pedras** en el riñón y la incidencia de las **infecciones urinarias**. También ayuda a eliminar y diluir las sustancias presentes en la orina.

4. Mejora la absorción de los nutrientes de las comidas.

5. El agua actúa como protector; ayuda a mantener los niveles adecuados de **acidez** en el cuerpo y retarda los procesos de **envejecimiento**.

6. Un consumo equilibrado de este líquido ayuda también a mantener la belleza del cabello, las uñas y la piel. Esto se debe a una regeneración celular por medio de un soporte suficiente de minerales, nutrimentos, y por supuesto, de **oxígeno**.



7. De acuerdo con el Centro Virtual de Información del Agua de México, el agua es efectiva para la dieta, porque suprime el apetito y ayuda al cuerpo a metabolizar las grasas más eficientemente. Beber un vaso de agua 10 minutos antes de comer permite llegar con menos ansiedad a la mesa. Asimismo, entre más agua bebas, más **grasa** sale del cuerpo, por lo que es buena contra la **retención de líquidos**.

8. El agua como medicina natural. Estudios recientes llevados a cabo en la Universidad de Harvard han concluido que la ingesta de agua en cantidades apropiadas, reduce un 45%, el riesgo de cáncer de colon y a la mitad las probabilidades de desarrollar cáncer de vejiga; debido a que la deficiente hidratación concentra mayor cantidad de sustancias tóxicas y cancerígenas en esos órganos.

9. Reduce el riesgo de problemas cardíacos. En la **Universidad de Loma Linda**, en California, se hizo un estudio involucrando a 20 mil personas sanas que tomaban 5 vasos diarios de **agua** y las cuales presentaron un menor índice de **problemas cardiovasculares** en comparación con los que solo tomaban 2 vasos diarios.

10. Investigadores de la **Universidad de Búfalo**, en Nueva York, comprobaron que el ingerir agua suficiente hidrata las **mucosas** que recubren la nariz, garganta bronquios y **pulmones**, disminuyendo las

probabilidades de infecciones **virales** como la **gripe** común o la influenza, infecciones **bacterianas**, y la posibilidad, en las personas con **asma**, de sufrir un ataque agudo.



Asimismo Brazzi. 2004) refiere que Beber agua suficiente puede: Mejorar su salud total y su bienestar. Porque el agua es importante en muchas funciones del cuerpo, tener suficiente agua en nuestro organismo es un factor clave

para tener salud y mantenerse saludable.

El agua ayuda a mantener el volumen de sangre, el cual ayuda a mantener su energía.

Una apropiada hidratación mejora su concentración y tiempo de reacción,

especialmente durante los ejercicios.

El agua aumenta el número de calorías que quema durante las actividades diarias.

El agua diluye y dispersa las medicinas, permitiéndoles actuar más rápida y efectivamente.

El agua evita el malestar estomacal causado por medicinas concentradas.

Ayudar a protegerse contra una gran variedad de enfermedades. Algunos estudios citados por la Asociación Dietética Americana muestran vínculos entre un alto consumo de agua y la reducción del riesgo de padecer:

- Resfriados
- Cálculos en los riñones
- Cáncer de mama
- Cáncer de colon
- Cáncer del tracto urinario

Mejorar su apariencia. El agua llega por último a la piel; si su cuerpo no obtiene suficiente agua, su piel sentirá los efectos más que cualquier otro órgano. El agua hidrata la piel, dejándola:

- más tersa
- más pulida
- más suave
- más libre de arrugas

Ayudar a perder peso.

Muchos de nosotros confundimos la sed con las punzadas de hambre, así que tendemos a comer bocadillos cuando realmente nuestros cuerpos están ¡sedientos! Así que mejor beba agua – le ayudará a sentirse satisfecho, aminorando su deseo de comer. Algunos estudios muestran que tomar suficiente agua puede:

Darle más energía durante sus ejercicios.

Incrementar las calorías que quema durante sus ejercicios.

Ayuda a que su cuerpo reduzca los depósitos de grasa.

1. Necesidades Diarias De Agua

El agua es imprescindible para el organismo. Por ello, las pérdidas que se producen por la orina, las heces, el sudor y a través de los pulmones o de la piel, han de recuperarse mediante el agua que bebemos y gracias a aquella contenida en bebidas y alimentos.

Es muy importante consumir una cantidad suficiente de agua cada día para el correcto funcionamiento de los procesos de asimilación y, sobre todo, para los de eliminación de residuos del metabolismo celular. Necesitamos unos tres litros de agua al día como mínimo, de los que la mitad aproximadamente los obtenemos de los alimentos y la otra mitad debemos conseguirlos bebiendo.(Brazzi2004).



1. En las siguientes situaciones, esta cantidad debe incrementarse:

- Al practicar ejercicio físico.
- Cuando la temperatura ambiente es elevada.
- Cuando tenemos fiebre.
- Cuando tenemos diarrea.

2. Efectos de no consumir agua pura:

Acidez estomacal:

La acidez estomacal puede ser una señal de falta de agua en la parte superior del tracto gastrointestinal. Esta es una señal de sed importante que emite el cuerpo humano.

La ingestión de antiácidos o medicamentos en tabletas contra la acidez estomacal, no corrigen la deshidratación, y el cuerpo continúa sufriendo como resultado de no obtener la suficiente agua.

Consecuencia: Al no reconocer que la acidez estomacal es un signo de deshidratación y tratarla por medio de antiácidos, producirá con el tiempo una inflamación estomacal, en el duodeno, hernia hiatal, úlceras y eventualmente cáncer en el tracto gastrointestinal, incluyendo páncreas e hígado. (Rubatto 1995).



Artritis:

El Agua puede prevenir y curar la Artritis, Dolor Reumático de las Articulaciones (Artritis) puede ser una señal de falta de agua en las articulaciones. Puede afectar tanto a los jóvenes como a los adultos. El uso de calmantes para el dolor no cura el problema y provoca que siga progresando la enfermedad.

Dolor de Espalda:



El dolor en la espalda baja y la artritis anquilosa de la espina dorsal pueden ser signos de falta de agua en los discos de la espina dorsal – los amortiguadores que soportan el peso del cuerpo. Estas molestias se deben tratar incrementando la cantidad de agua a beber.

Consecuencia: Al no reconocer que el dolor de espalda es un síntoma de deshidratación en las articulaciones y el tratarlo con analgésicos, masajes, acupuntura y eventualmente cirugía, al pasar el tiempo esto provocará osteoporosis cuando las células del cartílago en las articulaciones eventualmente mueran y causen una deformación en la espina dorsal, que a su vez llevará a la incapacidad física de los miembros inferiores.

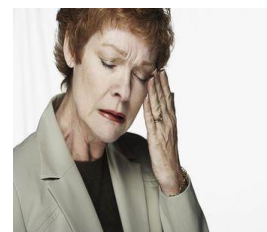
Angina de pecho

Dolor en el pecho (Angina de Pecho) : puede ser una señal de falta de agua en el organismo entre el eje del Corazón y de los pulmones.

Este síntoma debe ser tratado bebiendo mayor cantidad de agua, hasta que el paciente ya no tenga dolor y sin tomar medicamentos. Es prudente tener una supervisión médica, sin embargo, al aumentar la cantidad de agua a beber puede curar la angina de pecho.

Migraña:

La Migraña puede ser un síntoma de la falta de agua requerida en el cerebro y ojos. La Migraña se puede evitar impidiendo la deshidratación del cuerpo. Este tipo particular de deshidratación eventualmente ocasiona una inflamación en la parte posterior del ojo y posiblemente una disminución o pérdida de la visión.



Colitis:

Es una señal de falta de agua en el intestino grueso. Se asocia con el estreñimiento debido a la construcción de exceso de agua que se ejerce en el excremento y que a su vez pierde la lubricación que brinda el agua.

Consecuencia: Al no reconocer el dolor de la colitis como un signo de falta de agua, provocará una condición de estreñimiento persistente que dará como resultado una compactación en el excremento que a su vez puede causar divertículos, pólipos y hemorroides, e incrementar la posibilidad de contraer cáncer de colon y recto.



El asma:

El asma que afecta a cerca de 12 ,000,000 de niños y mata a varios de miles de ellos cada año, es una complicación de la deshidratación del cuerpo. Es causada por una falla en el programa de administración de la hidratación del cuerpo.

El paso libre de aire se obstruye e impide la eliminación de agua en forma de vapor del cuerpo – el vaho. El incremento en el consumo de agua evita los ataques de asma.

Consecuencia: Al no reconocer el asma como un indicador de falta de agua en la etapa de desarrollo de los niños, no solo sentenciará de muerte a varios de



miles de ellos cada año, sino que provocará en los niños asmáticos que sobrevivan, un daño genético irreversible.

Presión Sanguínea Alta:

La Hipertensión es un estado de adaptación del cuerpo a una deshidratación general cuando las células de los vasos sanguíneos no obtienen suficiente agua.

Como parte del mecanismo de ósmosis inversa, cuando el agua de suero se filtra e inyecta a las células importantes a través de poros diminutos en sus membranas, se requiere de una presión extra para el “proceso de inyección”, tal como sucede cuando se inyecta el “suero” en los hospitales para rehidratar los millones de células. Beber agua, compensará la presión a la normalidad.



Consecuencia: Al no reconocer que la hipertensión arterial es uno de los indicadores de la deshidratación corporal y tratarlos por medio de diuréticos que a su vez deshidratan aún más, traerán como consecuencia posterior un bloqueo de las arterias del corazón y de las arterias que van hacia el cerebro por la acción del colesterol. Esta condición provocará ataques del corazón, pequeños o infartos masivos cerebrales que pueden paralizar alguna parte del cuerpo. También pueden causar falta de los riñones y daños neurológicos tales como Alzheimer.

Diabetes Tipo II o de Adultos



La Diabetes de adultos es otra causa probable debido a la deshidratación del cuerpo. El mantener una cantidad adecuada de agua en la circulación y para las necesidades prioritarias del cerebro la secreción de insulina se inhibe para impedir la entrada de agua a las células del cuerpo. En los diabéticos solamente algunas células obtienen las suficientes aguas para sobrevivir. El Beber agua revierte la diabetes adulta en las etapas iniciales.

Consecuencia: Al no reconocer que en la diabetes del adulto la complicación por deshidratación, con el tiempo, puede causar daños masivos en los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. Esto puede provocar más tarde la pérdida desde los dedos de los pies hasta aún las piernas por gangrena y ceguera.

Colesterol en la Sangre:

Los altos niveles de colesterol son indicadores de una deshidratación corporal temprana. El colesterol es un material arcilloso que se adhiere entre los espacios de algunas membranas celulares para impedir que estas pierdan su humedad vital por la presión osmótica más fuerte de la sangre que circula en la vecindad.

El colesterol, aparte de ser utilizado en la fabricación de las membranas de las células nerviosas y de hormonas, también actúa como un “escudo” contra la demanda de agua de otras células vitales que normalmente intercambian agua a través de sus membranas celulares.

La Depresión:

La depresión, la pérdida del libido, el síntoma de fatiga crónica, el lupus, la esclerosis múltiple, la distrofia muscular.

Todas estas condiciones pueden ser causa de una deshidratación prolongada. Si fuese esta la causa probable, se aliviará una vez que el cuerpo haya sido hidratado regularmente. En estas condiciones, el ejercicio muscular debería ser parte del programa de tratamiento

Por todas estas razones, es muy importante tener el hábito de beber agua diariamente, para mantenerte saludable y evitar la **deshidratación**. (Guitierrez2011)

Demostración: (10 minutos).

Una vez más el facilitador junta a los participantes en grupos.

A cada uno de ellos se le entregara un juego de imágenes entre los cuales, habrán imágenes sobre beneficios y consecuencias al no consumir agua. En el cual se realizara el resumen y fijación de los beneficios del consumo de agua a través de un mapa gráfico.

Evaluación (10 minutos)

Revienta globos

Materiales:

6 globos de diferentes colores

Juego Consiste

Los participantes al son de la música elegirán un globo. En el cual dentro de ellos habrán preguntas de evaluación, la persona primera persona que no coja ningún globo se le realizara una pregunta de la lista que no debe estar en uno de los globos, de ahí se le harán la pregunta de los globos que van saliendo:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿Cuánto porcentaje tiene el cuerpo humano agua?

Mencionar beneficios del agua

Mencionar tres desventajas de tomar agua

¿Crees que el agua es buena para nuestra salud? ¿Porque?

Sesion Educativa Nº 4 “ Autocuidado en polifarmacia y automedicacion”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

- ✓ Definir con sus propias palabras cambios fisiologicos que ocurren con la edad y sus consecuencias farmacocineticas.
- ✓ Mencionar el autocuidado en la medicacion del adulto mayor.
- ✓ Reconocer las normas generales para la prescripcion de farmacos en el adulto mayor.
- ✓ Adoptar conductas que promuevan el autocuidado de la automedicacion.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“Que ha cambiado”

Los participantes se dividen en parejas. Las parejas se observan uno a otro y tratan de memorizar la apariencia de cada cual .Luego, uno se da la vuelta mientras que el otro hace tres cambios a su apariencia; por ejemplo se pone el gorro, se quita los lentes y se sube las mangas, etc. Cuando el jugador vuelve a girar, tiene que tratar de descubrir los tres cambios. Luego los jugadores cambian de papeles.

Reflexion (20 minutos)

POLIFARMACIA Y AUTOMEDICACION

La farmaodinamica trata sobre los efectos de los medicamentos en el lugar del receptor deseado. Los adultos mayores reaccionan a los medicamentos de manera diferente que las ppersonas jovenes, debido a multiples factores como enfermedad cronica, asi como efectos a nivel de receptor, cuya sensibilidad suele alterarse.

En consecuencia, una determinada concentracion farmacologica en el suero suele desencadenar una mayor respuesta en los receptores organicos en un paciente mayor que uno mas joven.



Cambios fisiologicos que ocurren con la edad y sus consecuencias farmacocineticas

Proceso	Cambios Fisiologicos	Cambios Farmaceuticos
Absorcion	Aumento del PH gastrico Disminucion Motilidad Disminucion Gastrointestinal flujo sanguineo intesinal Disminucion del area de absorcion de la mucosa	Con algunos farmacos , no hay alteracion Disminuye la velocidad de absorcion de la digoxima. Disminucion de la Biodisponibilidd del prazosin.
Distribucion	Composicion corporal Disminuye masa corporal Disminuye el agua corporal Aumenta la grasa corporal	Disminuye el volumen de distribucion de algunos farmaco hidrofílicos. Aumenta el volumen de distribución de algunos famrmacos lipofílicos.
Metabolismo Hepatico	Modificacion union a proteinas Disminuye albumina plasmatica Disminuye unonn a farmacos acidos.	Disminucion del metabolismo de algunos, pero no de todos los farmacos. Efecto de primer paso.

	<p>Aumenta la Gama globulina, Glicoproteina y la union a farmacos basicos.</p> <p>Mayor desplazamiento de un farmaco unido a proteina por otro farmaco, union de farmaco a globulos rojos.</p> <p>Disminucion debito cardiaco.</p> <p>Disminucion del flujo y menos concentracion e farmacos en diferentes tejidos.</p> <p>Disminucion de masa hepatica.</p> <p>Disminucion flujosnaguineo hepatico.</p> <p>Disminucion de numeros de celulas hepaticas.</p> <p>Disminucion de actividad de las enzimas microsomales.</p>	
Excrecion renal	<p>Disminucion del flujo sanguineo renal</p> <p>Disminucion filtracion glomerular</p> <p>Dsmminucion de la excrecion tabular</p>	Disminucion de eliminacon

Es necesario que si presentas algun tipo de alteracion en la funcion intelectual y analfabetismo, mala vision o sordera, busques algun tipo de educacion o incluso que se te instrucción por escrito para el uso de medicamentos de prescripcion obligada.

No te automediques, es decir , no te recetas a ti mismo o a terceras ersonas. La automedicacion se basa en un autodiagnostico, que no siempre es correcto, y que suele ser origen del consumo de remedios inadecuados.



Tus medicamentos deben estar etiquetads con etras grande y facil de reconocer. Se recomienda escribir en la caja la dosis indicada y horario en que te las debes tomar, para evitar confundir 2 o mas medicamentos que estes ingiriendo.

Es recomendable que revises periodicamente las cajas de medicamentos disponibles en la casa, y eliminar aquellos cuya fecha de vencimiento haya pasado.

No cambies por tu cuenta la dosis indicada para un medicamento, y evita la combinacion de una o mas medicinas no indicadas por el

medico.

Considera que el efecto de los medicamentos se modifica con la edad.

Acude siempre a la consulta medica con todos los medicamentos que tomes en ese momento, para poder revisarlos y comprobar si se ajustan a tus necesidades.

Lleva un diario (una libreta donde esten anotados el medicamentos, las dosis, el horario y el cumplimiento)

Si debes tomar mas de un medicamento, ten la precaucion de no ingerirlos todos juntos en un mismo horario.

Normar generales para la prescripcion de farmacos en el adulto mayor

No utilice medicamentos innecesarios para el tratameinto de una enfermedad, evitando la medicacion de complacencia.

Revisa periodicamente el tratamiento y elimina aquellos farmacos necesarios.

Recuenrda que todos los farmacos pueden producir efectos indeseables e interactuar con otros farmacos. Evite la polifarmacia.

Escoge aquellas presentaciones farmaceuticas que te sean mas faciles de administrar (comprimidos, Tabletas efervescentes, Sobres, etc.)

En general, una dosis pequenas al comienzo del tratamiento e incrementa la dosis.

Evita las dosis repartidas a lo largo del dia. La dosis unica diaria es ideall en aquellos farmacos cuya farmacocinetica lo permita.

Lo fora de tomar la medicacion debe estar clara para ti (medicamento que tienes que tomar, numero de veces al dia, forma de tomarlo, etc.), si existe algun duda no dejes de preguntarle al medico.

Demostración: (10 minutos).

Los participantes deben organizarse en dos grupos para realizar el socio drama “Mi medicación correcta”

Los participantes desarrollaran una historia donde se destacaran los cuidados con los medicamentos, las recomendaciones generales en la medicación correcta, en la importancia de la prescripción medicada de los medicamentos en los adultos mayores.

El grupo tendrá 5 minutos para interactuar y preparar su sociodrama.

Evaluación (10 minutos)

Verdura o fruta

Juego Consiste

Cada participante debe nombrar una fruta o una verdura en voz alta, el nombre de las frutas o verduras no deben repetirse. El participante que se equivoque responderá la primera pregunta y así sucesivamente. La evaluación terminara cunado se haya respondido todas las preguntas:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿Qué cambios fisiológicos ocurren con la edad?

¿Consecuencias de los medicamentos en el adulto mayor?

¿Cuáles son las normas generales para la prescripción de fármacos en el adulto mayor?

¿Mencionar el autocuidado que se debe tener en la medicación?



Sesion Educativa Nº 5 “ Ejercicio fisico”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

Definir con sus propias palabras los cambios fisicos en el adulto mayor.

Mencionar la importancia de la actividad fisica en el adulto mayores.

Reconocerlos beneficios de la actividad fisica en el adulto mayor.

Adoptar conductas que promuevan la realizacion de actividad fisica.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“Viento, mar y tierra”

Los participantes estarán sentados cuando el presentador indique:

Viento es cambiar de asiento con el de la derecha.

Mar es sentarse

Tierra es ponerse de pie.

El participante que se equivoque saldrá al frente a presentarse ante el grupo.

Reflexion (20 minutos)

ACTIVIDAD FISICA EN ADULTOS MAYORES

CAMBIOS FISICOS DEL ADULTO MAYOR



Estatura: En general, crecemos hasta los 40 años y luego comenzamos a perder 1,25 mm. por año (aproximadamente 5 cm. de pérdida a los 80 años). Esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.

Piel: La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan pérdida de función de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.

Músculo esqueleto: A los 80 años hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres.

Cardiovascular: Hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata.

Respiratorio: Hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costos-externales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.



Hay mucho entusiasmo en clases de baile de salón.

Ritmos fisiológicos: Alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia. Además, los ciclos se desincronizan (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas). Disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardiaca y presión arterial ante situaciones de estrés.

ACTIVIDAD FISICA EN ADULTOS MAYORES



El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose asimismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de

tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES

- Cambio de apariencia.
- Modificaciones del sistema piloso: calvicie y canosidad.
- Las glándulas sudoríparas se atrofian, obstaculizando el normal proceso de sudoración y por lo tanto se tolera menos el calor.
- Se presentan alteraciones en la motricidad ya que hay disminución de fuerza y aumento de grasas, los movimientos se vuelven lentos, los músculos se fatigan más fácilmente y se recuperan en forma más lenta.
- Osteoporosis.
- Aumento de la cifosis fisiológica.
- Disminución de las capacidades respiratorias.
- Al disminuir la actividad, el cuerpo necesita menos nutrientes, pero como los hábitos alimenticios no cambian, suelen aumentar de peso.
- Cambios de los porcentajes corporales, aumento del porcentaje graso, disminución de la masa muscular, disminución de la cantidad de agua.
- La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizarlo. El ejercicio físico puede instaurarse en los hábitos y estilo de vida de la persona mayor y a través canalizar el ocio y contribuir a recuperar, conservar y mejorar la salud y calidad de vida.



IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA

La actividad física se refiere a las actividades que hacen que el cuerpo se mueva, como trabajar en el jardín, llevar el perro a caminar, bailar y usar las escaleras en lugar del ascensor. Los ejercicios son una forma de actividad física que es específicamente planeada, estructurada y repetitiva, tal como el entrenamiento con pesas, el tai chi o una clase de ejercicios aeróbico.

Los adultos mayores deben ser activos todos los días para mantener su salud y una de las grandes ventajas de la actividad física es que existen múltiples maneras de estar en actividad y muchas son gratuitas. Se recomienda hacer un poco de actividad física durante varios momentos del día, o bien programar horas específicas durante días específicos para hacer ejercicio. La meta es lograr hacer por lo menos 30 minutos de actividad de resistencia de intensidad moderada casi todos o todos los días de la semana.

Caminar rápido, recoger las hojas en el jardín o usar las escaleras siempre que sea posible, son actividades gratuitas o de bajo costo y no requieren de equipo especial.

De acuerdo a la opinión de la Schot, los ejercicios y la actividad física benefician todos los aspectos de un adulto mayor pues permiten ayudarlo a mantener y mejorar su fuerza y su condición física, contribuyen a mejorar su habilidad de hacer las cosas de la vida cotidiana, permiten mejorar el equilibrio, tienen impacto en el manejo y la prevención de enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardíacas, el cáncer del seno, el cáncer del colon y la osteoporosis.



BENEFICIOS

En definitiva, pueden resumir los beneficios de la actividad física en personas mayores, en los siguientes aspectos.

Aumenta el VO2 Max., mejorando su capacidad funcional y reduciendo la fatiga ante las actividades de la vida cotidiana: andar, subir escaleras, hacer la compra.

Disminuye la presión arterial (o la normaliza, en su caso), debido a la apertura de capilares -menos resistencia periférica-, consiguiendo elasticidad en las arterias, y facilitando la pérdida de sodio y cloro por el sudor.

Provoca una reducción de la frecuencia cardíaca (Jiménez et al., 2000) en reposo, y una mejor perfusión - más oxígeno- al músculo cardíaco, lo que reduce la incidencia de infartos de miocardio.

Mejora de la capacidad respiratoria -aumentando la capacidad vital, elasticidad "pulmonar", fuerza en los músculos respiratorios, lo que favorece la evolución de los trastornos respiratorios propios del envejecimiento.

Disminución de colesterol total, triglicéridos y LDL colesterol ("malo") y aumento de HDL colesterol ("bueno"), lo que previene y mejora la arteriosclerosis.

Mejora la tolerancia a la glucosa, siendo, por tanto, beneficioso para prevenir y ayudar en el tratamiento de la diabetes.

Protege frente a la descalcificación (osteomalacia) y pérdida de masa ósea (osteoporosis) de los adultos, reduciendo, así, el riesgo de fracturas y caídas.



Aumenta la fuerza muscular, lo que favorece la estabilidad articular, las actividades de la vida diaria, la marcha, levantarse solo tras una caída.

Favorece el desarrollo de la movilidad y el fortalecimiento de los componentes articulares, por lo que es beneficioso en los procesos degenerativos de las articulaciones (artrosis y artritis, fundamentalmente).

Disminuye la cantidad de tejido adiposo, por la utilización del metabolismo graso como fuente energética, por lo que se reduce el peso corporal y favorece, por tanto, la prevención y tratamiento de la obesidad.

Estimula la motilidad del colon, lo que puede ayudar en el tratamiento del estreñimiento, y previene la formación de cálculos en la vesícula.

Ayuda a mantener el equilibrio físico y psíquico, aumentando el bienestar, la estabilidad emotiva, y la confianza en sí mismo, por lo que puede ser beneficioso para la depresión y otras alteraciones mentales.

Combate los tres grandes padecimientos del anciano: insomnio, estreñimiento y melancolía.

RECOMENDACIONES Y PRECAUCIONES

- Los beneficios de los ejercicios sobrepasan ampliamente los riesgos de sufrir una lesión. Sin embargo, es importante tomar algunas precauciones para hacer ejercicios sin riesgo.
- Antes de iniciar un programa de ejercicios consulte con un traumatólogo para ver qué actividades son más apropiadas para usted, cuando parta empiece despacio con ejercicios de baja intensidad, use zapatos apropiados para su actividad y ropa cómoda y holgada que le permita moverse libremente, desarrolle ejercicios de calentamiento de baja intensidad al principio de cada sesión de ejercicios y tome agua antes, durante y después de la actividad.
- Es posible que sienta un poco de incomodidad o que sienta los músculos adoloridos cuando empieza a hacer ejercicios. Esto deberá desaparecer conforme se va acostumbrando a sus actividades, sin embargo se recomienda dejar de hacer los ejercicios si siente dolor o presión en el pecho, el cuello, el hombro o el brazo, si se siente mareado o se siente mal del estómago, siente un sudor frío, tiene calambres en los músculos o siente dolor importante en las articulaciones.



SESIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

La forma tradicional de organizar y estructurar la sesión de actividad física para mayores en tres partes: calentamiento, parte principal y vuelta a la calma, nos ha proporcionado los elementos necesarios para reflexionar e investigar sobre la adecuación de dicha estructura a las finalidades que perseguimos en este tipo de programas.

1.- CALENTAMIENTO	MOVILIDAD ARTICULAR o ACTIVACIÓN –ANIMACIÓN - individual
2.-FASE AEROBICA	- parejas - grupo ACTIVIDADES RÍTMICAS - aeróbic - música tradicional y danzas - expresión corporal
3.- TONIFICACION MUSCULAR	JUEGOS - pequeño grupo - gran grupo
4.- VUELTA A LA CALMA	CIRCUITOS - individual - parejas AUTOCARGAS - Individual - Parejas CIRCUITOS DE FUERZA - individual - parejas ESTIRAMIENTOS - individual - parejas - stretching HIGIENE POSTURAL TÉCNICAS DE RELAJACIÓN - masajes - respiración - soltura

De forma genérica, tendrá una duración de 60 minutos. En sesiones cuya orientación sea el trabajo de resistencia se recomienda entre 20 y 60 minutos en los que se alternará el trabajo individual (en porcentajes más bajos) y el trabajo colectivo recreativo (en porcentajes más altos). Lo ideal es alcanzar e incluso superar los 30 minutos por sesión

Demostración: (10 minutos).

Los participantes deben organizarse en dos grupos para realizar una actividad física diferente a los otros grupos.

Evaluación (10 minutos)**El rescate****Juego Consiste**

El facilitador encenderá un fósforo de cocina y lo pasará a uno de los participantes diciéndole: encendido lo recibo, encendido te lo doy.

A su vez el participante, pasará el fósforo encendido a su compañero.

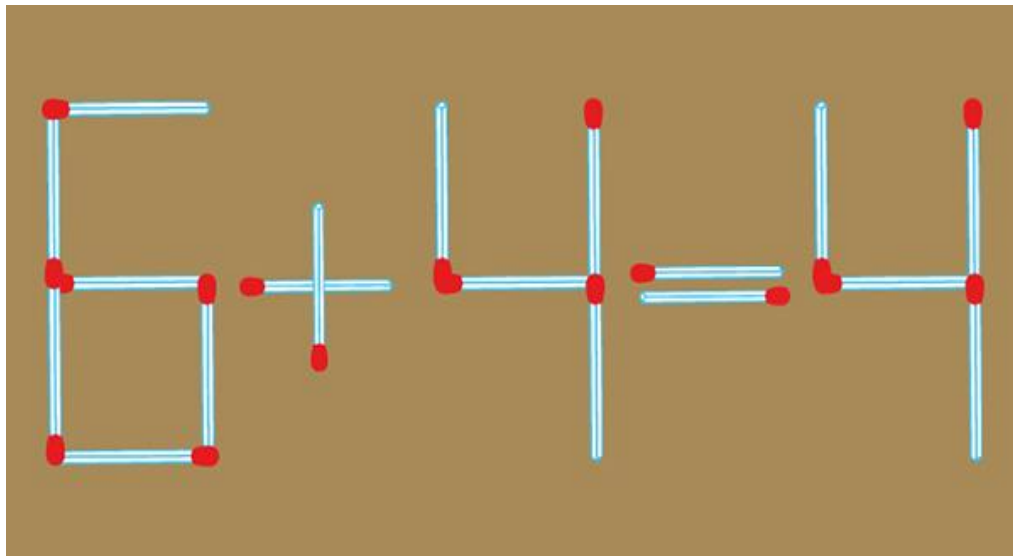
Si el fósforo se apaga, el participante, tendrá que responder una pregunta. La evaluación terminará cuando se haya respondido todas las preguntas:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los cambios físicos en el adulto mayor?

¿Cuál es la importancia de la actividad física en el adulto mayores?

¿Qué beneficios tiene realizar actividad física en el adulto mayor?



Sesión educativa Nº 6 “Autocuidado en los riesgos de caídas”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

Definir con sus propias palabras sobre riesgo de caídas en el adulto mayor.

Identificar las diversas consecuencias en la caída de un adulto mayor.

Tiempo: 40 minutos

Animación (5 minutos)

Se realizará un drama en el cual se mostrará dos hojas buenas en el cual una de las hojas se arrugará se romperá y la otra hoja se la cuidará de que no se arrugue que no se rompa luego de unas horas vamos a hacer que las dos hojas vuelvan a estar como lo presentamos en el primer momento ¿se podrá? ¡NO! Verdad! ¿Por qué? Porque la hoja ya está rota y sucia igual son nuestros huesos si no los cuidamos se nos van a romper y ya no vamos a poder hacer nuestra vida diaria como antes así que debemos tener en cuenta que tenemos que prevenir cualquier caída que pueda comprometer nuestra salud.

Reflexión (20 minutos)

RIESGO DE CAIDAS

Las caídas en el adulto mayor muchas veces conllevan a la discapacidad y compromiso de la vida.



La mayoría de las caídas se producen en personas mayores de 60 años. Pueden ser la forma de presentación de ciertas enfermedades y ser causa de pérdida de autonomía.

Una caída constituye un factor de riesgo para nuevos eventos por lo que no debe demorar la consulta. Los efectos de las caídas pueden ser irreversibles sin una intervención adecuada y precoz.

LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR REPRESENTAN PROBLEMAS QUE TRAEN DIVERSAS CONSECUENCIAS:

Físicas (fracturas, hematomas, heridas)

Psicológicas (miedo, depresión, tristeza)

Sociales (pérdida de autonomía, aislamiento)

Económicas (gastos no previstos)

IMPORTANCIA DE PREVENIR LAS CAIDAS:

La prevención evita las caídas y complicaciones en el adulto mayor, su familia y comunidad.

CAUSAS DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR:

Mal uso de bastones, muletas o sillas de rueda

La pérdida del control del equilibrio (mareos)

Trastornos de la marcha

Disminución de la visión

Alcoholismo

Arrastre de los pies en lugar de levantarlos adecuadamente

Frecuencia urinaria (cuando el adulto mayor intenta llegar de prisa al baño)

Suelos resbaladizos

Juguetes en el suelo

Alfombras arrugadas, cables eléctricos sueltos

Escaleras mal iluminadas o sin barandas

Agua derramada

Enfermedades como epilepsia, parkinson, pérdida de memoria

Uso de sedantes

Calzado flojo, vestidos y camisones largos.

COMO CUIDARSE Y EVITAR LAS CAIDAS:

Evite los obstáculos en la casa, los pisos resbalosos, tapetes, etc.

Evite cambios posturales bruscos.

Buena iluminación en casa y camine por donde haya buena luz en la calle.



Haga ejercicio según las recomendaciones, para mantener fuerza y vitalidad.

Mejore su visión y audición, con uso de anteojos y audífonos y evaluación oftalmológica y Otorrinolaringológico.

Uso y colocación de barandas y manijas en pasadizos, escaleras, tinas de baño, inodoro y el baño en general.

Use bastón cuando está indicado.

Controle sus enfermedades con el especialista, no tome medicamentos que no le ha recetado el médico y en caso de consumir otras sustancias informe a su médico (hierbas, vitaminas).

No levante cosas pesadas.

Adecue la infraestructura para el tránsito del adulto mayor.

Use ropa cómoda que se le haga fácil vestirse, zapatos de soporte con tacos bajos. Evite caminar en medias.

Manténgase activo y con el peso ideal.

Evite el consumo de alcohol.

Demostración (5 min)

Se les mostrara imágenes sobre la prevención de caídas en las cuales ellos reconocerán cuales son las correctas.



Evaluación (10 minutos)**“El Globo explota”****Materiales:**

Globo

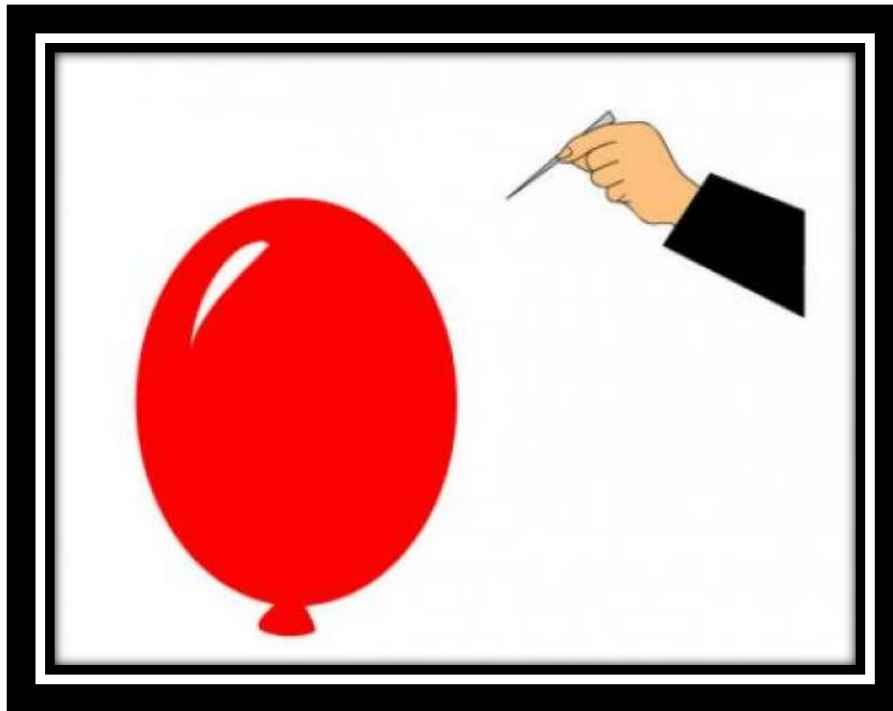
Cartillas de preguntas

Juego Consiste

El juego consiste en que el globo pasara de mano en mano de cada uno de los participantes y cuando el animador diga “stop” la persona que tenga el globo reventara el globo y sacara la pregunta que se encuentra dentro del globo y pasara a responder la pregunta.

¿Importancia de las caídas en el adulto mayor?

¿Causas de las caídas en el adulto mayor?



Sesión educativa Nº 7 “Autocuidado en el descanso – Sueño”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

Explicar con sus propias palabras acerca del sueño.

Explicar los consejos útiles para un sueño eficaz.

Tiempo: 40 minutos

ANIMACION

Se realizara un drama en las cuales se presentaran a Pilar y María, dos adultas mayores en la casa una de ellas, Pilar no podía conciliar el sueño y María si podía conciliar el sueño era una adulta mayor muy responsable la cual se preocupada mucho por tener una cama adecuada para descansar, mientras que Pilar se queda dormida en cualquier lugar tomaba mucho café antes de dormir.

REFLEXION:

DESCANSO – SUEÑO

El tiempo de sueño es individual. El envejecimiento se acompaña de una menor duración de las etapas de sueño profundo, sin embargo, el tiempo total de sueño se reduce solo ligeramente.



Consejos útiles:

Utilice la cama solo para dormir, evite ver televisión o leer en el mismo lugar donde descansa.

Elimine la siesta excepto indicación médica.

Realice ejercicios durante el día.

Restrinja la ingesta de café.

Abandone el hábito de fumar.

Restrinja la ingesta de alcohol.

Procure reducir los ruidos ambientales.

Levántese a los 30 minutos de acostarse si no puede dormir, hasta que tenga sueño.

Acuéstese tan pronto como tenga sueño.

Asegure una temperatura adecuada del ambiente en el que duerme.

Tenga presente que las preocupaciones pueden ser el motivo de que el sueño se vea modificado.

Situaciones novedosas tales como un viaje, enamorarse, el nacimiento de un nieto, pueden alterar su ritmo de sueño habitual.



DEMOSTRACION:

Se realizara dos grupos de adultos mayores los cuales cada grupo tendrá que identificar 4 consejos útiles para poder tener un descanso y sueño eficaz.

EVALUACIÓN (10MINUTOS)

“Escojo mi cartilla y respondo”

Materiales:

cartillas de colores

Juego Consiste

Se pedirá a dos adultos mayores que pasen adelante y escogerán una cartilla en la cual habrá una pregunta y tendrán que responder.

¿Qué es el sueño?

¿Beneficios el sueño?



Sesión educativa Nº 8 "Aseo - Higiene personal"

Objetivos: los participantes del programa educativo "Yo puedo cuidarme", al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

Explicar correctamente cual es la importancia del cuidado del cuerpo.

Explicar los tipos de higiene personal y la manera correcta de realizarlos en la persona.

Tiempo: 40 minutos

ANIMACION

Se realizara un drama en las cuales se presentaran a Carlita y Rosita, dos niñas, en la escuela una de ellas, Rosita era muy limpia y Carlita era una niña un poco descuidada la cual no se bañaba ni se lavaba los dientes, esta niña era rechazada frecuentemente por sus compañeros. Carlita siempre veía que Rosita tenía muchos amigos y que destacaba siempre en las actividades tanto académicas como sociales en la escuela, así que decidió preguntarle por qué las cosas siempre parecían irle bien, así que Rosita muy entusiasmada le explicó los hábitos de higiene que ella tenía.

Cierto día Carlita se enfermó así que la mamá de Rosita fue a visitar a los padres de Carlita donde le informaron y les dijeron "Nosotros tenemos un tema muy importante que les resolverá los problemas de la enfermedad de su hija, estén atentos que vamos a comenzar"

REFLEXION:

HIGIENE PERSONAL:



A través de los siglos, el ser humano ha valorado e interpretado las normas y los hábitos de vida según la época y el régimen social. Desde la antigüedad, los egipcios, griegos y romanos conocían las reglas elementales de higiene personal, sobre todo las relacionadas con el baño, el corte del cabello y el lavado de las manos.

La higiene personal tiene gran importancia para la salud del hombre. Por, ello debemos establecer de forma clara y precisa qué es la higiene personal y cómo pueden determinar el grado de desarrollo alcanzado en este sentido, para lo cual nos valemos de los indicadores del estado de

salud.

Aseo del Cuerpo:

Se práctica con el propósito de mantener la limpieza del cuerpo y conservar la salud. Consiste en el cuidado de la piel, las axilas, el cabello, los órganos genitales externos, las manos, la cara, la cavidad bucal y los dientes, así como la higiene del vestuario.

Todo esto se puede evitar mediante una ducha diaria con agua y jabón, prestando especial atención a ciertas zonas: axilas, zona genital, pies y manos etc.



El baño: debe efectuarse diariamente, ya que nuestras condiciones climáticas lo requieren; la falta de este hace que se presenten numerosas enfermedades tanto de origen bacteriano (piodermatitis) como parasitarias (escabiosis o sarna), entre otras afecciones.

Un baño higiénico es el elimina los restos de polvo, grasa y bacterias. Si estas impurezas no removidas y arrastradas de la superficie de la piel mediante el baño y forma adecuada, se reaglomeran y pueden producir

las afecciones anteriormente señaladas. Para secar nuestro cuerpo se debe emplear toalla de uso individual.

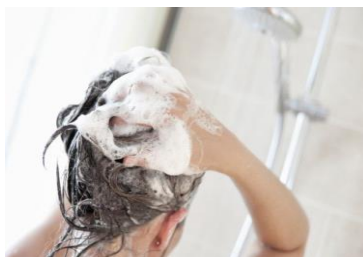
El baño no tiene contraindicaciones y sí recomendaciones médicas cuando se trata de afecciones de la piel. En estos casos se usan sustancias específicas como el jabón medicamentoso o la adición al agua de determinadas sustancias.



Los baños fríos a temperatura inferior a 20 °C son estimulantes y alivian la fatiga después del ejercicio físico, pero están contraindicados para los enfermos nerviosos o afectados del corazón. Los baños tibios son recomendables por su efecto sedante, así como por su contribución a la movilización y el arrastre del sudor, las grasas y el polvo de la piel.

La piel limpia: cumple funciones de barrera protectora y termorreguladora mediante la transpiración, eliminando así los agentes patógenos por sus excreciones. La regulación de la temperatura corporal (produciendo sudor por las glándulas sudoríparas). Además, hay otras glándulas, las sebáceas, que producen una materia grasa cuya función es impermeabilizar y lubricar la piel. Estos productos de secreción, unidos a la descamación cutánea y a la suciedad exterior, pueden llegar a producir un olor desagradable y ser el campo de cultivo para la aparición de enfermedades.

El lavado del cabello: es circulación y propicia El lavado deberá realizarse niñas, de acuerdo con la actividad que realicen; en el pediculosis y las caspas que el uso del peine ha de ser



otra acción necesaria que estimula la vitalidad a la raíz del cuero cabelludo. dos o tres veces por semana en las cantidad de secreciones y el tipo de varón debe ser diario. Para prevenir la con frecuencia padecen los escolares, individual.

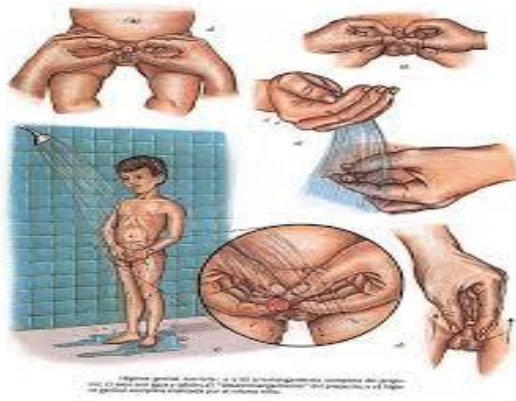
La higiene de los ojos: no comprende limpieza especial; es suficiente el lavado normal de la cara. No se deben frotar con las manos sucias; cuidar la iluminación y la distancia a la que se realiza la lectura y la escritura, son cuestiones a tener en cuenta en su cuidado.

La higiene de las fosas nasales: debe efectuarse en el momento del baño. En la nariz no deben introducirse objetos de ningún tipo y mucho menos los dedos, pues de estar contaminados pudieran provocar alguna infección localizada; en caso de secreciones naturales es suficiente sonarse la nariz en el momento del aseo diario.



La higiene de los oídos: se limita al pabellón de la oreja durante el baño; no se deben introducir objetos para su limpieza.

La higiene de las axilas: constituye un factor importante en el aseo del cuerpo. En las edades cercanas a la adolescencia y durante esta, resulta frecuente apreciar un cambio en el olor de la piel, fundamentalmente, a nivel de las axilas y los genitales, lo cual se produce por variaciones en las secreciones hormonales que condicionan un aumento de la secreción de las glándulas exocrinas (sudoríparas, sebáceas y otras) y por la creación de un medio propicio para el desarrollo de bacterias debido a la acidez del medio. Por lo anterior, es conveniente mantener con rigor las medidas en esta etapa, durante el baño o cada vez que se requiera: Se el uso del desodorante o el empleo auxiliar de preparados farmacéuticos alcolizantes a nivel de las axilas.



Higiene de los genitales: Para la higiene de las partes íntimas (vulva, pene y escroto) debemos prestar especial atención por sus características estructurales y funcionales; en el caso de las mujeres siempre debe ser de adelante hacia atrás, para evitar que las bacterias del recto infecten a la vulva y a la vagina, y acabe causando alguna infección

Higiene de los pies: Los pies deben lavarse diariamente, pues en ellos abundan las glándulas del sudor y el acúmulo de secreciones producirá olores muy desagradables, además de grietas e infecciones.

En caso de sudoración excesiva, se aplicarán preparados específicos que la disminuyen, y se mantendrán secos para evitar el crecimiento de hongos.



DEMOSTRACION:

Se mostrarán una imagen grande de un niño o niña en la cual el alumno deberá identificar las partes que debe asearse y demostrar la manera correcta de realizarlo.

EVALUACIÓN (10MINUTOS)

Se preguntara a cada persona una implemento para el aseo adecuado del cuerpo en el cual no se podrá repetir el implemento, si eso ocurriera el participante tendrá que responder una pregunta de nuestros sobres de colores.

¿Explicar correctamente cual es la importancia del cuidado del cuerpo?

¿Explicar los tipos de higiene personal y la manera correcta de realizarlos en la persona?

Sesión educativa Nº 9 “Autocuidado del aparato genito urinario”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

- ✓ Reconocer los cambios que ocurren durante el envejecimiento en el aparato genitourinario.
- ✓ Reconocer las medidas de autocuidado que permitan identificar y prevenir a tiempo sus alteraciones.

Tiempo: 40 minutos

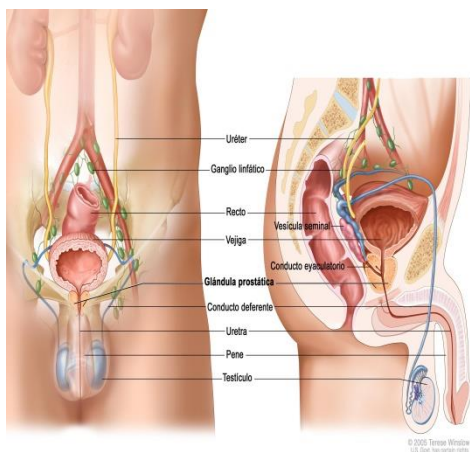
Animación (5 minutos)

El gato y el ratón

Dos participantes tendrán las chalinas que será uno el gato, hará dos nudos, y el ratón hará un nudo, así pasara para las chalinas a cada estudiante, el objetivo del juego es que el gato atrape al ratón, las personas que pierdan se presentaran ante el grupo.

Reflexión (20 minutos)

APARATO GENITOURINARIO EN LAS PERSONAS ADULTAS



El Autocuidado del Aparato Genitourinario es importante porque nos permite gozar de una buena salud y función genitourinaria (control de esfínteres), asimismo permite a la persona adulta mayor una mejor socialización, y desarrollo de su autoestima.

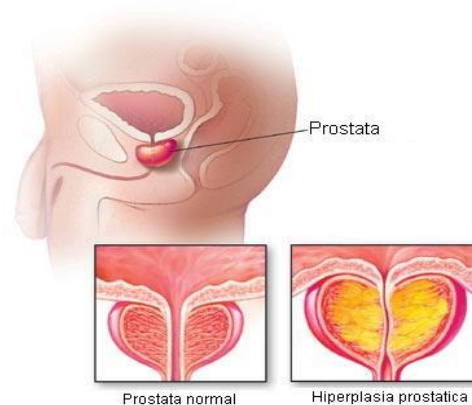
Las molestias en el aparato urinario y genital son frecuentes en las personas de edad avanzada, por los cambios que se dan en los riñones y órganos urinarios. Debido a ello, se puede presentar dolor en la vagina, incontinencia urinaria, prolapso, o aumento de infecciones urinarias; y en los varones, se pueden presentar problemas en la próstata, como inflamación, orinar más de tres veces en las noches, o muchas veces durante el día, o presentar goteo de orina al terminar de miccionar (orinar).

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO GENITOURINARIO

PROSTATISMO

El Prostatismo es el aumento de tamaño de la próstata.

La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductor masculino, se encuentra debajo de la vejiga, a medida que avanza la edad, esta glándula aumenta de tamaño por inflamación, infección, enfermedad tumoral benigna (tumor prostático) o por enfermedad tumoral maligna (cáncer de próstata), y al aumentar de tamaño no permite el paso normal de la orina, traduciéndose en dificultades para orinar (signos de alarma señalados).



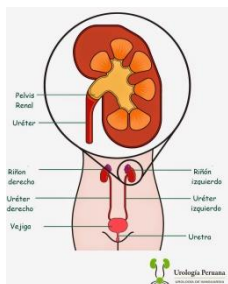
SIGNOS DE ALARMA PARA SOSPECHAR DE PROSTATISMO

Disminución de la fuerza del chorro al orinar, se orina en varios tiempos

Cuando al terminar de orinar hay goteo

Pujo para orinar

Sensación de seguir orinando, a pesar de haber terminado



Urgencia para orinar, es decir tiene que ir rápidamente al baño por temor a orinarse en ese momento.

Ir más veces al baño durante el día, y durante la noche (nicturia)

Frecuentes infecciones urinarias ("mal de orina")

Observar cambios en el color de la orina (si está turbia, color de té cargado, o roja).

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO:

Lavarse los genitales diariamente, con agua limpia.

Consumir menos líquido antes de acostarse.

Puede recurrir a algunos productos naturales que tienen propiedad desinflamante,

como la uña de gato.

El brócoli, la col y la maca, inhiben el crecimiento de tumores de próstata.

Control en el establecimiento de salud más cercano.



INFECCIÓN URINARIA

La mayoría de problemas en las vías urinarias ocurre en mujeres antes de la menopausia, sin embargo, entre las personas adultas mayores, las infecciones urinarias son frecuentes en los varones, debido al aumento del tamaño de la próstata.

FACTORES DE RIESGO

Higiene inadecuada

Deshidratación, beber pocos líquidos

Enfermedades crónicas mal controladas, como la diabetes

Retener la orina

Uso de ropa o vestimentas típicas apretadas.

SIGNOS DE ALARMA PARA SOSPECHAR DE INFECCIÓN URINARIA

Ardor al orinar

Ganas de orinar continuamente

Se orina más veces y en menor cantidad

Pujar para orinar

Mal olor de la orina.

Orina turbia.



MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

Aseo diario de los genitales

Las mujeres deben limpiarse después de miccionar, de preferencia con papel suave, de adelante hacia atrás (de donde se orina hacia el ano).

Consumir alimentos variados de la zona, frutas y verduras (pimiento, rabanito, coliflor,

zanahoria, camu camu, carambola, guayaba, limón, naranjas, mandarinas, plátanos). Los alimentos con vitamina C previenen las infecciones.

Usar ropa interior cómoda, limpia, de preferencia de algodón, y cambiarla a diario.



Evitar contener la orina, intentar tener horarios fijos de micción y defecación.

Evite el licor, tabaco, ají u otras sustancias irritantes para las vías urinarias.

Si existe alguna molestia, no pasarlo por alto, acudir al centro de salud más cercano.

Tomar 6 a 8 vasos de agua al día, a menos que lo prohíba el médico.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Es una enfermedad muy frecuente en mujeres adultas mayores. Al inicio no presenta síntomas, solamente en su etapa avanzada, donde la manifestación más común es la hemorragia genital (sangrado).

SIGNOS DE ALARMA

Observar manchas de sangre en los genitales (“en las partes”)

Presencia constante de flujos o descargas vaginales

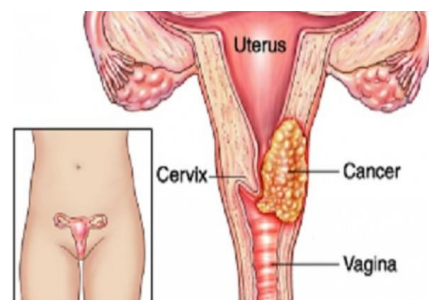
Ardor en los genitales

Dolor pélvico

Dolor durante o después de las relaciones sexuales

Sangrado durante o después de las relaciones sexuales

Sensación de bulto en los genitales.



Ante estos signos acuda al centro de salud más cercano. El tratamiento a seguir debe ser indicado por el médico.

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

Las mujeres deben hacerse un examen que se llama Papanicolau, se hace una vez al año, y lo pueden hacer en el establecimiento de salud más cercano al pueblo. Es un examen que sirve para descartar cáncer de cuello uterino. Hay que explicarles sobre la importancia de este examen, tanto a los hombres como a las mujeres, porque en muchas zonas rurales los hombres piensan negativamente sobre este examen.

Lavarse los genitales con agua limpia, todos los días, y secarse bien.

No usar jabones, ni detergentes para lavarse interiormente los genitales.

No aplicarse hierbas, cremas, vick vaporub, limón, ni vaselina.

Visite al médico si sintiera alguna molestia.

Ante la presencia de sangrado en los genitales deben acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.



Demostración

“Reconociendo lo aprendido”

Se seleccionara a 2 adultos mayores un hombre y un mujer ellos tendrán que reconocer las imágenes que estarán en el panel y al lado se pondrá las dos enfermedades “próstata y “infección urinaria”, los adultos mayores reconocerán las medidas de cuidado y signos de alarma para cada enfermedad y lo pondrán en el lugar indicado.

Evaluación (10minutos)

El Dado

El juego consiste en el los participantes pasaran el dado al son de la música y cuando la música pare, el participante lanzara el dado y nos dirá a la derecha o izquierda en el cual se contara y la persona elegida será la que responda la pregunta.

¿Cuáles son las medidas de cuidado de las infecciones urinarias?

¿Cuáles son los signos de alarma para sospechar de prostatismo?

Sesion Educativa Nº 10 “Ocupacion del tiempo libre”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

Definir con sus propias palabras al adulto activo.

Mencionar la importancia de realizar un plan de actividades.

Reconocerlos beneficios de realizar actividades en el adulto mayor.

Adoptar conductas que promuevanla ocupacion del tiempo libre con actividades.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“Abejita picadora”

La dinámica consiste en que el facilitador mencionara a los participantes “cada uno de ustedes va imaginar que una abejita les ha picado, pero esta abejita es ordenada porque pica de arriba hacia abajo, primero va empezar por su cabeza y después a otras partes. Cada miembro del grupo mencionará, la picadura de abeja me duelo mucho, así que moveré la cabeza para calmar dolor, así sucesivamente hasta mover todo el cuerquito.

El facilitador solicitara a dos voluntarios para contar su experiencia.

Al finalizar el facilitador mencionará: “Se han dado cuenta que la abejita, les ha picado en diferentes partes del cuerpo, y ustedes han movido la parte picada, para aliviar el dolor. Algo similar sucede en nuestras vidas, existe picaduras que representa a los problemas como los síntomas de la depresión que nos incomodan, para prevenirlos, contrarrestarlos y disminuirlos se necesitan de ciertas estrategias como la respiración, cambiar nuestras emociones negativas, tener un grupo de apoyo y una vida activa, esta última trata impedir el aislamiento de las personas y generar emociones positivas y gratificantes.

Reflexion (20 minutos)

OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE EN EL ADULTO MAYOR

ADULTO MAYOR ACTIVO



La actividad en la etapa del adulto mayor es muy importante, porque genera satisfacción, llena de energía positiva a los individuos, por eso es crucial que tengan actividades gratificantes que los mantengan activos, las cuales les servirán para relajar, entrenar y fortalecer su organismo, de esa manera podrán prevenir o contrarrestar las diferentes sintomatologías como tristeza, preocupación, ansiedad y otras (Sthal y Goldstein,2010).

Actividades para el adulto

Hay diferentes actividades para cada adulto mayor de acuerdo a sus características y sus posibilidades:

Ejercicio físico: la actividad física es uno de los mejores liberadores de los efectos negativos de la depresión porque disminuye la producción general de hormonas estresantes y aumenta la producción de neurotransmisores (endorfinas), generando en las personas sentimientos de bienestar y fortalece los músculos del cuerpo, permitiendo que el individuo tenga la capacidad de manejar la situaciones que resultan conflictivas y tomar decisiones adecuadas (caminar, aeróbicos, natación simple, etc).

Hobbies o actividades de entretenimiento que el adulto mayor realizaba anteriormente. (pintar , jardinería, tejer , etc)

Actividades que nunca realizó el adulto mayor y que le gustaría realizar.

Realizando un plan actividades

Los adultos que no realizan actividades y se aíslan, tienen mayor probabilidad de tener síntomas depresivos. Por ello es importante realizar un plan de actividades gratificantes para ellos, para mantenerlos ocupados y activos, de esa manera prevendrán o reducirán los síntomas de la depresión.

Paso 1: Elegir la actividad adecuada

Paso 2: Elegir a un compañero de actividades

Paso 3: Diferenciar las actividades que puede hacer solo o con un grupo de personas

Paso 4: Hacer el cronograma de qué días puede realizar determinadas actividades.

Ultimo: Firmar el compromiso de Actividades.



Beneficios de realizar actividades

Enfrentar y lidiar los síntomas de la depresión.



Una vida activa fortalecer la salud emocional y física.

Ayuda a controlar el peso (acompañado de una dieta adecuada)

Aumenta la autonomía y sentirse útil.

Demostración: (10 minutos).

Se realizará la dinámica “inflándonos y desinflándonos”

La siguiente dinámica consiste en que cada participante, va a imaginar ser un globo. Y cuando el facilitador mencione, todos globos ínflense, entonces los participantes respiraran e inflaran su abdomen y tomarán la posición de una cruz, luego se dará, la orden de desinflarse y los participantes volverán a la posición inicial. Luego cada participante elegirá una pareja y se miraran, el facilitador mencionará; “cuando yo diga un globo se infla el otro globo permanecerá desinflado, así sucesivamente”. Al finalizar la dinámica solicitaremos a dos voluntarios para demostrar lo aprendido. El facilitador preguntara a los participantes ¿Cómo se sintieron? ¿Ahora saben con respirar?

El facilitador recalcará la importancia de respirar, en nuestras vidas como una estrategia para aliviar ciertos síntomas. y practicar por lo menos tres veces al día.

Evaluación (10 minutos)**Las sillas cómodas**

El facilitador pondrá en una columna 6 sillas las cuales al son de la música los participantes bailaran hasta que la música pare y tendrán que sentarse la persona que pierda será la que responda la primera pregunta. La evaluación terminara cuando se haya respondido todas las preguntas:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿Qué es un adulto activo?

¿la importancia de realizar un plan de actividades?

¿beneficios de realizar actividades en el adulto mayor'?



Sesión educativa Nº 11 “Autocuidado en orientación y memoria”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

Identificar los factores de riesgo de la memoria

Definir la importancia de mantener una buena memoria.

Tiempo: 40 minutos

Animación (5 minutos)

Juegos de memoria

Se presentara en diapositivas las imágenes en las cuales los participantes que recuerden la mayor cantidad de imágenes recibirán un premio.

Reflexión (20 minutos)

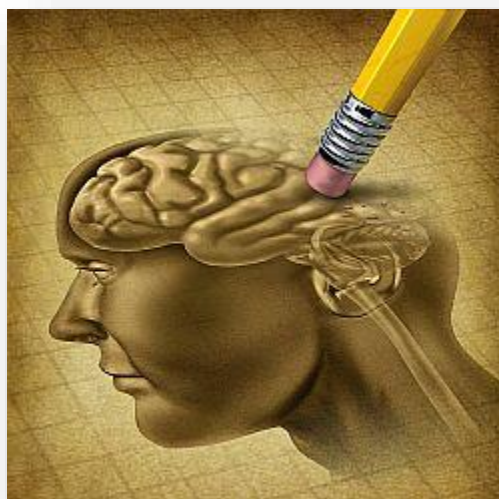
ORIENTACIÓN Y MEMORIA

Es una capacidad del ser humano que le sirve para guardar hechos de su vida y recordarlos luego. La memoria se puede entrenar, mejorar y mantener en las personas adultas mayores.

Las alteraciones de la memoria se producen por algunas enfermedades y por falta de práctica o desuso por la edad.

La pérdida de memoria es una preocupación siempre presente en las personas mayores. Si bien el cerebro es un órgano especialmente sensible y vulnerable, no siempre la aparición de alteraciones cognitivas (disminución o pérdida de la memoria) es un indicador de enfermedad.

La memoria puede alterar su correcto funcionamiento por diversas causas, como el consumo de algunos medicamentos, el efecto de ciertas patologías, y las consecuencias producidas por cambios que alteran la armonía y cotidianidad de la vida de los adultos mayores (la jubilación, la viudez, la soledad, el aislamiento, entre otras).



FACTORES DE RIESGO DE LA MEMORIA:

Edad avanzada.

Nivel de Instrucción.

Falta de entrenamiento y promoción de la memoria.

Enfermedades como la presión alta, demencia, diabetes, desnutrición, depresión, estrés, etc.

El aislamiento de la familia y sociedad.

Dejar de lado todo lo ya aprendido anteriormente.

Dejar de practicar lo aprendido.

IMPORTANCIA DE MANTENER UNA BUENA MEMORIA

Le permitirá recordar donde pone las cosas (llaves, dinero, anteojos, etc.)

Recordar si tomó o no un medicamento.

Recordar si apagó el gas de la cocina, cerró la puerta o la llave del agua.

COMO CUIDAR LA MEMORIA:

Mantenerse activo en la parte física, mental, social y cultural.

Visite y converse con familiares, amigos, vecinos, colegas, etc.

Lea los periódicos, revistas y otros textos informativos dialogando luego acerca de los temas de actualidad.



CONSEJOS UTILES:

Mantenga el interés por el entorno (su casa, su familia, sus amigos, las noticias del día).

Adquiera nuevos intereses (jardinería, fotografía, pintura, lectura, teatro).

Evite si es posible la rutina.

Interactúe con otras personas (amigos, vecinos, nietos, familiares).

Intente mejorar la calidad del sueño.

Colabore en las tareas del hogar.

Participe de actividades comunitarias.

Interactúe y relaciónese con sus nietos.

Tenga en cuenta que la edad no es un límite para aprender nuevas habilidades.

Evaluación (10 minutos)

“panel del dibujo”

Materiales:

Panel de dibujo

cartillas

Juego Consiste

El juego consiste en que habrá un panel en el cual tendrá 6 cartillas y dentro de ella hay 3 parejas igual el adulto mayor tendrá que recordar donde está la pareja de cada imagen y cada vez que encuentre la pareja de la imagen tendrá que responder una preguntar.

¿Cuáles son los factores de riesgo de la memoria?

¿Cómo se cuida la memoria?

¿mencione 3 consejos útiles?



Sesion Educativa N° 12 “ Autocuidado en la concentracion”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

Mencionar la importancia de mejorar la concentracion.

Mencionar los ejercicios de concentracion.

Adoptar conductas que promuevan la concentracion del adulto mayor.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“La telaraña”

Se ira pasando un pelota de trapo en el cual los participantes tendran que recordar los nombres de los adultos mayores que han tenido anteriormente la pelota.

Reflexion (20 minutos)

TÉCNICAS PARA MEJORAR LA CONCENTRACIÓN

Distracciones y falta de atención disminuyen el rendimiento de una persona y pueden ser motivo de mal desempeño en hogar, trabajo y labores académicas; reconocer este problema es buen comienzo para modificar hábitos perjudiciales y ejercitar la capacidad de focalizar los pensamientos en una sola dirección.

Todo ser humano que desee adquirir algún conocimiento nuevo, dominar una disciplina o realizar actividades especializadas, requerirá dedicación y "fuerza de voluntad" para conseguir su objetivo, pero



no basta con ello. Muchas veces nos ocurre que acabamos de leer el capítulo de un libro y nos percatamos que no hemos retenido nada de su contenido, que "perdemos el hilo" de una conversación o tenemos que frenar bruscamente nuestro automóvil porque no nos dimos cuenta que el semáforo ya tenía la luz roja; en estas y otras circunstancias, solemos decir, con razón, que estábamos "distráidos".

En efecto, solo cuando actuamos con atención, es decir, al unificar propósitos, ideas, sentimientos y acciones logramos resultados favorables en toda acción que realizamos, sea sencilla o complicada; además, se concluye en poco tiempo y sin malgastar energía, por lo que el cansancio es menor. No siempre sabemos cómo conseguir esto, por lo que suelen presentarse desesperación y frustración, pero también es verdad que existen algunas técnicas que permiten cultivar un estado de ánimo ecuánime que permita afrontar al mundo y sus retos con mayores ventajas. Acompáñenos a conocer algunas de ellas.

Dormir y comer bien

La alimentación es importante para que todo nuestro organismo funcione adecuadamente, pero en particular el consumo de azúcar (glucosa) ayuda a que el cerebro pueda concentrarse y dirigir mejor el pensamiento sobre las labores que se realizan.

Al respecto, gracias a una investigación realizada en la Universidad de Yale, Estados Unidos, fue posible medir los niveles de azúcar en el sistema nervioso central de ratas, y se encontró una disminución significativa de dicha sustancia en roedores exhaustos por la concentración mental que requirieron para

salir de un laberinto. "La glucosa es para el cerebro lo que el combustible para un motor", comentó el Dr. Ewan Mc Nay, investigador en Psicología y quien realizó este estudio junto con el Dr. Paul Gold.

Esta misma situación se observa en el ser humano, de manera que se confirma científicamente la idea de que para mantenerse bien concentrado es recomendable una **alimentación rica** en frutas, cereales, verduras y miel, aunque también se considera que bien vale la pena comer algún dulce ante situaciones en las que comience a fallar nuestro rendimiento.

Por otra parte, es ya sabido que dormir mal, sea por desvelos voluntarios, insomnio u otros factores, repercute en baja productividad, problemas para pensar con claridad, incremento en el riesgo de accidentes, irritabilidad, mayor propensión a enfermedades, disminución en la calidad de vida y hasta muerte prematura, debido a que la falta de descanso afecta al sistema inmunológico, que es el encargado de combatir virus y bacterias que causan enfermedades.

A través de distintas investigaciones, los científicos han determinado que durante el sueño se remueven del cerebro los llamados radicales libres, que son átomos o moléculas que dañan a las células, siendo responsables del envejecimiento prematuro de nuestros tejidos y órganos. De esta manera, vale reflexionar que si los problemas de concentración se deben a constantes desvelos y alteraciones del ciclo vigilia/sueño, se modifiquen los hábitos y se haga un esfuerzo para descansar el tiempo que nuestro organismo requiere, que en un adulto promedia entre 7 y 8 horas diarias sin interrupciones.



Algunos ejercicios

Además de alimentación y descanso, pueden contribuir a fijar la atención de la mente en una sola actividad mediante sencillas prácticas como las que ofrecemos a continuación; quizá durante los primeros intentos se experimente frustración por la aparente dispersión con que actuamos, pero el paso constante y decidido dará resultados antes de lo imaginado.

Imagen. Se debe pensar en una figura geométrica sencilla (cuadrado, triángulo o círculo) y se representará mentalmente de la manera más fiel posible; lo importante es que la idea permanezca y no sea borrada por el flujo de ideas sobre los acontecimientos del día, responsabilidades o pendientes. Propóngase un tiempo breve para sostener en la mente la imagen, y cuando lo logre puede combinarla con otras: un círculo dentro de un cuadrado o un triángulo que aloja un rectángulo, entre otras.

Color. De igual manera, puede visualizar un color previamente establecido; piense en él 30 segundos e incremente este lapso gradualmente, hasta llegar, por ejemplo, a cinco minutos. Ya con práctica, puede unir colores y figuras geométricas: "observe" un triángulo rojo rodeado por un círculo blanco en un fondo verde, por ejemplo.

Entrecejo. Enfoque toda su atención en el propio entrecejo, manténgala ahí con la mayor fidelidad posible y evite tensión y divagaciones. Persevere hasta unificar su pensamiento.

Punto. Dibuje pequeño círculo negro en una cartulina u hoja en blanco; fije la mirada en él durante algunos minutos, luego cierre los ojos y retenga en su mente la imagen que acaba de observar.

Sonidos. Concéntrese en un sonido constante, como el canto de algún ave en un parque o el tic-tac de un reloj; muéstrese muy atento al sonido y a los silencios que se crean.

Sensación corporal. Concéntrese en una percepción sensorial (olor, textura al tacto, aroma) y evite ponerle nombres o describirla; solo experimentela. Este ejercicio es excelente y evita divagaciones.

Habitar en paz

Aunque existen diversas técnicas provenientes de distintas tradiciones místicas de todo el mundo, la **meditación** tiene cualidades similares que combinan posiciones corporales y otras prácticas que evitan la divagación de la mente, es decir, favorecen la concentración. Mucha gente se ha beneficiado con disciplinas como yoga, zen y tai-chi chuan (la llamada "meditación en movimiento"), entre otras, y las recomienda ampliamente porque su práctica sostenida proporciona relajación necesaria para agilizar memoria y aumentar las capacidades de observación y organización mental.

En el caso de las prácticas budistas tibetanas, el nombre con que se designa la meditación es shi-né, que significa "habitar en la paz" o "no estar atareado"; esto porque una observación detallada y sincera nos dejará ver que la falta de claridad en nuestros pensamientos se debe a que la mente nunca se encuentra tranquila: no permanece con una sola idea y se agita al menor estímulo, lo que le lleva a extraviarse con facilidad.

Además de esta agitación mental, quien medita encontrará que también debe luchar contra aquellas costumbres que le llevan a esforzarse poco, a actuar con apatía y que de hecho también le impiden desempeño atento en su vida; no obstante, desde tiempos remotos las técnicas de meditación se han distinguido porque, de manera gradual, ofrecen resultados visibles para lograr mejor concentración, paz mental y capacidad de aprendizaje.

Concentrarse es divertido

El juego es, ciertamente, la vía principal a través de la cual los niños se acercan al mundo, pero también es muy válido que cualquier otro individuo recurra a él para adquirir nuevas habilidades, destrezas y conocimientos, incluso en lo que se refiere a **incrementar nuestra capacidad de concentración**.

Prácticamente todo **juego de mesa**, además de que puede contribuir a la convivencia familiar o con amigos, permite fijar la atención y ayuda a mejorar memoria e inteligencia; esto porque todos los participantes deben seguir fielmente una serie de instrucciones y perseguir un objetivo concreto sin distracciones.



Uno de los más recomendados para iniciar es el llamado "memoria", que consiste en colocar cartas sobre una mesa, que en su cara oculta tienen diversos dibujos (personas, animales, objetos, frutas, obras de arte, etcétera). Todas las tarjetas tienen un par idéntico, que cada participante tratará de encontrar para acumular puntos; solo se tiene oportunidad de voltear dos cartas para localizarlas, y quien se muestre más atento suele ser el ganador.

Entre otros juegos importantes para estos fines encontramos al ajedrez, en el cual es necesario incluso cultivar el silencio para centrar pensamientos y armar



estrategias; uno más son los cuestionarios de problemas de lógica y matemáticas, en los que suelen existir soluciones asombrosas, chuscas o muy elaboradas. Otro ejercicio más es aquel en que se buscan diferencias entre dos imágenes que a primera vista parecen idénticas.

Puede observarse que solo a través de la práctica aprenderemos a dominar nuestra mente y a fijar su atención en una sola línea de pensamiento, y que esto se encuentra al alcance de todo ser humano que así lo desee. Empero, cuando las **dificultades para mantener la atención** son severas y constantes, de modo que estas alteren drásticamente la vida social o laboral, es necesario acudir a un especialista (psicólogo o psiquiatra) a fin de que realice una evaluación sobre el caso, emita un diagnóstico y brinde el apoyo adecuado.

Demostración: (10 minutos).

Se realizará la dinámica “inflándonos y desinflándonos”

La siguiente dinámica consiste en que cada participante, va a imaginar ser un globo. Y cuando el facilitador mencione, todos globos inflense, entonces los participantes respiraran e inflaran su abdomen y tomarán la posición de una cruz, luego se dará, la orden de desinflarse y los participantes volverán a la posición inicial. Luego cada participante elegirá una pareja y se miraran, el facilitador mencionará; “cuando yo diga un globo se infla el otro globo permanecerá desinflado, así sucesivamente”. Al finalizar la dinámica solicitaremos a dos voluntarios para demostrar lo aprendido. El facilitador preguntara a los participantes ¿Cómo se sintieron? ¿Ahora saben con respirar?

El facilitador recalcará la importancia de respirar, en nuestras vidas como una estrategia para aliviar ciertos síntomas. y practicar por lo menos tres veces al día.

Evaluación (10 minutos)

Las sillas cómodas

Juego Consiste

El facilitador pondrá en una columna 6 sillas las cuales al son de la música los participantes bailaran hasta que la música pare y tendrán que sentarse la persona que pierda será la que responda la primera pregunta. La evaluación terminara cuando se haya respondido todas las preguntas:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿la importancia de la concentración en el adulto mayor?

¿beneficios de realizar actividades de relajación?

Sesion Educativa Nº 13 “ Relaciones interpersonales”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

Definir con sus propias palabras las relaciones interpersonales.

Mencionar la importancia de relacionarse con las personas.

Reconocerlos beneficios de tener una buena relacion con los demas.

Adoptar conductas que promuevan las relaciones interpersonales.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“¿Quién es?”

Los participantes estarán sentados cuando el presentador empiece a describir a un participante con características generales, los cuales lo dirá lentamente hasta k alguien del grupo sepa quién es, la persona que identifique quien es , empezara a describir a otra persona así sucesivamente.

Reflexion (20 minutos)

RELACIONES INTERPERSONALES

La tercera edad no supone un pare en la vida de la persona, sino más bien un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.



El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación de uno mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos. Es el momento de seguir planteándose nuevas metas y nuevos intereses. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece.

Siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. La tercera edad así planteada, puede percibirse como una pérdida, y esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos (nido vacío), y la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. Así vista, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que se está viviendo.

¿Qué pasa con el matrimonio?



En la edad avanzada también se valora el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos, como también el respeto y los intereses comunes. La nueva libertad llega en cuanto es posible apartarse de los roles de sostén de la familia y de la crianza de los hijos, y se puede disfrutar de modo creciente de la compañía del otro. Además, la capacidad de las personas casadas para manejar los altibajos de la edad adulta tardía con relativa serenidad puede resultar de su mutuo apoyo. Esto refleja tres beneficios importantes del matrimonio: intimidad (sexual y emocional), interdependencia (compartir tareas y recursos), y sentido de la

pareja de pertenecer uno al otro.

El éxito de un matrimonio en la edad adulta tardía puede depender de la capacidad de la pareja para adaptarse a los cambios de personalidad de la edad, los cuales con frecuencia llevan a hombres y mujeres en direcciones opuestas. Los matrimonios de edad avanzada por lo general se ponen a prueba por las dolencias de salud de uno de los cónyuges. Las personas que deben cuidar de su pareja incapacitada pueden sentirse aisladas, enojadas y frustradas, sobre todo cuando ellos mismos tienen precaria salud. Cuidar a un cónyuge que padece una enfermedad crónica incapacitante, que exige de manera especial, puede dar como resultado un sentido de pérdida. Tanto la personalidad como el desempeño externo influyen en la manera como los responsables del cuidado pueden adaptarse a las exigencias que se les presentan. Aquí es fundamental entender que a pesar de esto es necesario no perder la identidad y actividades propias, dedicar tiempo a uno mismo y distribuir tareas.

La familia

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

la vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino, y hacen que se conviertan en referentes y brindadores de experiencias. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares, culturales y sociales.

EL ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA



Jubilación

Si durante un gran porcentaje de nuestras vidas la mayor ocupación de nuestro tiempo es el trabajo y por tanto es en él donde desarrollamos gran parte de nuestras relaciones sociales, se hace necesaria una adecuada planificación de la jubilación, no en el estricto sentido económico. Es importante realizar actividades con las que realmente se sienta identificado y dónde sobresalgan sus capacidades. Es el momento de disfrutar el tiempo libre. Mírelo como una recompensa. Jubilarse y envejecer no justifica que nos retiremos de la vida social sino que por el contrario, implica una forma diferente de participación, indispensable para nuestro propio crecimiento y el de nuestra familia.

Actividad y vida social



Hacer cosas que nos hagan sentirnos útiles, ayuda a vivir y es una forma también de salud: la motivación de servir para algo o para alguien es un motor muy grande para seguir adelante. La capacidad para hacer aprendizajes nuevos no está determinada por la edad. La creatividad no disminuye con el paso del tiempo. La persona mayor debe mantenerse físicamente activa, cuidar la alimentación, mantener y desarrollar relaciones de amistad y, a la vez, sentirse querida y respetada.

Con la edad, los individuos regulan también mejor sus propias emociones cuando algo o alguien les enfada o molesta. Asimismo, las personas mayores cuentan con otra ventaja: suelen tener más opciones que las jóvenes de elegir con quiénes se relacionan porque normalmente, ya no tienen que acudir a sitios de trabajo en los que las

relaciones interpersonales se imponen por razones ajenas al deseo personal. Por último, las personas mayores cuidan y valoran más cada momento.

Sexualidad

La negación de posibilidades en la tercera edad se debe a nuestros mitos y creencias socioculturales, los cuales en ese sentido pueden causar mucho daño. Una de las negaciones más importantes la constituye la sexualidad. Los seres humanos nacemos y morimos con la misma sexualidad: lo único que acontece en esta etapa de la vida son ciertos cambios en cuanto a sus objetivos y a la forma de desarrollarla. Pero la capacidad de disfrutar de esa esfera de la vida permanece intacta, ya que sexualidad no es sinónimo de acto sexual genital: es toda la parte afectiva, emocional.

Con la edad, es más frecuente una disminución de la sexualidad pero en términos de frecuencia y vigor de las relaciones.

Una de las causas importantes en la disfunción sexual es la sociocultural, el miedo y la ansiedad a "fallar". Tal como se ha dicho, existen multitud de prejuicios en esta etapa en relación con la sexualidad, que inciden de manera directa o indirecta en la respuesta sexual, pero al margen de esto, es importante señalar que el potencial sexual existe toda la vida, aunque sí existen cambios en la respuesta sexual tanto en el hombre como en la mujer.



¿Los problemas de salud hacen que no pueda tener relaciones?

Los problemas de salud pueden limitar, pero en la gran mayoría de los casos ello no significa ser invalidante para llevar una vida sexual activa. Los hallazgos indican que las personas mayores disminuyen



la práctica sexual orientada al coito y hacen más hincapié al placer, las caricias y formas de sentir. En realidad, en cuanto a la vivencia de la sexualidad para los mayores, se pierde con los años actividad sexual en términos de cantidad pero se gana en calidad.

Es de esencial importancia, el nivel de actividad sexual a lo largo de la vida. Cuando se ha llevado una actividad frecuente y vigorosa en años anteriores, se mantendrá una sexualidad activa en los años maduros.

También es de vital importancia la reeducación. Una información adecuada de los cambios que se producen en la vida sexual en la edad adulta es fundamental para gozar con tranquilidad y bienestar de estos años, derrumbando así viejos mitos y prejuicios que solo infundan miedos y restricciones.

¿Cuentan las emociones?

La sexualidad con frecuencia implica un equilibrio delicado entre los aspectos emocionales y físicos. La forma en que usted se siente puede afectar lo que es capaz de hacer.

¿Qué puedo hacer para mejorar las relaciones afectivas?

Hable abiertamente con su médico, o solicite consejería. Con frecuencia los profesionales de la salud pueden ayudarle.

No se culpe a sí mismo de cualquier dificultad sexual que puedan tener usted y su pareja. Es posible que desee hablar con un terapeuta acerca de ello. Si en la pareja, el hombre tiene problemas de impotencia o la mujer parece estar menos interesada en el sexo, ni él ni ella deben suponer que para su respectiva pareja ya no tienen atractivo. Puede haber muchas causas físicas de sus problemas.

Recuerde que el sexo no tiene que implicar necesariamente el acto sexual. Haga de su pareja la prioridad. Póngale atención a sus necesidades y deseos. Tómese el tiempo para entender los cambios que ambos están experimentando. Experimente. No se afane, puede ser que usted o su pareja necesiten dedicarle más tiempo al encuentro sexual.



Para mantener una vida social activa asista a centros comerciales, inscribese en grupos para la tercera edad, tome clases para adultos en una escuela de la comunidad o participe en paseos de un día, etc.

Siga un estilo de vida saludable: haga ejercicio, mantenga una buena alimentación, beba suficiente cantidad de líquidos como agua o jugos, no fume y evite el alcohol. Procure reducir el estrés en su vida. Visite a su médico con regularidad. Y mantenga una visión positiva de la vida.

Comparta los momentos más valiosos de la vida con su pareja y familia, sin renunciar por ello a tener su propio espacio o a hacer lo que más le guste.

Dialogue con sus hijos y familiares si se siente solo. Puede apoyarse en los recursos institucionales y servicios sociales.

Demostración: (10 minutos).

Los participantes deben organizarse en dos grupos para realizar una actividad física diferente a los otros grupos.

Evaluación (10 minutos)**Las sillas cómodas****Juego Consiste**

El facilitador pondrá en una columna 6 sillas las cuales al son de la música los participantes bailaran hasta que la música pare y tendrán que sentarse la persona que pierda será la que responda la primera pregunta. La evaluación terminara cuando se haya respondido todas las preguntas:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿Qué es una relación interpersonal?

¿Cuál es la importancia de relacionarse con las personas?

¿Qué beneficios tiene tener una buena relación con los demás?

Sesión educativa Nº 14 “Mejorando mi autoestima”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesión educativa estarán en condiciones de:

Definir la importancia del autoestima

Identificar efectos positivos y negativos del autoestima.

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“*El Bum*”, cuyo objetivo es integrar, animar y generar un clima de confianza. El procedimiento consiste en que todos se sientan en círculo, se dice que vamos a enumerarles en voz alta y que todos a los que les corresponda un múltiplo de tres (3- 6- 9- 12, etc.) o un número que termina en tres (13- 23- 33, etc.) dirán ¡BUM! en lugar del número el que sigue debe continuar la numeración. Ejemplo: se empieza, UNO, el siguiente DOS, al que le corresponde decir TRES dice BUM, el siguiente dice CUATRO, etc. Pierde el que no dice BUM o el que se equivoca con el número siguiente. Los dos últimos jugadores son los que ganan. El juego puede hacerse más complejo utilizando múltiplos de números mayores, o combinando múltiplos de tres con múltiplos de cinco.

Reflexion (20 minutos)

MEJORANDO EL AUTOESTIMA

Es la forma como uno se quiere y se cuida, fomentando la independencia y autonomía, sintiéndose útil, responsable y orgulloso de sus acciones.

La vejez no es cuestión de años, si no de estado de ánimo.

IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA:

- Desarrollar una vida saludable y de calidad.

La Persona no nace con un concepto de lo que ella/él es, sino que este se va formando y desarrollando progresivamente en la medida que se relaciona con el ambiente, mediante la internalización de las experiencias físicas, psicológicas y sociales que la persona obtiene durante su desarrollo. Es decir, la autoestima es algo que se aprende y, como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y mejora a lo largo de toda la vida. Este concepto se aprende a través del:

Autoconocimiento que tenga la persona de si, es decir, del conjunto de datos que tiene la persona con respecto de su ser y sobre lo que no se aplica un juicio de valor.

Los ideales a los que se espera llegar, es decir, de cómo le gustaría o desearía ser. Y esto se ve influenciado por la cultura.

UNA BUENA AUTOESTIMA CONTRIBUYE A:

Superar las dificultades personales cuando desarrolla un adecuado nivel de autoestima para enfrentar a los problemas satisfactoriamente.



Facilitar el aprendizaje y adquisición de nuevos conocimientos.

Determinar la autoestima personal con el autoconocimiento generando un amor propio, fortaleciendo su auto concepto.

Asumir responsabilidades adquiriendo confianza en sí mismo, se compromete y realiza sus actividades con un desempeño óptimo.

Constituir el núcleo de la personalidad aportando actitudes positivas frente al entorno donde se desenvuelve activamente.

EFFECTOS POSITIVOS DE LA AUTOESTIMA:

Favorece el aprendizaje

Ayuda a superar las dificultades personales

Relación sociable saludable y garantiza la proyección futura en la persona

Estimula la autoestima personal

Desarrolla la creatividad

Fundamenta la responsabilidad



EFFECTOS NEGATIVOS DE LA AUTOESTIMA:

Sentirse desconectados, considerándose de poco valor “no queribles”

Miedo a equivocarse

Convencidos en no tener aspectos positivos para enorgullecerse

Tiende a llamar la atención, e imperiosa de ganar

Actitud quejumbrosa/critica, poco sociable, desafiante y posees agresividad.

No se conoce, ni sabe quién es.

Temor al ridículo

Oculto verdaderos sentimientos y pensamientos.

Oculto verdaderos sentimientos y pensamientos.

Dificultad para aceptar y valorar a otros como son.

Necesidad de sentirse querido/a y valorado/a.

FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA:

- Considerar el envejecimiento como una enfermedad.
- Entorno familiar y social desfavorable.
- Uso inadecuado de fármacos.
- Cambios en los roles familiares, sociales, laborales, económicos.

COMO FORTALECER LA AUTOESTIMA:

- Desarrollar y/o fortalecer estilos de vida saludable y buenas costumbres.



- Reconocer cualidades y desarrollarlas más.
- Desarrollar actividades que faciliten un buen estado anímico.
- Proponerse metas, objetivos y actividades realizables en la vida.
- Mantener un buen estado de salud.

Demostración: (10 minutos).

Una vez más el facilitador junta a los participantes en 2 grupos.

Grupo Nº 1: Demostrarán mediante socio drama una sesión educativa los efectos negativos del autoestima. El grupo tendrá 5 minutos para preparar su socio drama.

Grupo Nº2: demostrarán mediante un socio drama una sesión educativa los efectos positivos del autoestima. El grupo tendrá 5 minutos para preparar su socio drama.

Evaluación (10 minutos)**El dado preguntón****Materiales:**

1 dado

Sobres con preguntas

Juego Consiste

Se elegirá a 4 adultos mayores en el cual se ira pasando el dado al son de la música donde se apague la música el adulto mayor que tenga el dado tirara el dado y el número que salga será el número de pregunta que se realizara.

¿Cómo se sintieron?

¿Cuál es la importancia de la autoestima?

¿Qué efectos negativos y positivos hay en el autoestima?

Sesion Educativa Nº 15 “ Prevención de la depresión”

Objetivos: los participantes del programa educativo “Yo puedo cuidarme”, al finalizar la sesion educativa estarán en condiciones de:

Definir con sus propias palabras que es la depresion.

Mencionar las causas de las depresion en el adulto mayor.

Reconocer las señales de la depresion en el adulto mayor.

Adoptar conductas que promuevan la prevencion de la depresion en el adulto mayor..

Tiempo: 40 minutos

Animacion (5 minutos)

“manitos laboriosas”

Consiste en que las personas se pongan en filas, donde cada uno pondrá sus manos sobre los hombros de su compañero que está delante de él. Dando así unos pequeños masajes donde cada persona pueda relajarse y sentirse mejor. Preguntaremos a las personas como se sintió relajados, les fue fácil o difícil desarrollar la actividad. Se explicara cuán importante y beneficioso es estar relajados

Reflexion (20 minutos)

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN



La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables.

Todos se sienten tristes en alguna ocasión. Cuando se hacen mayores, la razón para llegar a estar deprimidos parece tan clara y son tan frecuentes que se suele pensar que es normal que las personas mayores se sientan deprimidas.

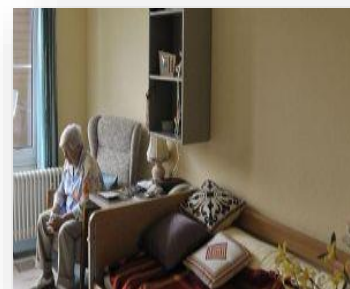
La depresión se hace más frecuente en el adulto mayor según cómo va envejeciendo porque dejan de trabajar, probablemente disponen de poco dinero, tienen problemas de salud como artrosis u otros problemas físicos en algunos casos la pierde a un ser querido.

Sin embargo, a pesar de todo esto, al menos una de cada seis personas mayores sufren síntomas de depresión ya sean percibidos por ellos mismos o por otras personas, y al menos una de cada treinta personas mayores está tan deprimido que los médicos consideran que tiene una enfermedad depresiva.

¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus 2 grandes variaciones son la tristeza y la alegría.

La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad.



¿Es lo mismo estar deprimido que estar triste?

No, se utilizan como sinónimos pero no lo son la tristeza es una emoción, mientras que la depresión es un trastorno, donde hay una afectación global del funcionamiento del individuo, en el que además de tristeza hay una serie de manifestaciones como baja en la voluntad, autoestima, la actividad diaria, sentimientos de inutilidad y recurrentes sentimientos de culpa que afectan su vida cotidiana, familiar, social y laboral.

¿Cuáles son las causas principales causas por las que un adulto mayor puede caer en depresión?

Una es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la

edad empiezan a llegar. La merma económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.



¿La depresión es un estado normal de los adultos mayores?

No. El adulto mayor debe continuar viviendo intensamente, adaptándose a su situación, pero no por ello debe estar triste o con pensamientos recurrentes de muerte.

¿Cuáles son las señales de depresión en el adulto Mayor?

Existe una diversidad de señales que pueden identificar una depresión, tales como: buscar a personas con las que estaba distanciado, la suspensión de tratamientos médicos, menos socialización, carácter irritable, indiferencia ante situaciones que habitualmente disfrutaba o le afectaban, llorar frecuentemente, además de dormir más y comer menos.

¿Cuáles son las consecuencias de no atender a tiempo una depresión?

En adultos después de los 65 años hay un alto índice de suicidios. La disminución de energía, merma en sus actividades, disfunción social, familiar y en caso extremo el suicidio.

¿Qué se debe hacer ante un adulto mayor deprimido?

Que el adulto mayor Solicite el apoyo profesional para determinar si se trata de una depresión y descartar alguna demencia.

Que el adulto mayor busque apoyo con un proceso terapéutico.

El adulto mayor debe Integrarse a grupos de adultos mayores.

Que el adulto mayor haga ejercicio para mejorar la producción de la serotonina y mantenerse activo.

Que el adulto mayor coma saludablemente.

El adulto mayor debe intentar hacer cosas que solía disfrutar antes de padecer depresión. Los estudios han demostrado que haciendo estas cosas, incluso cuando no se espera disfrutarlas, puede ayudar a levantar el ánimo. Tómelo con calma. Entre otras cosas que pueden ayudar se encuentran:



Debe realizar las tareas grandes en tareas pequeñas y hacer lo que usted pueda y como pueda. No haga muchas cosas al mismo tiempo.

Debe pasar tiempo con otras personas y hablar con un amigo(a) o pariente acerca de sus sentimientos.

El adulto mayor debe tomar decisiones importantes en su

vida hasta que se sienta mejor.

Demostración: (10 minutos).

Los participantes deben organizarse en dos grupos para realizar una actividad física diferente a los otros grupos.

Evaluación (10 minutos)

Las sillas comidas

Juego Consiste

El facilitador pondrá en una columna 6 sillas las cuales al son de la música los participantes bailaran hasta que la música pare y tendrán que sentarse la persona que pierda será la que responda la primera pregunta. La evaluación terminara cuando se haya respondido todas las preguntas:

Explicando con sus propias palabras, responderán las siguientes preguntas:

¿ que es la depresion?

¿las causas de las depresion en el adulto mayor?

¿Cuales son las señales de la depresion en el adulto mayor?



Apéndice 7: Listado de asistencia y fotos



UNIVERSIDAD PERUANA UNION
Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA EDUCATIVO "YO PUEDO CUIDARME"



UNIVERSIDAD PERUANA UNION
SALUS PARC VITAE ET MORTIS

Beneficiarios: Adultos mayores del Centro Adulto Mayor – Es salud

Encargados: Campos Aburto Lesly y Morccolla Zúñiga Estefani

Tema: El beneficio del consumo del agua

Fecha: 10 /10/15

Nº	Nombre y Apellidos	DNI	FIRMA
1	Araujo Vera, Marta Maria	08080510	Araujo Vera M
2	Barrios Vasquez, Margarita Angelica	06081539	Barrios V
3	Bernuy Puente Vda de Pineda, Casilda	07653629	Bernuy P
4	Bonifacio Cristobal, Victoria Felicita	07660422	Bonifacio Victoria
5	Bujaico Ramos, Luisa	07665071	Bujaico B.R.
6	Bustamante Infante de Aguayo, Felicitas	07664979	Bustamante
7	Caballero Huaringa, Dora Victoria	07670164	Caballero Dora Victoria
8	Carlos León, Feliciano Dilma	07666804	Carlos León
9	De la Cruz Sanchez, Jose Antonio	07649600	De la Cruz Sanchez
10	Delgado Guadalupe, Aurelio	07668560	Delgado Guadalupe
11	Grijalva Quinto Vda de Ramon, Primitiva	07655922	Grijalva Quinto
12	Gutierrez Forton, Pablo Alberto	16131001	Gutierrez Forton
13	Lucero Vda de Lagos, Luisa del Carmen	31614324	Lucero Vda de Lagos
14	Manrique Salcedo, Luz Marina	43682863	Manrique Salcedo
15	Montes Laureano, Jose	07643834	Montes Laureano
16	Navarro Alvaro, Carmen Beneranda	16167710	Navarro Alvaro
17	Navarro Valle, Carmen Rosa	41621091	Navarro Valle
18	Negreiros Valdez de Aliaga, Blanca	07843450	Negreiros Valdez de Aliaga
19	Olivos Chávez, Paula	06961172	Olivos Chávez
20	Ortiz Quispe, Rosa Petronila	07653315	Ortiz Quispe
21	Palacin Orozco, Angelica	07668561	Palacin Orozco
22	Pelaez Floreano, Herlinda	07993834	Pelaez Floreano
23	Ramos Argumedo, Marina	07650109	Ramos Argumedo
24	Revoredo Alva, Nelly Lucy	07650420	Revoredo Alva
25	Rocha Pariona Vda de Russo, Livia	07103026	Rocha Pariona
26	Rosales Vega, Yolanda Beatriz	06056176	Rosales Vega Y.
27	Sifuentes Sanchez, Francisca	10169310	Sifuentes Sanchez
28	Torres de Barrientos, Abencia Clorinda	10170474	Torres de Barrientos
29	Torres Vidal, Leandro	31613315	Torres Vidal
30	Vegas Valle Vda de Zamudio Luz Angélica*	06325944	Vegas Valle



Firmando el consentimiento informado a los adultos mayores



Se realizaron sesiones educativas en el patio del centro con apoyo audiovisual



Realizando las actividades previas, mientras se espera la llegada de los demás participantes.



Brindando incentivos y reforzadores.