

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO**



**MEJORAMIENTO DEL AUTOCUIDADO  
DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN  
LUIS ALBERTO SÁNCHEZ – CHICLAYO, PERÚ**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: Bach. Flor Cecilia Salgado Montenegro**

**Chiclayo, 06 de Agosto del 2009**

**MEJORAMIENTO DEL AUTOCUIDADO  
DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN  
LUIS ALBERTO SÁNCHEZ – CHICLAYO, PERÚ**

**POR:**

**Bach. Flor Cecilia Salgado Montenegro**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad  
Católica

Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**APROBADO POR:**

---

**Lic. Zarela Avellaneda Aguinaga**  
Presidente de Jurado

---

**Lic. Angélica Vega Ramírez**  
Secretaria de Jurado

---

**Mgtr. Maribel Díaz Vásquez**  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, 2009**

## DEDICATORIA

A mis adorados padres Guillermo y Flor,  
a quienes admiro con inmensa gratitud por  
su amor incondicional, abnegación y ayuda  
para conmigo al brindarme el regalo más  
preciado que es mi educación; y que llevó a  
culminar uno de mis más grandes sueños:  
Ser Profesional.

A todos los adultos mayores participantes en  
la presente investigación, y en especial a mis  
queridos abuelitos Teodosia y Jacobo, mi  
gran inspiración para la realización de la  
presente investigación con este grupo etéreo,  
que muchas veces no se los considera por lo  
mismo de ser mayores.  
Que Dios los bendiga.

A mis familiares, y en forma especial  
a mi querida tía Tania y a mi madrina  
Dora Isabel, por sus palabras de aliento,  
darme la fortaleza de seguir adelante y  
motivarme en todo momento a dar lo  
mejor de mí, no dejándome vencer por  
los posibles obstáculos o adversidades  
de la vida.

## AGRADECIMIENTO

A Dios Padre, por iluminarme en el diario acontecer de mi vida y sobre todo por haber permitido culminar con éxito mis estudios y llegar a ser profesional. Y a mi Madre Santísima, por guiarme en todo momento hacia el camino del bien, amor y verdad.

En especial,  
a los adultos mayores del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez, por su apoyo, confianza, entusiasmo, alegría, y ganas de lograr mejorar su autocuidado, colaborando en todo momento con la investigación y que trascendió en la

A mi querida asesora, Mgtr. Maribel Díaz Vásquez, por su paciencia, acertada orientación e incondicional apoyo, evidenciado en todo el proceso de la investigación. A mis jurados, Lic. Zarela Avellaneda Aguinaga y Lic. Angélica Vega Ramírez; y a todas las personas que de alguna manera han contribuido con sus aportes en la presente investigación, desde sus inicios hasta el informe final.

## RESUMEN

La presente investigación inmersa en el Paradigma Sociocrítico, con enfoque cualitativo, abordaje metodológico de Investigación Acción Participación, tuvo como objetivos analizar, discutir y mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez. Los referentes teóricos fueron Anzola (12), Medellín (14), Wojtyla (15), quienes sustentan el proceso del envejecimiento y la etapa de vida del adulto mayor; y Orem (19) con su Teoría del Autocuidado. Los sujetos de investigación fueron 7 adultos mayores autovalentes de 60 años a más. Se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad. El análisis fue Temático. Se consideraron Principios Éticos de Belmont (24) y criterios de Rigor Científico de Lincoln y Guba (31). Emergiendo cuatro categorías: El adulto mayor frente a estilos de vida inadecuados, Vivenciando desamparo familiar, Insatisfacción por desconocimiento en el autocuidado, Proponiendo actividades de autocuidado. Posterior a la ejecución del Programa Educativo “Dulce Atardecer”, durante un periodo de 16 meses, emergieron cuatro nuevas categorías: Mejorando los estilos de vida para el autocuidado del adulto mayor, Del desamparo a la protección familiar, Expresando satisfacción en el autocuidado realizado, Deseo de seguir participando en el Programa del Adulto Mayor. La consideración final fue: La utilización de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem en el grupo de adultos mayores participantes permitió dirigir la atención para el propio cuidado, así como organizar y aplicar la metodología de Investigación Acción Participación, ayudando de esta manera a optar por el cambio de conductas y que conllevó a estilos de vida saludables basados en el autocuidado.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Adulto Mayor, Autocuidado, Investigación Acción Participación.

## ABSTRACT

The present immersed investigation in the Sociocritico Paradigm, with qualitative approach, methodologic boarding of Investigation Participation Action, had like objectives to analyze, to discuss and to improve autocuidado of the greater adult of the Town the Young Luis Alberto Sanchez. The referring theoreticians were Anzola (12), Medellín (14), Wojtyla (15), who sustain to the process of the aging and the stage of life of the greater adult; and Orem (19) with its Theory of the Autocuidado. The investigation subjects were 7 autovalentes greater adults of 60 years to more. The interview was used semi structured to depth. The analysis was Thematic. Ethical Principles of Belmont (24) and criteria of Scientific Rigor of Lincoln and Guba were considered (31). Emerging four categories: The adult greater front to inadequate styles of life, Vivenciando familiar neglect, Dissatisfaction by ignorance in the autocuidado one, Proposing activities of autocuidado. Subsequent to the execution of Sweet the Educative Program "To get late", during a period of 16 months, emerged four new categories: Improving the styles of life for the autocuidado one of the greater adult, the neglect to the familiar protection, Expressing satisfaction in the made autocuidado one, Desire to continue participating in the Program of the Greater Adult. The final consideration was: The use of the Theory of the Autocuidado de Dorothea Orem in the group of participant greater adults allowed to direct the attention for the own care, as well as to organize and to apply to the methodology of Investigation Participation Action, helping this way to decide on the change of conducts and that entailed to healthful styles of life based on the autocuidado one.

**Key Words:** Aging, Greater Adult, Autocuidado, Investigation Participation Action.

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	<i>iii</i>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<i>iv</i>
<b>RESUMEN</b>	<i>v</i>
<b>ABSTRACT</b>	<i>vi</i>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>08</b>
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	<b>12</b>
1.1. Antecedentes	12
1.2. Bases teórico - conceptuales	13
<b>CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>22</b>
2.1. Tipo de investigación	22
2.2. Abordaje metodológico	22
2.3. Sujetos de la Investigación	32
2.4. Escenario	32
2.5. Procedimiento de recolección de los datos	33
2.6. Análisis de los datos	35
2.7. Criterios de rigor científico	36
2.8. Criterios éticos	36
<b>CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>73</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>84</b>

## INTRODUCCIÓN

El acelerado desarrollo tecnológico en el área de la salud y la expansión universal de la educación en los últimos 20 años han provocado enormes cambios tanto sanitarios como demográficos. Uno de los mejores indicadores de estas transformaciones se focaliza en la reducción progresiva de la fecundidad y en el incremento paralelo de la esperanza de vida (1).

Mientras la población mundial crece a una tasa del 1.7% anual, los adultos mayores se incrementan en el orden del 2.5%, originando que el ápice de la pirámide poblacional se esté ensanchando, dando como resultado una pirámide regresiva por la presencia de mayores volúmenes de población adulta mayor sobre la población joven y ello se evidencia actualmente en países de Europa y Asia, entre ellos Japón, en donde el porcentaje de personas de 60 años a más es de 29% frente a un 14% de personas de 0 a 14 años; convirtiendo lo mencionado en uno de los más grandes desafíos tanto para países desarrollados como en vías de desarrollo (2).

Dentro de los países de envejecimiento moderado, el Perú junto con Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, República Dominicana y Venezuela, también está manifestando esta transición demográfica. Según estimaciones de población 2005 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 7% del total de la población peruana se encuentra representada por personas de 60 años a más, y se pronostica que para el 2020 ésta ascienda hasta el 11%, es decir, cerca de cuatro millones de personas (3,704114) y al 2025 a 12.6% (4, 470 000) (3).

Asimismo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970 era de 53 años, en el 2004 de 70 años, y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025 (4). Por otro lado, se observa que los adultos mayores se han incrementado en mayor medida en el área urbana, representando en la actualidad el 75% (5).

En la gran mayoría de hogares con presencia de adultos mayores, éstos viven con otros miembros más jóvenes como los hijos, nietos, otros parientes y no parientes, constituyendo hogares multigeneracionales, donde, por lo general, viven en relación de dependencia. En esta dinámica familiar el adulto mayor busca realizar diversas actividades, necesitando de compañía, sentirse útil, tener motivaciones por los cuales seguir adelante con la finalidad de no sentirse una carga (6).

Sin embargo, se evidencian actitudes negativas por parte de algunas familias como son la indiferencia, marginación y antivalores, escuchándose muchas veces, “El hombre vale en cuanto es joven y puede trabajar”, “Parece que mis hijos se cansaron de mí, ya no están al pendiente como antes”, “No tengo con quien conversar, me siento sólo(a)”; excluyendo a los adultos mayores de la vida social y familiar porque su autocuidado y salud están en declive, lo mismo que su ingenio y capacidad para mantener un diálogo interesante y actualizado.

Ocasionando de esta manera en muchos de los adultos mayores, decaimiento de su estado anímico, baja autoestima, introspección y desequilibrio emocional, llevándolos a cuadros depresivos, barreras ambientales, deterioro cognitivo, intolerancia a la actividad, dolor y déficit de autocuidado.

La problemática mencionada ha sido observada por la investigadora, encontrando además en muchas oportunidades déficit en el acceso y calidad de la oferta de servicios de salud hacia las personas adultas mayores; son pocos los programas que promueven estilos de vida saludables, la infraestructura es insuficiente y un limitado número de recursos humanos con carga laboral que dificultan una adecuada respuesta a las necesidades de este grupo etáreo. Así también, el adulto mayor es marginado muchas veces debido a que la sociedad lo considera una persona con múltiples problemas

de salud; no teniendo en cuenta que todas las personas pasamos por las diferentes etapas del ciclo vital lo cual amerita un trato especial.

Dentro del Departamento de Lambayeque, en la ciudad de Chiclayo, encontramos al Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez que cuenta entre sus habitantes con adultos mayores cuyas edades oscilan entre los 60 a 85 años, siendo en su mayoría autovalentes<sup>1</sup>(7); sin embargo, algunos de ellos presentan enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, bronconeumonía, entre otras. A su vez, manifiestan desconocimiento sobre los cambios anatómofisiológicos propios de su edad y como lograr un envejecimiento saludable, libre de riesgos.

Muchos de ellos presentan mal estado de higiene corporal y oral. Con regular estado nutricional, refiriendo poco conocimiento sobre una alimentación sana y nutritiva para su edad; así como también, recurren a la automedicación. Esto debido a que poseen un bajo nivel educativo, con escasos recursos económicos y difícil acceso al Programa del Adulto Mayor del Centro de salud.

Igualmente llevan una vida sedentaria, manifestando no realizar actividad física, permaneciendo en su hogar todo el día, ya sea cocinando, lavando o cuidando a sus nietos. Algunos de los adultos mayores refieren sentirse desprotegidos y de vez en cuando tristes porque extrañan a sus familiares “A veces me siento sola, mis hijos salen a trabajar y cuando regresan conversan muy poco conmigo”, “Antes parecía un árbol enverdecido, ahora ya no, poco a poco me voy marchitando”.

Es así que la investigadora frente a la problemática expuesta se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cómo mejora su autocuidado el adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez - Chiclayo, Perú?, siendo el objeto de estudio el autocuidado del adulto mayor. Con base a esta premisa, los objetivos que guiaron la investigación fueron: Analizar, discutir y

---

<sup>1</sup> Autovalente: Persona adulta mayor capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria consideradas como las actividades funcionales esenciales para el autocuidado.

mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez.

La presente investigación se justifica porque la progresión poblacional del adulto mayor es uno de los más grandes logros de la humanidad pero también uno de sus mayores desafíos, debido a que el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo más rápido y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y de disminución de cuidado.

Por esta razón, se hace necesario que los profesionales de la salud entre ellos el profesional de Enfermería, oriente sus cuidados fomentando una cultura de autocuidado de la salud, propiciando un entorno seguro, libre de riesgos, facilitando el aprendizaje y mediante la educación sanitaria lograr que la persona adulta mayor sea autovalente.

En tal sentido, la relevancia que adquiere la presente investigación para la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT), es que forma parte del Proyecto de Comunidades Saludables, donde se quiere lograr que comunidades aledañas a la USAT mejoren su calidad de vida, dándole sostenibilidad al programa.

Asimismo, la riqueza que adopta es el tipo de Investigación Acción Participación (IAP), siendo su fin la búsqueda de cambios de la población en estudio para mejorar sus condiciones de vida, además de formular nuevas propuestas de trabajo para Enfermería con adultos mayores.

La presente investigación servirá de reflexión científica en lo que respecta al planteamiento de nuevas perspectivas que permitan a los profesionales de Enfermería de hoy y enfermeros en formación redescubrir la importancia del cuidado a las personas adultas mayores, enfatizando en su autocuidado mediante la promoción de la salud y prevención de daño.

## **CAPÍTULO I**

### **I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **1.1. Antecedentes**

Considerando el objeto de estudio, se realizó inicialmente la búsqueda de antecedentes para guiar el avance de la investigación en esta temática. De los pocos trabajos de investigación que versan sobre el tema tenemos:

Lau N. En su investigación “Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores”, realizada en Costa Rica. (1999). Tuvo como objetivo reconocer si la potencialidad de autonomía y autorresponsabilidad es indispensable para tener vida digna, plena y saludable. El enfoque utilizado fue cualitativo, con método fenomenológico. Se concluyó que existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen en cuanto al autocuidado, permitiendo alcanzar una mejor calidad de vida. De otro lado, los resultados que se obtuvieron permitieron contar con una aproximación a las fortalezas, limitaciones o dificultades de autocuidarse que experimentan las personas adultas mayores (8).

Barboza J. y Col. En su investigación “Relación entre la Actitud de la Familia y algunos Factores Individuales del Geronto”, realizada en el P.P.J.J Santa Rosa de Lambayeque - Perú. (1997). Tuvo como objetivo establecer la relación existente entre la actitud de la familia y algunos factores individuales del geronto. El tipo de estudio fue descriptivo. Se concluyó que las familias del P.P.J.J Santa Rosa que en su composición tienen un anciano viviendo con ellos un año o más, presentan una marcada actitud de indiferencia hacia ambos sexos; las familias en su mayoría presentan una actitud de rechazo frente a la edad, estado físico, nivel de conciencia y a la disponibilidad de recursos del geronto. Igualmente que existe una relación significativa entre la actitud de la familia, el estado físico y nivel de conciencia del geronto (9).

Avellaneda Z. y Col. En su investigación “Percepciones sobre Envejecimiento y Promoción de una Vejez Feliz en un Sector Popular”, realizada en el P.P.J.J Jorge Basadre de Chiclayo - Perú. (2006). Tuvo como objetivos identificar y analizar las percepciones de la población de la tercera edad frente a los cambios del envejecimiento y promocionar estilos de vida saludable para lograr una vejez feliz. El enfoque utilizado fue cualitativo y cuantitativo, con metodología de Investigación Acción Participación. Se concluyó que este grupo etáreo en su mayoría son acogidos en el seno familiar, pero muchos se sienten subestimados por no ser tomados en cuenta. Así también, que a través de la metodología aplicada se generó un cambio expresado a través de muestras de satisfacción y mostrando así mismos su creatividad y capacidad de aprendizaje de actividades nuevas (10).

### **1.2. Bases teórico - conceptuales**

El presente trabajo de investigación fue respaldado en estudiosos como Anzola (12), Medellín (14), Wojtyla (15), y otros quienes sustentan el proceso del envejecimiento y la etapa de vida del adulto mayor. Asimismo, por la base teórica de Orem (19), cuyo sustento permitió estudiar el autocuidado.

El envejecimiento de la población peruana es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a consecuencias económicas y sociales que implica, a cambios en las áreas de trabajo, vivienda, recreación, educación y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar (11).

Asimismo, el envejecimiento es un transcurrir de vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales propias. Es también un acontecer que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación de la persona (12).

Envejecer, es además un proceso que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y tejidos durante este proceso no deben considerarse problemas de salud, sino más bien variantes anatomofisiológicas normales que se presentan de forma universal, porque es propio de todos los seres vivos; progresivo, porque obedecen a un proceso acumulativo; declinante, porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual; intrínseco, porque ocurren dentro de la persona a pesar de ser influenciada por factores ambientales; e irreversible, porque son definitivos (13).

Así también, los cambios propios del envejecimiento son altamente individuales porque se manifiestan de diferente manera en cada persona y producto de cuatro factores interrelacionados como son: El envejecimiento biológico normal, las enfermedades, la pérdida de destrezas y habilidades, y los cambios sociales que se suceden durante este periodo de la vida (12).

Para la investigadora, de acuerdo con la concepción anterior, envejecer no es sólo un factor de vida, sino un proceso que aparece como consecuencia del paso del tiempo y comprende modificaciones físicas, psicológicas y sociales propias, según estilos de vida y el contexto en que se desarrolló la persona en etapas anteriores. Asimismo, considera que los factores culturales, educativos, socioeconómicos, las actitudes, experiencias, expectativas y la adaptación en su diario vivir, son diferentes y únicos, dándole el carácter de individualidad y heterogeneidad a esta etapa última de la vida.

Dentro del proceso de envejecimiento, se llama vejez, edad avanzada, edad tardía, tercera edad, ancianidad, años dorados o adulto mayor; al periodo de vida comprendido entre los 60 y 65 años de edad hasta la muerte. Es esta etapa a la que más nombres se le han asignado

en cada sociedad, como una forma de disfrazar innecesariamente la realidad, determinada en cada persona en forma genérica (14).

Wojtyla (15), explica que a veces se habla de la vejez como el otoño de la vida, por analogía con las estaciones del año y la sucesión de los ciclos de la naturaleza. Basta observar a lo largo del año los cambios de paisaje en la montaña y en la llanura, en los prados, valles y los bosques, en los árboles y las plantas. Existe una gran semejanza entre los biorritmos del hombre y los ciclos de la naturaleza.

El autor refiere además que así como la infancia y juventud son el periodo en el cual el ser humano está en formación, vive proyectado hacia el futuro y, tomando conciencia de sus actividades hilvana proyectos para la edad adulta; también la etapa del adulto mayor tiene sus ventajas, porque atenuando el ímpetu de las pasiones acrecienta la sabiduría, da consejos más maduros. En cierto sentido, es la época privilegiada de aquella sabiduría que es consecuencia de la experiencia, en ella se recogen los frutos de lo aprendido y experimentado, realizado y conseguido, sufrido y soportado; es decir la trayectoria de toda una vida.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA) (16), la etapa del adulto mayor se refiere a las personas de ambos sexos de sesenta años a más. Asimismo, que es esta etapa una época de la vida en que se ha rebasado la barrera imprecisa de la medianía de edad y se entra en un período, que si bien puede acarrear angustias, problemas físicos, emocionales y económicos, aporta una serie de compensaciones como una mayor y profunda experiencia, una visión y sentido diferente de la vida.

Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (7), considera que desde el punto de vista funcional, la persona adulta mayor que vive en la comunidad puede ser autovalente (65%), frágil (30%) y postrada o terminal (3 a 5%). Persona adulta mayor autovalente, es aquella capaz de realizar actividades básicas de la vida

diaria, es decir esenciales para su autocuidado. Persona mayor frágil, aquella con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Persona mayor dependiente o postrada, aquella con pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita el desempeño de sus actividades diarias.

En el presente estudio las edades de las personas oscilan entre los 60 a 85 años, considerándose a este grupo etéreo de acuerdo a la clasificación de la OPS como adultos mayores autovalentes porque realizan diversas actividades de la vida cotidiana por sí solos como alimentarse, vestirse, entre otras. Sin embargo, ellos refieren tener desconocimiento o poco conocimiento sobre cómo cuidarse a sí mismos, cómo promover su salud y prevenir enfermedades. Esto debido a que gran mayoría de ellos presentan bajo nivel educativo, escasos recursos económicos y con difícil acceso al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud.

Con la etapa del adulto mayor se concluye el desarrollo humano, etapa de la cual Erickson (14) habla en su Teoría de la Maduración, al enunciar que si la persona ha superado satisfactoriamente las etapas anteriores de su vida, por ende, debe ser lo suficientemente madura para aceptar sin ansiedad la responsabilidad de su forma de vida. Igualmente, en el esquema de Erickson, la ancianidad es la octava etapa de vida y la dimensión psicosocial que pasa ahora a primer término, es la integridad de la personalidad y la desesperación.

En este sentido, el sentimiento de integridad resulta de la capacidad de la persona de mirar hacia atrás y contemplar la vida con satisfacción; el sentimiento de angustia y depresión se encuentra en la persona que ve su vida como una serie de oportunidades fallidas y de deducciones equivocadas, dándose cuenta ahora en los años crepusculares que es demasiado tarde para volver a empezar, para esta

persona, el resultado inevitable es un sentimiento de desesperación acerca de aquello que podría haber sido y no fue.

De esto se deduce que si la persona ha superado adecuadamente los conflictos, podría tener una ancianidad satisfactoria y productiva; en cambio no la persona cuya vida estuvo llena de frustraciones y conflictos emocionales ocasionados por ella misma o por su medio y que no las pudo superar, cuyo resultado es una vejez insatisfecha. Es decir, según haya sido el estilo de vida, tipo de trabajo, recreación y tensiones, todas las funciones de la estructura orgánica de la persona se someten a un deterioro más o menos diferenciado, no necesariamente correlativo a edad cronológica pero inevitable.

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

Desafortunadamente, según considera la investigadora, un número formidable de sociedades, exhiben conductas compatibles con el fenómeno del viejismo. En dichas sociedades los valores individuales, el concepto de productividad, consumismo, juventud y belleza, rechazan al adulto mayor por considerarlo inútil e improductivo. A todas estas circunstancias se suma el abandono familiar, aflicción, falta de comunicación y escasa participación social, que en general se ofrece a este grupo de población.

También, las condiciones del ambiente físico y social en que se desenvuelve la persona, de una u otra manera, tienden a acelerar o retardar su proceso de envejecimiento. Ante tal situación, la sociedad misma debe reconocer y aceptar al adulto mayor como una persona con los mismos derechos y deberes que los adultos maduros, jóvenes y

niños; pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y socioeconómicas diferentes, las cuales deben ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias.

Actualmente, es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en los programas de salud tanto en el sector público como privado; y en los cuales, el autocuidado representa una alternativa eficaz para el logro de objetivos y metas, ya que el mejorar los conocimientos sobre el concepto de salud, control y disminución de factores de riesgo y promoción de conducta de autocuidado, se traducirá en una población adulta mayor más saludable.

Pero, ¿Qué es el autocuidado?, etimológicamente este término se presenta conformado de dos palabras: “Auto” del griego auto que significa "propio" o "por uno mismo", y “Cuidado” del latín cogitatus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo (17). Así también, Coppard (18) define autocuidado como todas aquellas acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar su salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo de salud.

Esto incluye el hecho de poseer habilidades tales como el de realizar diagnósticos sencillos al hacer una valoración de su estado de salud, ej.: tomar temperatura, presión arterial, pulso, autoexamen de mamas; enfrentar condiciones agudas sencillas, ej.: resfriado común; realizar acciones tendientes a prevenir enfermedades y a promocionar la salud, ej.: ejercicios, dieta prescrita, buena higiene; búsqueda de información relacionada a la salud, ej.: conocimiento de los pasos a seguir antes de buscar ayuda profesional (12). Lo cual significa que la mayoría de estas habilidades son fáciles de enseñar y aprender; y con pocos riesgos de complicaciones en ausencia de un profesional.

Partiendo de las líneas anteriores, la investigadora considera que la mayoría de las personas adultas mayores tienen la capacidad física y mental necesaria para realizar a sí mismas actividades de autocuidado. Igualmente, que este grupo etéreo ha adquirido algunos de los conocimientos básicos por medio de las experiencias de su vida cotidiana y de situaciones que afectan su salud; pero será necesario que aprendan nuevos conocimientos y prácticas que les permitan realmente convertirse en sus propias fuentes de bienestar.

Es así que Orem (19) presenta tres subteorías interrelacionadas entre sí, se trata de la Teoría del Autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas), del Déficit de Autocuidado (por qué la enfermera puede ayudar a las personas) y Sistemas de Enfermería (qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería). En su Teoría del Autocuidado, define al autocuidado como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, salud y bienestar. Afirma que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales, las cuales permiten al ser humano realizar actividades que promuevan su estado óptimo de salud y bienestar.

La teórica también señala cinco premisas básicas para encaminar al profesional de Enfermería con el fin de conseguir el autocuidado: Los seres humanos necesitan estímulos que actúen sobre ellos y su entorno para seguir vivos; la actividad del hombre se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás; las personas experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismos; la actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades; y los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda.

Asimismo, considera que el rol de la enfermera consiste en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a su autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: Actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. También destaca que la persona es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es una unidad que posee las capacidades, aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: universales, los asociados a procesos de crecimiento y desarrollo humano y los unidos a las desviaciones de la salud (20).

Así, Orem y Coppard, comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado, considerando las siguientes actividades: Promoción y fomento de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables; prevención de la enfermedad a través del control y disminución de factores de riesgo; mantenimiento, recuperación de la salud y rehabilitación; también incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de la persona como ser holístico.

Igualmente, la forma de autocuidarse se encuentra influenciada por la edad, nivel de instrucción, estado civil, roles que desempeña la persona, estado de salud, entre otros. Como el envejecimiento es individual, es muy importante tener en cuenta el autoconocimiento, la autoestima y la autodeterminación, que son considerados como componentes básicos del autocuidado, reconociéndolo así como elemento conducente al desarrollo humano integral porque propicia su autonomía, expresada en el protagonismo de su propio destino (21).

De las definiciones dadas sobre lo que es autocuidado, la investigadora considera al mismo como el acto propio de la persona para el mantenimiento de su vida, salud y bienestar, a través de un conjunto de prácticas enfocadas hacia el cambio de costumbres y

hábitos de naturaleza social y cultural que la integran con su entorno y le permita mantener o mejorar su bienestar integral. Autocuidado, significa también, conocernos, querernos y cuidarnos; lo cual parte por aprender a aceptar las huellas que el tiempo va dejando en nuestro cuerpo y tener siempre la capacidad de amar nuestra persona.

Del mismo modo, para la investigadora el autocuidado en el adulto mayor es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en su vida cotidiana. Por tanto, el autocuidado en este grupo etáreo es una práctica que involucra líneas de crecimiento para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales.

La investigadora lo que pretende a través del mejoramiento del autocuidado en los adultos mayores, es que ellos acepten la responsabilidad de su propio cuidado, realicen acciones tendientes a prevenir enfermedades y a promover su salud, mantener su capacidad funcional (biopsicosocial) y mejorar la interacción entre personas mayores. El adulto mayor no debe ser sólo un destinatario pasivo de los servicios de salud, sino que debe convertirse en un elemento participativo.

Es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental y social depende en gran medida de la determinación de la persona de ocuparse de sí misma. El autocuidado no es sólo una función de los profesionales de la salud, sino que involucra al adulto mayor, a la familia, a los vecinos, a los grupos voluntarios y a la comunidad en general.

## **CAPÍTULO II**

### **II. MARCO METODOLÓGICO**

#### **2.1 Tipo de Investigación**

La presente investigación estuvo inmersa en el Paradigma Sociocrítico, definido como una actividad participativa en la que tanto el investigador como los sujetos investigados comparten responsabilidades en la toma de decisiones. Este Paradigma además presenta los siguientes principios: Conocer y comprender la realidad como praxis, unir teoría y práctica (conocimiento, acción y valores), e implicar al docente a partir de la autorreflexión (22).

Dentro del Paradigma Sociocrítico se utilizó el enfoque cualitativo que se complementó durante todo el proceso de la investigación, potenciando el desarrollo del conocimiento, profundidad al estudio y resolución de problemas (23).

Este enfoque consiste en descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables incorporando lo que los participantes expresan: sentimientos, pensamientos y reflexiones, tal y como son sentidos y expresados por los mismos y no como el investigador lo describe (24); es por esta razón que se utilizó dicha metodología, la cual ayudó a enfatizar los aspectos dinámicos, holísticos y personales del autocuidado en el adulto mayor y por ende comprenderlos de forma amplia y profunda en el contexto en que se desarrolló.

#### **2.2 Abordaje metodológico**

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró importante utilizar como abordaje metodológico a la IAP por vincularse más con el objeto de estudio.

Bernal (25), refiere que la IAP es un enfoque diferente del método tradicional de hacer investigación científica, ya que conceptúa a las personas como sujetos partícipes en interacción con los investigadores. Aquí se rompe la dicotomía sujeto - objeto de investigación, y se genera así una unidad o equipo de investigación integral: Por un lado, los investigadores, quienes cumplen el rol de facilitadores o agentes de cambio; por otro, la comunidad o grupo, donde se realiza la investigación, quienes serán los propios gestores del proyecto investigativo y, por ende, protagonistas de la transformación de su propia realidad y constructores de su proyecto de vida.

La IAP considera al sujeto de la investigación con capacidad de acción y poder transformador. Este enfoque se plantea como un modo de investigar con la comunidad y para la comunidad, en función de la generación de procesos para la transformación de la realidad de dicha comunidad (26).

Consecuentemente para la investigadora, en la IAP, la acción se entiende no como un simple actuar, sino como una acción resultado de una reflexión e investigación continua sobre la realidad; pero no sólo para conocerla, sino para transformarla. En cambio, la participación se considera un proceso de comunicación y retroalimentación entre los integrantes del proceso de investigación, donde la planificación, la toma de decisiones y la ejecución, constituyen un compromiso compartido por todo el equipo.

La OPS define a la IAP como una metodología que permite investigar la realidad con los distintos problemas que en ella se presentan, planificar y ejecutar las acciones necesarias para mejorarla en forma participativa. Además, facilita a los actores sociales un mayor conocimiento de su propia situación, para que en base a sus necesidades puedan participar activamente en la planificación de intervenciones bajo el precepto que para conocer la realidad hay que actuar sobre ella. Bajo estas consideraciones, constituye una

metodología de acción comunitaria de carácter participativo que integra dos dimensiones: la investigación y la acción (27).

Es investigación, porque estudia la realidad o aspectos determinados de ella con rigor científico, además se contrapone a la investigación tradicional porque no sólo describe, explica o interpreta los problemas, sino que también contribuye a solucionarlos con la participación activa de las personas. Es acción, porque determina programas o proyectos concretos que pueden ser llevados a cabo a través de un trabajo colaborativo entre la comunidad y los equipos de carácter técnico.

La IAP además es un proceso permanente de observación, análisis y acción en el cual los participantes avanzan constantemente hacia niveles cada vez más superiores de precisión y por lo tanto, de conciencia. Con estas características, esta metodología reviste gran valor para el desarrollo de un trabajo orientado a la promoción de la salud, pues se articula a los procesos de salud y enfermedad en el marco de la nueva manera de concebir la salud, planteándose la necesidad de la participación de la población en su conjunto en la determinación de sus demandas, en el cambio de los factores condicionantes de su salud, así como en la evaluación de su eficacia y eficiencia de los servicios que recibe.

Asimismo, la IAP no responde a etapas preestablecidas, el tópico de investigación y su programación son determinados por el ritmo de vida diaria de las personas, sus intereses concretos y la importancia que ellos le atribuyen a tomar la iniciativa para cambiar sus condiciones de vida (27).

El diseño se caracteriza por ser “Participativo”, porque las decisiones de qué, cómo y cuándo en relación a la investigación se toman en forma colectiva por las personas interesadas y “Emergente”, porque los planes y procedimientos de investigación deben surgir de las

investigaciones específicas del medio e irse acomodando a las necesidades y recursos de la comunidad en la medida que estos vayan siendo identificados.

Esto no significa de ningún modo que esta metodología de investigación no requiera planificación, pues cada proyecto tendrá un propio y particular plan elaborado participativamente y su desarrollo dinámico deberá irse adaptando a la realidad.

Cabe recalcar que no existen modelos para elaborar el diseño de sus proyectos, cada uno de ellos se confecciona de manera específica, de acuerdo a las necesidades, condiciones de vida y nivel de desarrollo de cada comunidad.

Partiendo de la premisa anterior y de la revisión de algunas experiencias en que ha sido utilizada, se determinó la existencia de seis fases básicas. Estas fases se adecuaron a las necesidades de la investigación, modificando algunas de ellas, en algunos casos.

Fase 1: Organización de experiencias y conocimientos previos en el área de estudio: En esta fase el investigador y la comunidad, deben compartir información, metodologías y conocimientos existentes, en torno a la temática de investigación. Es necesario considerar además las diversas fuentes de información comunitaria que serán consultadas y tomar contacto con organizaciones y personas claves que entregarán antecedentes, invitándolas a incorporarse al proceso de investigación participativa. Como resultado de esta fase, se obtienen las definiciones básicas acerca del contexto y de los conceptos que guiarán la investigación.

Esta primera fase se inició con la búsqueda de fuentes bibliográficas referidas al tema de investigación. Posteriormente, en el mes de enero del año 2008, se realizó la primera visita al Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez con la finalidad de conocer el área de estudio,

contactar con los dirigentes, exponer el tipo de investigación y los objetivos que se esperaban alcanzar; además de solicitar de su apoyo para la formación del grupo de estudio y contar con un lugar de reuniones.

Fase 2: Definición de la problemática general de investigación: Que requiere no sólo de la identificación de problemas, sino de su descripción, integrando las percepciones y explicaciones que la comunidad tiene sobre ellos. Debe obtenerse una definición conjunta de los problemas, con elementos técnicos y conceptos de la comunidad, de esta manera se motiva con mayor facilidad para participar en todo el proceso de investigación participativa.

La segunda fase se inició en la tercera semana del mes de enero del año 2008 a través de un sondeo participativo mediante visitas domiciliarias realizadas a los adultos mayores del pueblo joven, obteniéndose información precisa acerca del contexto y características de la población en estudio, saliendo a relucir sus formas de vida, hábitos, costumbres, aceptación o rechazo al proceso de envejecimiento, desconocimiento del adecuado cuidado nutricional, sedentarismo, automedicación, entre otros. Esta fase culminó la segunda semana del mes de marzo del mismo año.

Fase 3: Objetivación y problematización: Es comparable a la tarea de priorización que se realiza con el diagnóstico participativo. En este momento, se analizan y explican los problemas, considerando como válidas las causas identificadas por los diversos actores y buscando su integración en el análisis. Se acota el contexto, descubriendo la relación existente entre contexto y causas. De esta manera se facilita la identificación de causas sobre las que es posible actuar, facilitando la delimitación del plan de acción que se confeccionará posteriormente. En esta fase quedarán definidos y priorizados los problemas.

La investigadora previa cita con los adultos mayores, llevó a cabo la primera reunión el día 22 de marzo del año 2008, en donde se realizó el taller de diagnóstico situacional participativo, lo que permitió priorizar los problemas según el orden de importancia y teniendo en cuenta las causas atribuidas a los mismos. Es aquí donde la investigadora motivó a los participantes a descubrir que los problemas pueden ser solucionados con su participación activa, quedando priorizado el problema a atender y recalando la importancia que tiene para la persona el saber cuidarse a sí misma.

En el mes de abril, durante las visitas domiciliarias, se informó a los adultos mayores sobre la investigación y se solicitó su consentimiento para participar, además se dio a conocer el objetivo general de mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez (VER ANEXO N°1).

Fase 4: Investigación de la realidad social y análisis de la información recolectada: La primera tarea de esta fase es definir el tema y las preguntas o hipótesis de investigación. Luego, de acuerdo a las necesidades metodológicas se determinan las técnicas específicas que se utilizarán para recabar información. Finalmente, se abordará la tarea de recolección de información, orden y procesamiento de ésta, en forma colectiva. El producto de esta fase es el nuevo conocimiento y explicación de la realidad.

En esta fase se recolectaron los datos para la investigación haciendo uso de instrumentos como la entrevista semi estructurada a profundidad (VER ANEXO N°2) y el cuestionario de administración indirecta (VER ANEXO N°3), donde la investigadora formulaba las preguntas a los adultos mayores y registraba sus respuestas. Dicho cuestionario fue validado por el Departamento de Enfermería del Adulto y Anciano de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú. El tiempo de duración de cada entrevista fue de 30 minutos y 15 minutos por cuestionario.

Durante las visitas domiciliarias a los adultos mayores participantes, en los meses de junio y julio del año 2008, se aplicó la entrevista semi estructurada a profundidad grabando la conversación en cintas magnetofónicas. Dichas entrevistas fueron transcritas en un tiempo aproximado de 1 hora cada una, logrando valorar el grado de conocimientos de este grupo etáreo con respecto a su autocuidado. No olvidando además la validación del instrumento mediante la aplicación de la prueba piloto.

Una vez identificados los problemas, se formularon los objetivos y las posibles soluciones a la problemática encontrada, trabajando en todo momento en conjunto (Investigadora - Adultos mayores).

Fase 5: Definición de proyectos de acción: A partir del conocimiento, se toman decisiones colectivas acerca de la futura acción transformadora, orientada al mejoramiento de las situaciones, problemas estudiados y priorizados para abordar. En este momento deben elaborarse programas de trabajo, los que serán ejecutados y evaluados participativamente. La elaboración de programas o proyectos concretos de acción, así como la movilización y compromisos de la población para llevarlos a cabo, son resultados de esta fase.

Después de haber analizado la información obtenida a través de las diversas técnicas e instrumentos utilizados, la investigadora en la cuarta semana de julio del año 2008, presentó un plan de acción a los participantes, en base a los siguientes ítems: Capacitación a través de sesiones educativas, visitas domiciliarias, talleres de actividad física y labores, controles periódicos de índice de masa corporal y presión arterial, aplicación de cuestionarios propios de este grupo etáreo y finalizando con el reconocimiento al adulto mayor destacado. Cabe recalcar que la investigadora fue sólo facilitadora y los adultos mayores quienes decidieron las actividades realizar.

La investigadora observó además que los adultos mayores tenían mucha disposición por adoptar conductas con efectos positivos, deseos de aprender y cuidar de su salud; por tal motivo en la primera semana de agosto del año 2008, se llevó a cabo el taller de planificación participativa del Programa Educativo junto con los adultos mayores teniendo en cuenta los objetivos que se perseguían alcanzar, y en forma interactiva los adultos mayores junto con la investigadora fueron definiendo el Plan de acción, saliendo a relucir temas concernientes al proceso biológico del envejecimiento, autocuidado, nutrición, actividad física, higiene, automedicación y familia. En este taller se estableció realizar reuniones quincenales en el comedor “Corazones Abiertos” de dicho pueblo joven.

Asimismo, de ellos partió la idea de colocar un nombre al Programa Educativo, que por consenso se denominó “Dulce Atardecer” y cuyos lemas fueron “Más importante que dar más años a la vida, es dar más vida a los años”, “Si lo oigo, lo olvido; si lo veo, lo recuerdo; si lo hago, lo sé”. Posteriormente, en la tercera semana de agosto se realizó la presentación del Programa Educativo (VER ANEXO N°5) y la ejecución de actividades educativas, recreativas y sociales programadas. Los sujetos en estudio además fueron entes activos, contando sus problemas e inquietudes, lo cual permitió a la investigadora seguir motivándolos, así como lograr la confianza de los mismos.

Se realizaron 7 sesiones educativas: La primera y segunda sesión denominada “El proceso de Envejecimiento” y “Promoción de la salud y Autocuidado de las personas Adultas Mayores”, se dio en el mes de setiembre del año 2008. La tercera sesión “Los Años Dorados y la buena nutrición”, en el mes de octubre; la cuarta sesión “Soy feliz haciendo ejercicio, ¡Actívate ahora!”, en el mes de noviembre; la quinta y sexta sesión “Bien aseadito: Feliz, sano y contento”, y “No a la automedicación, Sí a una vida saludable”, en el mes de diciembre; la séptima y última sesión “Creciendo en la afectividad familiar”, se brindó en el mes de enero del año 2009.

Cabe destacar que al inicio de cada sesión se daba a conocer los objetivos que se perseguían alcanzar, se utilizaron métodos y técnicas didácticas como dinámicas de grupo, lluvia de ideas, exposición, diálogo, ejemplificación, experiencias vivenciales, demostraciones y redemostraciones, observación participante y se finalizaba cada sesión con la evaluación, es decir, se realizaban preguntas afines a la temática con la finalidad de verificar comprensión y aprendizaje, donde 5 de 7 participantes contestaban acertadamente y los restantes dudaban en hablar o se quedaban callados, por ello, con palabras de fácil comprensión se reforzaban los temas.

Asimismo, se hacía un recordatorio de la temática anterior antes de iniciar una nueva sesión de aprendizaje con el objetivo de afianzar lo aprendido; se brindaba además folletos de los temas presentados con la finalidad de ser leídos por ellos mismos y por sus familiares. También se llevaron a cabo visitas domiciliarias donde se recalca lo aprendido, se hacía partícipe a la familia, se despejaban dudas, se controlaba además la presión arterial e índice de masa corporal por solicitud de todos los participantes y con la finalidad de conocer el estado nutricional y valores de presión arterial (VER ANEXO N°7). No olvidando también la realización de talleres de actividad física y labores.

En el transcurrir de los meses, desde agosto del 2008 hasta marzo del 2009, se evidenciaba la puesta en práctica de lo aprendido, por ejemplo la ingesta de entrecomidas, frutas, lácteos, menestras y verduras que no faltaba en sus mesas; y ello también se demostraba con los valores normales obtenidos de índice de masa corporal, al pesarlos y tallarlos en las visitas domiciliarias. Se incrementó no sólo el nivel de conocimientos sobre la importancia de la actividad física sino también la puesta en práctica de la misma de una a tres veces por semana; se evidenciaba una higiene óptima de los mismos durante las visitas domiciliarias; la salud bucal de los adultos mayores mejoró gracias a la creación de hábitos como el cepillado de dientes 3 veces al día; se

consiguió disminuir una automedicación desordenada y errónea; y sensibilizar a las familias sobre la necesidad de afecto al adulto mayor.

Una vez concluidas las actividades programadas y el constante monitoreo llevado a cabo en las visitas domiciliarias, en el mes de marzo del año 2009, se procedió a realizar la evaluación participativa, donde a través de visitas domiciliarias se aplicó la entrevista semi estructurada grabando la conversación en cintas magnetofónicas, las cuales tuvieron una duración de 40 a 45 minutos cada una, dichas entrevistas fueron transcritas en un tiempo aproximado de 1 hora cada una, con esto se llegó a conocer los cambios generados por los adultos mayores participantes, evidenciado en los testimonios enunciados por ellos mismos. También se aplicó nuevamente el cuestionario de administración indirecta, obteniéndose cambios muy significativos concordantes con sus testimonios.

Finalmente, en los meses de abril y mayo del año 2009, se incentivó a los adultos mayores a continuar practicando lo aprendido y a sus familiares continuar cumpliendo funciones esenciales como el cuidar y compartir con amor y protección. En cuanto a la premiación del adulto mayor destacado, todos los participantes de una u otra manera contribuyeron a transformar su realidad mejorando su autocuidado, para lo cual, se hizo entrega de certificados a todos, sin excepción alguna, por su destacada labor (VER ANEXO N°8), donde muy alegres reconocieron haber mejorado significativamente su autocuidado.

Fase 6: Recuperación y sistematización de la experiencia: Una vez que se han llevado a cabo y evaluado los programas de acción, se recogen los distintos elementos de la experiencia desarrollada: procesos, resultados, impactos. Para poder cumplir la tarea de esta fase, es necesario que desde el diseño del proceso se establezcan las formas de registro, que permitirán conservar los elementos relevantes del proceso.

La sistematización de la experiencia se realizó a través de un proceso de reflexión colectiva que integra elementos de la teoría que sirvió de marco y de la práctica realizada, reordenándolos y dándoles coherencia, de manera que puedan servir de marco de referencia o guía a otros procesos similares.

El producto de la sistematización es un documento que contiene la descripción y análisis de la experiencia, subrayando las conclusiones y recomendaciones que contienen elaboración de conocimientos. Este documento debe ser difundido, especialmente hacia los actores que pueden ser motores o involucrarse en procesos participativos. Es así que se redactó el informe final con los siguientes ítems: La descripción, análisis temático, consideraciones finales y recomendaciones; y se culminó en el mes de junio del año 2009.

### **2.3. Sujetos de Investigación**

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo como criterios de inclusión a personas adultas mayores de ambos sexos de 60 años a más, todas ellas autovalentes, y que participaran en forma responsable, voluntaria, continua y activa durante todo el proceso de la investigación. Del mismo modo, los seudónimos utilizados fueron de árboles para los varones y flores para las mujeres.

### **2.4. Escenario**

En el presente estudio el escenario fue el Comedor “Corazones Abiertos” del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez y los domicilios de los adultos mayores participantes. El pueblo joven en mención se encuentra ubicado en la zona Nor Oeste del Departamento de Lambayeque, Provincia de Chiclayo. Limita por el Norte, con la Acequia Cois; por el Sur, con la USAT; por el Este, con la Panamericana Norte y por el Oeste, con el Pueblo Joven Rosa Névida.

Asimismo, cuenta con una población dispuesta a mejorar su calidad de vida, tal como empezaron hace 22 años, un 7 de junio de 1985, cuando un grupo de 300 familias decidieron invadir parte del terreno que había pertenecido al ex mercado Huerequeque, que hoy en día es Moshoqueque. De las 300 familias que invadieron, sólo quedaron establecidas 180, las restantes fueron amedrentadas por la policía y demás personas de seguridad.

Las familias que decidieron quedarse lucharon para poder establecerse allí y construir sus viviendas, fue entonces que en 1986, en el gobierno del Presidente de la República Dr. Alan García Pérez, la comunidad decide elegir una junta directiva que los representara en todos los aspectos legales para ser reconocido como pueblo joven, con esta iniciativa proponen el nombre de Luis Alberto Sánchez.

Es así, que el pueblo joven se inició a modo de invasión, siendo sus pobladores provenientes en su mayoría de la costa y en su minoría de la sierra y selva. Hoy, después de 22 años de creación cuenta con la presencia de 520 pobladores; de ellos aproximadamente 20 son adultos mayores. Así también, todos los habitantes cuentan con títulos de propiedad, viviendas construidas de material noble, adobe y mixtas (adobe - material noble), alumbrado eléctrico y servicios de agua y desagüe (28).

Dentro del pueblo joven, encontramos al comedor popular “Corazones Abiertos” que fue creado hace 14 años, un 21 de noviembre de 1993, por un club de Madrid - España a través de una congregación religiosa peruana. Hoy en día, el comedor pertenece a la Parroquia San Juan María Vianney y en donde se brinda desayuno y almuerzo a los adultos mayores de escasos recursos económicos.

## **2.5. Procedimiento de Recolección de los Datos**

La dimensión de las técnicas de recolección de información confrontó a la investigadora a un proceso de toma de decisiones para optar por aquellas técnicas más apropiadas a los fines de investigación.

Dicha decisión guardó estrecha relación con la naturaleza del objeto en estudio, con los modelos teóricos empleados para construirlo y con la lógica paradigmática que la investigadora partió.

La técnica más apropiada para la recolección de los datos fue la entrevista, que consistió en la obtención de información mediante una conversación con los adultos mayores y se basó en las respuestas directas que este grupo etéreo brindó a la investigadora en una situación de interacción comunicativa. Mediante esta técnica se pudo acceder al conocimiento de hechos o situaciones reales, así como a la expresión de deseos, expectativas, fantasías y creencias que forman el mundo interno de las personas (29).

Cabe mencionar que la validación del instrumento estuvo dada por la prueba piloto aplicada a 2 adultos mayores del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez, los que no fueron considerados como sujetos de investigación, y que permitió verificar la comprensión de las preguntas, su viabilidad y modificarlas con palabras más sencillas y entendibles de acuerdo a su nivel cultural.

Dentro de los tipos de entrevista, se hizo uso de la entrevista semi estructurada o centrada, aquí la investigadora utilizó una serie de preguntas (guía temática) abordándolas con cada uno de los participantes. El cometido de la entrevistadora consistió en motivar a los adultos mayores a expresarse con libertad y responder las interrogantes planteadas; así como también en registrar las respuestas mediante una grabadora, en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Posteriormente, dichas entrevistas fueron transcritas en un tiempo aproximado de 1 hora cada una. La entrevista semi estructurada permitió obtener datos más confiables y plantear nuevas preguntas conforme se entrevistaban a los participantes, de acuerdo a la realidad presentada y según las experiencias vividas, lo que ayudó a la investigadora a llegar al objeto de estudio.

En la fase diagnóstica, se aplicaron las entrevistas durante las visitas domiciliarias y en el lapso de un mes; posteriormente después de 1 año 2 meses de participación con los adultos mayores, se procedió a entrevistarlos nuevamente, de esta manera poder valorar los cambios logrados en los participantes.

## **2.6. Análisis de los Datos**

Se procedió a la realización del análisis cualitativo de los datos, una actividad intensa que requirió de la perspicacia e incentivo de la investigadora; y que además, este análisis ordenó un gran volumen de información de modo que fue posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer. Para el análisis de datos se aplicaron los pasos del análisis temático (30). El mismo consistió en analizar cada una de las entrevistas como un todo, realizando una codificación de los contenidos de las mismas.

En la primera etapa de Pre Análisis, se diseñaron y definieron los ejes del plan que permitieron estudiar los datos y realizar el análisis. En esta etapa, se aplicó el instrumento de la investigación, luego se procedió a la transcripción de los discursos para la lectura y relectura de los mismos, tratando de familiarizarse en todo momento con el contenido de los mismos y buscando obtener unidades de significado en relación al objeto de estudio.

En la segunda etapa de Codificación, se realizó una transformación de datos iniciales a datos útiles. Las operaciones implicadas fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos. En esta etapa, una vez determinadas las unidades de significado, se procedió a la agrupación de las mismas según similitud de los contenidos.

En la tercera y última etapa de Categorización, se organizaron y clasificaron las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización en un análisis de contenido temático fue semántico, es decir, se agruparon en las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Igualmente, en esta última etapa la interpretación de los datos permitió a la investigadora conocer e interpretar la realidad reflexionada.

### **2.7. Criterios de Rigor científico**

Para el desarrollo de la investigación científica se puso en práctica los criterios de rigor científico de Lincoln y Guba (31).

- **Confidencialidad:** Consiste en guardar la información en secreto y reserva. La información secreta expuesta por cada uno de los adultos mayores no se hizo pública sin su consentimiento. Caso necesario y con previa autorización fue publicada con el uso de un seudónimo.
- **Credibilidad:** Implica realizar la investigación incrementado la verosimilitud de los resultados y tomando medidas para demostrarla. En la presente investigación, la información que se obtuvo durante las entrevistas y cuestionarios aplicados a los adultos mayores fueron veraces al igual que los resultados. Ello se logró porque la investigadora a través de la observación, trato empático y conversaciones prolongadas con los participantes, recolectó información verdadera sobre lo que ellos pensaban y sentían.
- **Confirmabilidad:** La presente investigación transmitió la objetividad, rectitud y honestidad de la información recolectada.

## 2.8. Criterios Éticos

Durante el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos de Belmont (1998), abordados por Polit (24).

- **Principio de Beneficencia:** Es por sobre todas las cosas “No dañar”. Es inaceptable que a los participantes se les exponga a experiencias que resulten en daños graves o permanentes.

En la investigación no se expuso a los adultos mayores a daños o lesiones físicas ni psicológicas, por lo que todas las actividades que se realizaron marchaban hacia el bien común de todos los participantes.

- **Principio de Respeto a la Dignidad Humana:** Comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. Las personas decidieron voluntariamente participar en el estudio sin el riesgo de exponerlos a represalias o a un trato prejuiciado. Asimismo, se respetó las diversas opiniones y propuestas de los participantes.
- **Principio de Justicia:** Incluye el derecho que la persona reciba un trato justo y a la privacidad antes, durante y después de su participación. En esta investigación se trató a todos los participantes con la misma consideración, sin hacer discriminaciones por raza, ideología, edad, nivel sociocultural, entre otros.

## **CAPÍTULO III**

### **III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Al explorar y analizar las prácticas de cuidado que los adultos mayores realizaban a sí mismos en un inicio (4° fase de Investigación de la realidad social y análisis de la información recolectada extrayendo y relacionando las unidades de significado de los discursos) emergieron cuatro grandes categorías que a continuación se detallan:

#### **1. EL ADULTO MAYOR FRENTE A ESTILOS DE VIDA INADECUADOS**

- Desconociendo el cuidado nutricional**
- Escasa actividad física en el envejecimiento**
- Recurriendo a la automedicación**

#### **2. VIVENCIANDO DESAMPARO FAMILIAR**

#### **3. INSATISFACCIÓN POR DESCONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO**

#### **4. PROPONIENDO ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO**

Posterior a la ejecución de actividades programadas se fueron obteniendo nuevos testimonios de los adultos mayores participantes, en base a los cuales emergieron cuatro nuevas categorías:

**1. MEJORANDO LOS ESTILOS DE VIDA PARA EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR**

**Modificando los perfiles nutricionales en el adulto mayor**

**Beneficiando la salud mediante la actividad física**

**La higiene como pilar de autocuidado en el adulto mayor**

**De la automedicación a la precaución**

**2. DEL DESAMPARO A LA PROTECCIÓN FAMILIAR**

**3. EXPRESANDO SATISFACCIÓN EN EL AUTOCUIDADO REALIZADO**

**4. DESEO DE SEGUIR PARTICIPANDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR**

A continuación se describen y analizan cada una de las categorías que emergieron antes de la ejecución de las actividades programadas con sus respectivos testimonios:

### **1. EL ADULTO MAYOR FRENTE A ESTILOS DE VIDA INADECUADOS**

Cada persona tiene estilos de vida propios que según Sánchez (32) denomina como un conjunto de hábitos de la persona respecto a la salud. Se suma a ello Potter (33), quien define a los estilos de vida como formas de vida que incluye estrés, falta de ejercicio e higiene personal y aumento del riesgo de futuras enfermedades; siendo así que para la investigadora los estilos de vida son formas en que vive la persona, es decir, formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas, así mismo estas formas de vida pueden ser o no nocivas para la salud dependiendo de la cultura y creencias de la persona.

La investigadora considera además que en los últimos años para algunas personas estilos de vida significa tener una vida sedentaria, consumir comida chatarra, cafeína (café, refrescos de cola), alcohol, alimentos altos en sodio (sal, embutidos, enlatados), azúcares, frituras, entre otros, lo que conllevaría a padecer múltiples enfermedades; también confirma con investigaciones realizadas sobre la situación actual del adulto mayor en el País (34), que gran mayoría de este grupo etéreo enfrenta una serie de problemas en su autocuidado conllevando a estilos de vida inadecuados como se evidencia en las siguientes subcategorías y testimonios enunciados por los adultos mayores del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez:

#### **Desconociendo el cuidado nutricional**

Para Barrera (35), los procesos metabólicos, fisiológicos y bioquímicos cambian en la medida en que avanza la edad de la persona y

estos cambios tienden a tener un efecto adverso sobre el estado nutricional del anciano. El descenso en la agudeza del gusto, olfato, visión y oído puede interferir con el acto de la deglución y el disfrute de los alimentos. La pérdida de piezas dentarias y la dentadura protésica mal ajustada interfieren aún más con la deglución.

La digestión y absorción de nutrientes se ven afectadas por un descenso en la función gastrointestinal. La masa renal y el número de nefronas funcionantes disminuyen con la edad, lo que en muchos mayores produce menor capacidad de eliminar los productos de desecho metabólico. Así también, disminuye el tamaño del hígado con una pérdida de la capacidad funcional hepática. Cambia además con la edad la composición del organismo. La masa corporal magra, el contenido de agua total y la masa ósea disminuyen, mientras que el tejido adiposo y el volumen plasmático suelen incrementarse. Un menor índice metabólico y un descenso en la tolerancia de los glúcidos hacen al adulto mayor más vulnerable a la obesidad y la diabetes.

Por otro lado, existen factores psicológicos y socioeconómicos que influyen en la nutrición del adulto mayor. El aislamiento social, los recursos financieros limitados, la escasa educación sobre nutrición, la falta de apoyo familiar, la pérdida de seres queridos o de personas encargadas de su cuidado y la menor movilidad debido a limitaciones físicas o aislamiento social pueden, todos ellos, disminuir la disponibilidad de diversos alimentos.

Otro factor importante lo constituye el desconocimiento, se estima que 8 de cada 10 adultos mayores en Lima Metropolitana tienen desconocimiento de como debe ser una alimentación saludable para ellos, y aunado a este problema se encuentra un conjunto de hábitos alimenticios inadecuados que las personas llevan a lo largo de todo su ciclo vital y que muestra sus efectos

de manera más tangible en la adultez mayor. Lo mencionado fue notorio en los adultos mayores del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez y se evidenció en los siguientes testimonios:

*“En la alimentación no me cuido porque no sé que alimentos debo consumir ahora que tengo mis años, me gusta mucho comer frituras, carnes, dulces. Las verduras casi no las como y las frutas de vez en cuando” (Algarrobo)*

*“...mayormente como arroz, pan, comidas fritas y aderezos...” : “A pesar de mis años, no sé que alimentos son adecuados para mi edad” (Azucena)*

Requejo (36), manifiesta que entre las personas adultas mayores circulan generalizaciones en materia nutricional, que son en mayor o menor medida erróneas, se piensa que el adulto mayor tiene que comer menos por el hecho de serlo, sin tener en cuenta el riesgo asociado al padecimiento de deficiencia. También, que los adultos mayores deben comer sin sal, cuando algunos no tienen enfermedades que justifiquen tal medida y comer sin sal puede llevarlos a la anorexia. Muchas personas mayores creen más saludable beber poca agua para no hacer trabajar el riñón, o por temor a retener líquidos y engordar, cuando es aconsejable todo lo contrario.

A través de investigaciones se ha reconocido que el apoyo nutricional es un factor importante en el mejoramiento de la longevidad y calidad de vida del adulto mayor. Krause (37), subraya que en la nutrición geriátrica es importante una buena alimentación para conservar la salud, prolongar la vida de la persona y retardar el umbral de enfermedades degenerativas crónicas del corazón, cáncer, aterosclerosis, hemorragia cerebral, enfermedades renales, diabetes, artritis, osteomalacia y osteoporosis.

Para Medellín (14), la buena nutrición no se puede considerar de ningún modo de forma aislada, guarda estrecha relación con los sentimientos, posición económica, cultura y estado de salud; los cambios, la crisis y la pérdida progresiva de la capacidad de autocuidado, afectan la ingesta alimentaria y estado nutricional, es entonces que las personas

mayores necesitan un apoyo discreto y una comprensión afectuosa, indispensable para inducirlos a seguir las prácticas alimentarias que se les recomienda.

De esta manera, la adecuada nutrición es una de las maneras de optimizar la capacidad o aptitud física, así como la salud corporal y mental del adulto mayor. Diversos autores recomiendan que este grupo poblacional debe ingerir diariamente 3 comidas y 2 entrecomidas; sin embargo, los adultos mayores en estudio sólo consumen tres comidas al día como se evidencia en los siguientes testimonios:

*“...si bien es cierto desayuno, almuerzo y meriendo todos los días, no sé si estoy comiendo bien o mal. Casi no como frutas y la leche de vez en cuando...”*  
(Violeta)

*“... como tres comidas al día, de vez en cuando como frutas y en cuanto al consumo de agua sólo tomo un vaso al día...”* (Begonia)

Cada persona presenta estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados. Si estas costumbres no causan alteraciones en el estado de salud de la persona, se puede seguir manteniéndola; pero de lo contrario no. Es ahí donde el profesional de Enfermería y según Leininger (19), en su teoría sobre los Cuidados Culturales, menciona que la enfermera es aquella que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos humanos a mantener o recuperar su bienestar de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente.

Constituye uno de los cuidados primordiales del profesional de Enfermería en coordinación con un(a) nutricionista, orientar al adulto mayor en su autocuidado nutricional, ya que la ingesta de una alimentación equilibrada es vital, en gran medida preventiva para la aparición de

determinadas enfermedades. El promover un sentimiento de apoyo y cariño hacia nuestros mayores, así como una sensación de autoestima para ellos, puede traducirse en una buena educación nutricional.

### **Escasa actividad física en el envejecimiento**

Aunque en años recientes se ha observado una tendencia positiva hacia el aumento del ejercicio y cada vez hay más adultos mayores concientes de que la actividad es necesaria para la salud, no obstante, muchos aún no hacen el esfuerzo por incrementarla. Otro gran problema es el predominio de los mitos, abundan las concepciones erróneas acerca de la actividad física respecto del envejecimiento: “Uno tiene que estar sano para hacer ejercicio”, “Se necesita ropa y equipo muy especial”, “Estoy demasiado ocupado para hacerlo”. Similares concepciones fueron expresadas por los adultos mayores en las siguientes declaraciones:

*“Uno tiene que estar joven para hacer ejercicio, Yo tengo mi edad para comenzar a hacer ejercicio” : “...casi no tengo tiempo para hacerlo” (Azucena)*

*“...no hago ejercicio, porque a veces no tengo tiempo, me pongo a cocinar, lavar, asear mi casa y así se pasa el tiempo, hasta que llega la noche y me voy a dormir...” (Girasol)*

Cuando las personas dejan su vida activa, disponen de uno de los valores más hermosos y codiciados: el tiempo y teniéndolo a su total disposición se les escapa de las manos, por no saber qué hacer, no estar preparadas para las mil posibilidades de desarrollar sus potencialidades. Esta situación se ha evidenciado también en los siguientes testimonios:

*“...tampoco hago ejercicio, casi no salgo de mi casa, pero me gustaría saber que ejercicios debo y puedo realizar en las tardes, porque a veces no tengo nada que hacer y me voy a dormir o ver televisión” (Algarrobo)*

*“...no hago ejercicio, solo camino al ir al mercado o al hacer mis cosas en el hogar” : “...a mi edad es bueno el ejercicio, lo he escuchado en las noticias pero no lo realizo porque no sé que ejercicios debo de realizar...” (Violeta)*

Desde este punto de vista, Leitón (38) refiere que la edad en sí no

contraíndica ningún ejercicio ni actividad deportiva. Las contraindicaciones o limitaciones parten fundamentalmente de la condición cardiorrespiratoria y/o de alguna enfermedad de la persona que la imposibilite realizarlo. Menciona además que permanecer físicamente activo es la clave para la buena salud al llegar a una edad avanzada y esto es posible manteniendo una actividad física moderada y funcional, donde el adulto mayor puede compensar los cambios físicos propios de la edad. No obstante, aproximadamente sólo una de cada cuatro personas mayores hacen ejercicio con regularidad.

Así también, que la mejor medicina para el esqueleto y los músculos es la actividad. Y su mayor enemigo el reposo. Las personas que realizan ejercicio no sólo viven más, sino que viven mejor. Igualmente, Caballero (39) señala que el ejercicio nos ayuda a mantenernos en forma, a encontrarnos mejor física, mental y anímicamente y a prevenir muchas enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis, obesidad, depresión, ansiedad, todas ellas bastante frecuentes en el adulto mayor. Refiere además que el ejercicio mejora la digestión - nutrición, dado que este grupo etáreo suele presentar deterioro de nutrientes esenciales, como calcio y proteínas; disminuye el estreñimiento, mejora la calidad de sueño, estimula las funciones inmunitarias y defensivas.

El ejercicio retarda el envejecimiento y lo hace más saludable; aumenta la sensación general de bienestar con seguridad y confianza en sí mismo; mantiene la capacidad funcional paliando los cambios en la composición corporal y de esta manera contribuyendo a la autonomía y control de sí mismo; facilita además las relaciones sociales y la autoestima cuando se realiza en grupo. Por el contrario, la vida sedentaria es una muerte parcial que conduce a la abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad.

Por lo mencionado, es evidente el significado de la práctica de ejercicio

en los adultos mayores en estudio para de esta manera optimizar su calidad de vida, mejorando su bienestar general y su vida independiente. El adulto mayor debe asumirlo en su autocuidado como un buen hábito en su estilo de vida sin importarle si lo hizo o no en el pasado.

### **Recurriendo a la automedicación**

Desde la antigüedad y desde el punto de vista de la salud las personas buscan solución a sus dolencias. Más antigua que el hombre es la existencia de las plantas. Desde que él las encontró y probó sus poderes curativos, traspasando épocas y culturas, no ha dejado de usarlas durante toda su existencia. Al pasar los años esta costumbre se ha transmitido de generación en generación y con el tiempo se ha perfeccionado y aumentado el conocimiento de sus propiedades, por ejemplo en la Edad Media los árabes perfeccionaron la destilación de las plantas, surgiendo así las primeras farmacias. Al pasar el tiempo, en el siglo XIX, junto con la aparición del microscopio surge otro tipo de elemento más sofisticado que el primero y mucho más efectivo, los medicamentos.

Los medicamentos son sustancias o preparados de origen natural o sintético, que se elaboran y fabrican en laboratorios farmacéuticos o farmacias para ser administrados a las personas con la finalidad de proteger y recuperar la salud. Sin embargo, los medicamentos pueden tener efectos adversos en la persona sino se utilizan correctamente, como es el caso de la automedicación, que viene a ser el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona sin consultar al médico (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (40) define a la automedicación como la selección y uso de los medicamentos, que no requieren prescripción por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar. Es así que la automedicación ha crecido notablemente en los últimos tiempos,

empíricamente se conoce de la venta indiscriminada de medicamentos sin receta médica en las boticas o farmacias.

Para muchas personas les es más fácil adquirir los medicamentos de esta manera que acudir al médico y obtener la prescripción respectiva. Por otro lado la influencia de personas como familiares o amistades que creen que si el medicamento hizo bien a uno, será efectivo para otro. Quizá si le preguntamos a una persona ¿Qué tomaría Usted si le duele la cabeza?, respondería X medicamento, pero si le preguntamos ¿Sabe Usted el efecto adverso que tiene para su salud tomar ese medicamento? no lo sabría.

Lógicamente existen factores que pueden influir en esta repuesta, como el nivel educativo, cultural o socioeconómico. A continuación se presenta uno de los relatos de los adultos mayores en estudio que acude a la automedicación ya sea por desconocimiento, costumbre, limitados recursos económicos como para acudir al médico o por influencia de otras personas.

*“...cuando a veces me siento mal o me duele mi cabeza, me voy donde mi vecina que sabe algo de medicina, y ella me dice que debo tomar; luego voy a comprar y me pasa” (Azucena)*

Según un estudio realizado por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (40), el grupo etáreo de los adultos mayores es considerado como uno de los más propensos en automedicarse, lo que aumenta el riesgo de sufrir interacciones medicamentosas sin mencionar el deterioro propio de la edad que produce cambios en el organismo que pueden influir en la absorción, distribución, metabolización y excreción de los medicamentos.

También hace alusión a los riesgos de automedicarse, como enmascaramiento de la enfermedad, agravamiento o prolongación de ésta, resistencia a los fármacos utilizados o llegar incluso hasta la dependencia,

como también originar trastornos como son reacciones alérgicas, gastritis, infecciones crónicas, intoxicación, convulsiones, irritabilidad, sobredosis, entre otros. Sin olvidar que no sólo puede ocurrir al consumir medicamentos, sino también al usar hierbas o mezclar estos dos tipos, lo que es evidente en el siguiente relato:

*“...cuando siento dolor ya sea de cabeza, espalda, de todo el cuerpo voy donde la farmacia y me recetan doloflán, o sino voy donde los remedios del mercado y compro hierbitas...” (Algarrobo)*

La medicina tradicional, también denominada medicina alternativa o complementaria, abarca una amplia variedad de terapias y prácticas que varían entre países y regiones; se viene utilizando desde hace miles de años y ha mantenido su popularidad en todo el mundo. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo.

Según los resultados sobre Medicina Tradicional obtenidos por el INEI, del 100% de jefes de hogares encuestados, el 4,7% tuvo acceso a especialistas de medicina tradicional como son huesero, hierbero, curandero, chamán o médico naturista; y las razones fueron porque es más económico, por costumbre, mayor confianza, creencia, ignorancia y falta de educación. De los especialistas en medicina tradicional, los hierberos ocuparon el segundo lugar (36,8%), y en cuanto a opiniones de eficacia, los porcentajes de opinión positiva, es decir "curan", la refirió el 48,3% de jefes de hogar. Una opinión negativa fue referida por el 36,5%, es decir los jefes entrevistados opinaron que "no curan". Un 15,2% respondió "no sabe" (41).

De lo mencionado anteriormente se puede constatar que algunos de los adultos mayores en estudio acuden al consumo de hierbas, como se evidencia en las líneas siguientes, y ello tal vez por creencia de su eficacia, economía, grado de instrucción, costumbre, entre otros; no sabiendo que

estas sólo contribuyen a aliviar sus dolencias en forma momentánea, esto lo confirma Potter (33) quien hace reflexionar que el uso de hierbas medicinales tiene ventajas pero también desventajas ya que existen algunas plantas medicinales que contienen sustancias tóxicas y carcinógenas.

*“...me voy al Modelo y pregunto que es bueno para mis riñones y me dan hierbitas para la inflamación...” (Nogal)*

*“...cuando a veces me enfermo, por ejemplo de la gripe o me duele la cintura, me voy a los remedios y compro mis hierbitas que creo que me hacen bien...” (Violeta)*

Cabe destacar que en la Teoría del Autocuidado de Orem, las personas tratan de buscar su bienestar e independencia frente a sus necesidades a través del propio autocuidado, y en el estudio se logra apreciar que cuatro de los siete adultos mayores se automedican, o sea, tratan bajo sus propios medios de restablecer su salud, buscando soluciones alternativas y recibiendo ayuda de terceras personas sin poseer conocimientos de medicina o farmacología (19).

Sin embargo, el otro modelo utilizado en la presente subcategoría es el de Creencias en Salud de Hochbom, donde en este caso explicaría las conductas de las personas frente al sentimiento de angustia provocado por una amenaza, que sería una enfermedad o los síntomas de ella (40).

Por lo que las personas basan su comportamiento según la fe que poseen en el tratamiento otorgado, y como se pudo apreciar en el estudio la gran mayoría la tenía. Pero en esto influye mucho el nivel socioeconómico y educacional que posean, ya que el conocimiento que tengan va a determinar el actuar y el nivel de vulnerabilidad que presenten. Además no hay que olvidar unas de las variables, el factor externo, que en este caso pueden ser los consejos de terceras personas, los avisos en la televisión que influyen en el actuar de la población frente a la automedicación.

Por lo tanto, los adultos mayores si son una población de riesgo de la cual hay que preocuparse, aún más, cuando los conocimientos de la población son escasos, donde el factor sociocultural influye en gran medida en el nivel de automedicación y los productos utilizados para ello. Es por eso que el profesional enfermero(a) no debe olvidar esta parte del rol, “educación” y contribuir así a disminuir una automedicación desordenada y errónea en este grupo etáreo.

## **2. VIVENCIANDO DESAMPARO FAMILIAR**

La familia es el lugar insustituible para formar al ser humano íntegro, para configurar y desarrollar la individualidad y originalidad del mismo siendo vital y trascendental para el pleno desarrollo de la calidad de vida de las personas; cuando este lazo familiar se desintegra afecta directamente a su estado emocional, espiritual, económico y demás dimensiones, en donde las relaciones están en directo conflicto o simplemente existe una indiferencia total, originando desequilibrio en la vida de la persona para abastecer necesidades y así afecta directamente la calidad de vida del ser humano.

En la persona adulta mayor, la familia cobra un significado especial porque ocupa el primer lugar como fuente de amor y confianza, es la proveedora principal de sus cuidados y fuente de sostén preferida; constituye un eslabón de defensa de sus relaciones sociales y es el área de vida más importante para él junto con la salud. La vida de la mayoría de las personas de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellas y a quienes estas se sienten cercanas.

Los esposos de edad avanzada valoran el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos como también el respeto y los intereses comunes. Sin embargo, nos damos cuenta que el desinterés y la indiferencia por parte de algunos hijos hacia sus padres, se evidencia cada día más, y esto se confirma con los testimonios que a continuación se presentan, afectando muchas veces a su estado emocional, psicológico y hasta físico, que

conllevaría a un desequilibrio en su calidad de vida; por ello no debemos olvidar que es esta etapa de la vida que necesita de más amor y protección, ya que durante toda nuestra existencia nos prodigaron lo mejor de sí con abnegación.

*(Con voz quebradiza y mirada triste) "...yo y mi señora nos vemos junto; los viejos de ahora que somos, esperanza de hijos no tenemos, ellos se preocupan de sus deberes, y no tienen tiempo de conversar con uno..." ∴ "Me gustaría que mis hijos estén más pendientes de nosotros" (Algarrobo)*

*"...mis hijos casi no participan en mi cuidado. Me gustaría que hubiera alguien quien me vea, atienda, pero no tengo a nadie. Estoy sola. Me hace falta una hija para que ella me viera..." ∴ (Con mirada triste responde) "Tengo dos hijos, uno vive con su familia y de vez en cuando viene a visitarme, el otro vive conmigo, trabaja todo el día y sólo nos vemos por las noches..." (Azucena)*

Desde este punto de vista, la insatisfacción de necesidades básicas y de afecto por parte de la familia originaría en los adultos mayores posibles respuestas de encierro, aislamiento, angustia y hasta depresión. Autores como Rocabruno y Col (42), plantean que resulta importante la protección que reciba el adulto mayor de su familia porque esta constituye el pilar fundamental de su vida. Explica además que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y la seguridad de las personas mayores.

Por ello, es muy importante recalcar que la familia es la responsable de garantizar un entorno que compense las pérdidas de esa etapa de la vida, pero sin sobreprotección, ni marginación. Reconocer la importancia del adulto mayor en la familia es reafirmar su autoestima y ofrecerle un nuevo significado a su existencia para prolongar sueños y esperanzas. Ese medio familiar es el que favorece un adulto mayor para sí y para la sociedad, y garantizará una larga vida con calidad física y mental.

### **3. INSATISFACCIÓN POR DESCONOCIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO**

Los adultos mayores autovalentes tienen capacidad de realizar actividades de autocuidado, adquirir conocimientos por medio de las experiencias de la vida cotidiana y de las situaciones que afectan su salud; sin embargo, en muchos de ellos se evidencia estilos de vida insanos y ello por desconocimiento en las prácticas de autocuidado como son nutrición, actividad física, higiene, entre otros, lo que conllevaría a generar sentimientos de insatisfacción, como es el caso de los adultos mayores en estudio que en líneas siguientes se detallan sus expresiones; y ello debido al bajo nivel educativo, escasos recursos económicos y con difícil acceso al Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud.

*“...no me encuentro satisfecho en mi cuidado (Se queda pensando), porque a pesar de mis años no tengo conocimiento de cómo cuidarme yo mismo, por ejemplo en mi comida, en mi aseo, me lavo los dientes una vez al día y me baño dejando un día...” (Algarrobo)*

*“...la verdad (Con mirada triste responde) no me siento satisfecha con el cuidado que yo me realizo a mí misma, porque sé que a esta etapa de mi vida, necesito de otros cuidados, no son iguales que de los jóvenes y yo no sé casi que cuidados debo realizarme, tengo mucho que aprender a pesar de mi edad” (Nogal)*

*(Respira hondo y con lágrimas en sus ojos) “...no me siento satisfecha con el cuidado que yo me realizo a mí misma, porque sé que me falta saber como cuidarme para estar bien. Que alimentos debo comer para no enfermarme” (Azucena)*

Ante la insatisfacción de los adultos mayores por desconocimiento en el autocuidado, es necesario que ellos deban beneficiarse de la educación sanitaria. Desde este punto de vista, Pérez (43) define la educación sanitaria como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables. Es además un instrumento de trabajo de valor incalculable para mantener y mejorar el nivel de salud de la población; esto quiere decir que sus ámbitos de aplicación correspondientes deben abarcar tanto al nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria y, por tanto, a la persona sana como enferma.

De los tres niveles mencionados, se centra los relatos de los adultos mayores al nivel de prevención primaria, que tiene como principales objetivos el mantenimiento y la promoción de la salud, dirigiendo sus esfuerzos hacia el establecimiento de programas destinados a erradicar hábitos de vida insanos; así como a potenciar aquellos que ayudan a mantener y elevar el estado de salud.

Cabe destacar que la educación sanitaria en la última etapa de la vida, en los distintos niveles de prevención, contribuye a la consecución de objetivos como son el de mejorar su calidad de vida y mantener al adulto mayor en su medio ambiente habitual, favoreciendo la adaptación, integración familiar y la reinserción social en lugar de interrumpirla; propiciando, en este colectivo, hábitos de vida saludables y dotándoles de recursos a través de la información y el proceso de aprendizaje, que les permita llevar una vida más saludable y con mayor independencia.

La educación sanitaria persigue además que el adulto mayor y su familia sepan cómo contribuir a mantener su nivel de salud, ocupar su tiempo, preocuparse, o mejor, ocuparse de algo (su propio cuidado); en definitiva, se trata de dotarle de un rol de responsabilidad en el mantenimiento de su salud. Asimismo, no debe considerarse únicamente al adulto mayor como receptor de la educación sanitaria, pues también puede intervenir como sujeto activo de la misma, potenciando de esta manera su propia autoestima, identidad y el sentimiento de utilidad social, al dotarle de una verdadera responsabilidad.

#### **4. PROPONIENDO ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO**

La investigadora al conocer la problemática expresada por los adultos mayores mediante el taller de diagnóstico situacional participativo e instrumentos utilizados como la entrevista semi estructurada a profundidad y el cuestionario de administración indirecta, informó a los adultos mayores

sobre la investigación y se solicitó su consentimiento para participar, además se dio a conocer el objetivo general de mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez. La investigadora motivó a los participantes a descubrir que los problemas pueden ser solucionados con su participación activa, quedando priorizado el problema a atender y recalcando la importancia que tiene para la persona el saber cuidarse a sí misma.

En base al diagnóstico identificado, se estableció realizar reuniones quincenales en el comedor “Corazones Abiertos” de dicho pueblo joven. Asimismo, después de haber analizado la información obtenida a través de las diversas técnicas e instrumentos utilizados, la investigadora presentó un plan de acción a los participantes. Cabe recalcar que la investigadora fue sólo facilitadora y los adultos mayores quienes decidieron las actividades a realizar. A continuación se presentan las declaraciones que así lo expresan:

*“...me gustaría saber cómo y qué ejercicios debo realizar a diario; poder hacer algo en las tardes, porque casi no hago nada; que alimentos debo comer para no enfermarme. Saber como cuidarme yo mismo, de manera segura y sentirme bien” (Algarrobo)*

*“Quisiera tener más conocimiento, saber en cuanto a cómo cuidar mi salud: En el aseo, ejercicios, alimentación, porque al yo saber y practicarlo me haría mucho bien, a mí y a mis hijas, también sentirme más segura de lo que yo sola puedo hacer” : “...también ser más conciente, quererme, y hacer lo que debo de hacer y que no” (Orquídea)*

*“...tener conocimiento de que alimentos son adecuados para mi edad; asistir a charlas para saber como cuidarme, también para que mi mente se mantenga activa...” : “...saber que ejercicios puedo realizar a mi edad para mantenerme sana...” (Girasol)*

La investigadora observó que los adultos mayores tenían mucha disposición por adoptar conductas con efectos positivos, deseos de aprender y cuidar de su salud; por tal motivo, se procedió a elaborar un Programa Educativo junto con los adultos mayores teniendo en cuenta los objetivos que se perseguían alcanzar, y en forma participativa los adultos mayores junto con la investigadora fueron definiendo el Plan de acción para lograr los

cambios que se consideraban convenientes y necesarios a fin de que este grupo etéreo en estudio alcance mejorar su autocuidado.

Anzola (12), menciona que el aprendizaje y el autocuidado son dos actividades estrechamente vinculadas. El proceso educativo se convierte en el elemento básico e indispensable para el desarrollo de potencialidades de las personas en el cuidado de su salud. Considera también que muchas de las conductas convenientes para la conservación de la salud se aprenden a través de la educación informal y del modelaje. Sin embargo, cuando se habla de modificar conductas de salud se debe preparar a las personas intelectual y emocionalmente para que adopten una actitud y conducta favorables; y esto es posible a través de un diálogo educativo.

En el proceso de aprendizaje se hace necesario recordar el Modelo Andragógico de Knowles para el aprendizaje de los adultos, que señala aspectos fundamentales de este proceso (40). El mismo se basa en los siguientes postulados: La necesidad de conocer, que tiene su fundamento en la razón por la cual las personas quieren conocer y aprender; El autoconcepto, se sostiene en la forma en que los adultos se perciben a sí mismos y desean ser percibidos. Se sienten personas capaces de tomar sus propias decisiones, responsabilizarse de ellas y por sus vidas. La experiencia, determinada por la edad la cual aumenta la experiencia individual de vida. Por su tipo de disposición los adultos se sienten orientados a aprender lo que les resulta de utilidad, y la motivación, constituye el elemento determinante de aprendizaje.

Otros aspectos o factores importantes en el proceso de aprendizaje del adulto mayor es el sistema de valores, creencias y cultura. Uno de los modelos más conocidos y utilizados en la educación para la salud en este grupo etéreo es el de creencias relativas a la salud. Ellos adoptarán algunas conductas si creen que lo que harán será positivo para su salud y bienestar. También, la forma de autocuidarse está influenciada por la edad, nivel de

instrucción, estado de salud, estado civil, roles que desempeña, entre otros. Como el envejecimiento es individual, es importante tener en cuenta la autoestima, el autoconocimiento y la autodeterminación, los cuales son considerados como componentes básicos del autocuidado.

Teniendo en cuenta los postulados mencionados anteriormente, que ayuda a la persona a convertirse en el motor y protagonista de su propio aprendizaje, se procedió a ejecutar las actividades educativas, recreativas y sociales programadas en dicho comedor (VER ANEXO N° 5). Los sujetos en estudio además fueron entes activos contando sus problemas e inquietudes lo cual permitió a la investigadora seguir motivándolos, así como lograr la confianza de los mismos. En las sesiones educativas también se incorporó a los miembros de familia de los adultos mayores participantes, ya que según expresa Leytón (38), la familia se convierte en una excelente fuente de apoyo y refuerzo para las acciones que se emprendan con ellos, a fin de ayudar a este grupo etéreo a convertirse en su propio agente de autocuidado.

Si bien es cierto, el grupo de trabajo estuvo conformado solamente por 7 adultos mayores, todos ellos estuvieron muy motivados, alegres, deseosos de aprender, preguntando en todo momento las inquietudes surgidas y lo desconocido. De ellos partió la idea de colocar un nombre al Programa Educativo, que por consenso se llamó “Dulce Atardecer” y cuyos lemas fueron “Más importante que dar más años a la vida, es dar más vida a los años”, “Si lo oigo, lo olvido; si lo veo, lo recuerdo; si lo hago, lo sé”.

Es importante destacar que el optimismo y la actitud de hacer frente a las cosas son más importantes para conseguir un envejecimiento exitoso, así como una buena actitud es casi una garantía de un buen envejecimiento. Asimismo, de acuerdo a las teorías del envejecimiento, la propuesta por Havinghurst (10) en la teoría de la Actividad, afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación, que es la clave para la

satisfacción y la autorrealización, por lo tanto, recalca que la actividad social es esencial para el funcionamiento de la persona de edad avanzada y que la continuidad de las funciones sociales es imprescindible para mantener el autoconcepto positivo, lo cual implica una correlación directa entre la satisfacción con la vida, asumiendo múltiples funciones y actividades sociales.

Posterior a la ejecución de actividades programadas se fueron obteniendo nuevos testimonios de los adultos mayores participantes, en base a los cuales emergieron cuatro nuevas categorías que a continuación se detallan:

#### **1. MEJORANDO LOS ESTILOS DE VIDA PARA EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR**

Los estilos de vida ofrecen una visión más completa e integral de la persona, considerando de esta forma que deba optar por acciones que dirijan la promoción de estilos de vida saludables, originándose estos a través del cambio de conductas negativas, confirmándolo Nola Pender, quien señala que los intentos de cambio deben pretender la suspensión de conductas nocivas para la salud a la adopción de conductas saludables. Por ello, las personas deben procurar llevar una vida equilibrada y para lograrlo es necesario formarnos un plan apropiado de vida (prevención) que incluya además una buena dieta alimenticia, buenos hábitos de ejercicios, entre otros, para así evitar posteriormente el riesgo de padecer futuras enfermedades.

Es así que los adultos mayores en estudio llevaron consigo en un inicio estilos de vida inadecuados como se evidenciaron en las subcategorías anteriores; sin embargo, teniendo en cuenta los conocimientos, cultura, valores, creencias, hábitos y prácticas que caracterizaron sus formas de vida y respetando creencias, preferencias, particularidades e idiosincrasia, sin

intentar cambiar, modificar o alterar comportamientos ni sistemas de valores siempre y cuando sus conductas no constituyan un riesgo para su integridad, se procedió a la ejecución de actividades programadas (VER ANEXO N°5) a través del proceso de enseñanza - aprendizaje con metodología participativa.

Se impartieron sesiones educativas como: “El proceso de Envejecimiento”; “Promoción de la salud y Autocuidado de las personas Adultas Mayores”; “Los Años Dorados y la buena nutrición”; “Soy feliz haciendo ejercicio, ¡Actívate ahora!”; “Bien aseadito: Feliz, sano y contento”; “No a la automedicación, Sí a una vida saludable”; “Creciendo en la afectividad familiar”. Así como también dinámicas de grupo, experiencias vivenciales, demostraciones, redemostraciones, controles de presión arterial e índice de masa corporal, taller de labores, celebración de fechas importantes como el Día de la Madre, visitas domiciliarias y monitoreo desde el inicio hasta el final de la investigación; emergiendo de esta manera cambios de conducta, que a continuación se detallan, y asumiendo el grupo en estudio voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de la propia salud, adoptando de esta manera estilos de vida saludables.

#### **Modificando los perfiles nutricionales en el adulto mayor**

La atención nutricional debe estar encaminada a garantizar una adecuada alimentación del adulto mayor de acuerdo con sus necesidades y posibilidades. Siempre debe prevalecer el respeto a las opiniones de los mayores respecto a su propia alimentación; de la misma forma, es a través de procesos educativos que se deben propiciar cambios en el estilo de alimentación de las personas mayores, los cuales deben adoptarse de forma voluntaria y respetarse la decisión (44).

Desde este punto de vista, la dieta como factor de riesgo para el desarrollo de la mayoría de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles en la etapa del adulto mayor puede modificarse y convertirse

en un factor protector en vez de ser un factor de riesgo; para lo cual se requiere de una sólida educación con una adecuada orientación nutricional, logrando de esta manera cambios positivos en su estilo de alimentación.

Por tal motivo y teniendo en cuenta los testimonios expresados por los adultos mayores antes de la ejecución de actividades programadas, se procedió a brindar una sesión educativa denominada “Los Años Dorados y la Buena Nutrición” con el objetivo de reconocer y comprender que la nutrición adecuada en la persona adulta mayor debe ser de acuerdo a sus requerimientos e individualidades y además, describir las medidas de autocuidado para una nutrición saludable. Al finalizar la sesión brindada los adultos mayores muy contentos y a través de la propuesta de ellos mismos de preparar una ensalada de frutas se procedió a realizarla, donde luego de consumirla mencionaban que iban a poner en práctica lo aprendido y lo más importante era comer en calidad y no en cantidad.

Igualmente, en las visitas domiciliarias se recalca la importancia de una adecuada nutrición, también se procedió a tallarlos y pesarlos, que si bien es cierto en su mayoría obtuvieron un índice de masa corporal normal (20 a 23), uno de los participantes obtuvo un índice de masa corporal de 19, lo que indicaba bajo peso, para lo cual se le informó y también a su familia de la importancia de una alimentación balanceada y la ingesta de tres comidas y dos entrecomidas al día, luego se le proporcionó un menú ejemplar.

Con el transcurrir de los meses se evidenciaba en los participantes la puesta en práctica de lo aprendido, por ejemplo la ingesta de tres comidas y dos entrecomidas al día, frutas, lácteos, menestras y verduras que no faltaba en sus mesas. La grande satisfacción fue que después de 1 año de intervención se evidenció incremento de peso en el adulto mayor con bajo peso, y todos los adultos mayores en estudio con valores normales de índice de masa corporal. Finalmente en el lapso de 1 año 2 meses se realizó una nueva entrevista al grupo en estudio, donde expresaron los siguientes testimonios:

*(Facies sonriente) “Ahora en la alimentación ya sé como cuidarme, como cinco comidas al día, las frutas y verduras las como a diario, gracias a Dios no me faltan; lo que gastaba en carne de res y frituras, ahora lo gasto en queso, leche, pescado, menestras” (Algarrobo)*

*“He aprendido que lo más importante no es comer en cantidad, sino en calidad”.: “...antes no comía frutas, mayormente comidas fritas y aderezos; ahora ya no, sé que a mi edad me hace daño, ahora como frutas de la estación, son más económicas y mi comida es más variada y saludable...” (Azucena)*

*“Como tengo presión alta, ahora me cuido más en mi alimentación, usted me controló mi peso y me dijo que estaba bien, ahora hago todo lo posible por no subir de peso; he disminuído la sal y grasas en mis comidas, sé que me hace daño”.: (Mirada alegre) “...ya no me olvido de comer mis frutas y verduras todos los días...” (Orquídea)*

*“Me siento muy alegre, estoy bien con mi peso, ahora tomo cinco vasos de agua al día, antes sólo tomaba uno; mis frutas no faltan en mi mesa, me las compran mis hijitos y no se olvidan de dos entrecomidas entre el desayuno, almuerzo y merienda”.: “...ahora sí sé la importancia de la buena alimentación a nuestra edad...” (Begonia)*

Estos testimonios corroboran lo reportado por Rosas (45) en su investigación, quién comprobó que posteriormente al desarrollo del Programa Educativo, éste influyó mejorando el nivel de autocuidado en la práctica de alimentación y peso corporal. Desde este punto de vista, los testimonios del grupo en estudio comprueban cambios obtenidos en el lapso de un año; y ello porque aplicaron los conocimientos adquiridos, modificando sus perfiles nutricionales, es decir, mediante el consumo de una alimentación rica, nutritiva y balanceada.

**Beneficiando la salud mediante la actividad física**

Considerando el sedentarismo evidenciado en los adultos mayores, los relatos expresados, y que el ejercicio físico es el conjunto de movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma física y gozar de buena salud, por ejemplo montar bicicleta, practicar aeróbicos, danzar, entre otros; se motivó al grupo en estudio a promover la actividad física, buscando de esta manera desarrollar habilidades personales, facilitando un mayor control sobre su salud y mejorarla; como también lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que puedan tener la posibilidad de identificar y lograr satisfacer necesidades y hacer frente a su entorno.

Se procedió a la ejecución de actividades donde se dio a conocer la importancia de la actividad física y de sus beneficios como una magnífica ayuda para la estructura ósea, disminución de depresiones, rejuvenecimiento, reducción de los niveles altos de colesterol, mejora de la autoestima y del sueño, fortalecimiento del cuerpo, entre otros; como también de la ejecución de talleres de ejercicios en el comedor y en sus domicilios en el lapso de un año, emergiendo los siguientes testimonios que a continuación se presentan:

*“Ahora sé que para hacer ejercicio, no es necesario estar joven, Yo tengo mis años y también puedo hacerlo...”:“...antes decía no tengo tiempo para hacerlo, porque veía mi televisión, ahora en las tardes a las 4 ó 5 me pongo a hacer mis ejercicios, que usted nos ha enseñado, con mis nietitos...” (Azucena)*

*“...después que en el comedor nos enseñó los ejercicios que debemos hacer y nos dio el cuadernito de ejercicios, en las mañanas bien temprano o sino en las tardes ya no me voy a dormir, sino me pongo a hacer mis ejercicios o salgo a caminar un rato, luego que los hago me siento bien...” (Algarrobo)*

*“...antes pensaba que hacer ejercicio me iba a hacer daño o doler mi cuerpo por mi edad; ahora que estoy haciendo mis ejercicios de cabeza, cuello, hombros, brazos, piernas, siento que no me hace daño, sino me relaja y lo estoy haciendo tres veces por semana...” (Nogal)*

Cuando las personas dejan su vida activa, disponen de uno de los valores más hermosos y codiciados: el tiempo, y teniéndolo a su total disposición se les escapa de las manos por no saber qué hacer, no estar preparadas para las mil posibilidades de desarrollar sus potencialidades, eso se evidenciaba en un principio, es decir antes de la ejecución de actividades programadas, ahora ya no, y se comprueba en los siguientes relatos:

*“Antes me ponía a lavar, asear mi casa hasta que llegaba la noche; ahora ya no, yo me organizo, tres veces a la semana hago mis ejercicios o salgo a caminar con mi hija o mi comadre y así me distraigo” :“...no me olvido que el ejercicio ayuda a distraernos, mejora el ánimo y como usted nos dijo la calidad de vida...” (Girasol)*

*(Facies alegre) “Antes no hacía ejercicio porque no sabía que ejercicios hacer, ahora no sólo los sé, sino también lo practico en las tardes” :“...siento que cuando hago ejercicio duermo mejor y me despierto más activa...” (Violeta)*

Este cambio de nivel en el grupo de estudio se relaciona con la toma de conciencia que han adoptado los adultos mayores al incrementar no sólo el nivel de conocimiento sobre la importancia de la actividad física; sino también, en la puesta en práctica de la misma, modificando de esta manera hábitos, modos de vida y mejorando significativamente el nivel de autocuidado en la actividad física.

### **La higiene como pilar de autocuidado en el adulto mayor**

La piel sana sin alteraciones es la primera línea de defensa del cuerpo contra las infecciones y lesiones de los tejidos: Regula la temperatura corporal. Es órgano sensorial (dolor, tacto, presión y temperatura), además, es un medio para la eliminación de desechos y participa en el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos. A medida que la edad del adulto aumenta ocurren cambios en su piel y anexos que pueden alterar o disminuir sus funciones. Por lo tanto, es necesario para la salud en general conservar su buen estado y buenas prácticas de higiene en todo momento de nuestra vida para favorecer la seguridad, comodidad, confort y bienestar de la persona (38).

El mantener un cuerpo limpio no es únicamente de valor estético, sino que fomenta nuestra estima por parte de las demás personas; así como también, la buena conservación de nuestros dientes ayuda a evitar la acumulación de placa bacteriana, por ende la formación de caries, a una buena masticación, digestión y nutrición, favoreciendo la mejor comunicación y calidad de vida. Por consiguiente, la importancia de la higiene en la etapa del adulto mayor es que interviene en la conservación de su salud favoreciendo la evaporación de malos olores que acompañan la presencia de microorganismos patógenos y fomentando la no aparición de enfermedades.

Por tal motivo y al evidenciar en las visitas domiciliarias a los adultos mayores en regular estado de higiene con uñas de manos y pies sucias sin recortar; así como los relatos de cepillarse los dientes una vez al día y bañarse dejando un día, aunado a ello el desconocimiento de adecuadas prácticas de higiene, se procedió a brindar la sesión educativa denominada “Bien aseadito: Feliz, sano y contento”.

En dicha sesión el objetivo fue conocer y poner en práctica las medidas de autocuidado en la piel, cavidad bucal y pies; también se realizó la

demostración y redemostración del cepillado de dientes, lavado de manos y pies, favoreciendo de esta manera el aprendizaje, refuerzo de actitudes, y participación activa de los adultos mayores, quienes desconocían la importancia de la higiene y la puesta en práctica de la misma a diario. Luego de la ejecución de la actividad programada, de las visitas domiciliarias constantes en donde se recalca la importancia de la misma, y de las entrevistas realizadas post ejecución de actividades, emergieron los siguientes testimonios:

*“Me lavo las manos antes y después de preparar y comer mis alimentos, no me olvido del lavado de manos que usted nos ha enseñado” .:“...ahora me lavo mis dientes tres veces al día, me baño con agua tibia, no me olvido de lavarme mis pies todos los días y me los seco bien con mi toalla...” (Violeta)*

*“No me olvido de lavarme mis dientes todos los días, tres veces, al levantarme, al medio día y al acostarme; me baño todos los días con agua tibia y me lavo mis manos antes y después de ir al baño y comer mis alimentos...” (Algarrobo)*

*“Me lavo mis dientes tres veces al día, antes me lavaba de vez en cuando; me lavo mis pies a diario, me los seco bien, corto mis uñas una vez a la semana, y uso mis cremas que mi hijita me ha comprado, todos los días” (Orquídea)*

Los relatos expresados por el grupo etéreo en estudio y la evidencia de una higiene óptima de los mismos en las visitas domiciliarias, confirmaron el mejoramiento del autocuidado con relación a la higiene corporal y bucal; originando de esta manera toma de decisiones hacia el cambio, participación óptima en su autocuidado, constancia y sensación de bienestar.

### **De la automedicación a la precaución**

La automedicación se ha definido por muchos autores, entre ellos Laporte (46), como el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico. Sin embargo, la utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios a la persona que los ingiere, más aún si es adulta mayor.

Los analgésicos y los antibióticos son dos de los grupos farmacológicos más usados en automedicación, tanto uno como otro presentan posibles riesgos individuales y colectivos. Uno de los riesgos del uso habitual de los analgésicos simples es la nefritis intersticial; se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1.000.000 es atribuido al consumo de analgésicos. Así también, el uso de antibióticos conlleva sin prescripción médica a la generalización de las resistencias bacterianas (47).

Por tal motivo, para conseguir revertir este hecho debemos desarrollar e impartir medidas informativas y educativas, ya que es la única vía para corregir estos riesgos. Es así, que teniendo en cuenta la problemática existente y habiendo evidenciado la automedicación por parte del grupo de adultos mayores en estudio, se procedió a brindar una sesión educativa denominada “No a la automedicación, Sí a una vida saludable”, en donde se recalcó el por qué no automedicarse en la etapa de la adultez mayor y la importancia de acudir al centro de salud ante una molestia presentada en lugar de ir al familiar, vecino o farmacia cercana. Luego de la sesión brindada, los adultos mayores quedaron convencidos de por qué no automedicarse, ello se manifestaba en sus expresiones.

Igualmente en posteriores sesiones brindadas y en las visitas domiciliarias se recalca respecto al tema, tanto a ellos como a sus familiares. La información impartida, como decía Laporte (46) que es la única vía para evitar la automedicación, conllevó a la concientización por parte de los adultos mayores y ello quedó evidenciado en los siguientes testimonios:

*“Antes iba donde los remedieros a comprar hierbitas que a veces me hacían bien, ahora sé que no es bueno tomar cualquier cosa por más barata que sea, prefiero ir al centro de salud de Túpac Amaru o al CIS de la USAT y ahí atenderme por el doctor...” (Algarrobo)*

*“...antes iba donde mi vecina, ella me decía que debo tomar, ahora sé que eso se llama automedicarse, porque ella no es doctora...” ∴ “...por mi hijito tengo*

*seguro en el Almanzor y cuando me sienta mal voy a ir ahí, así no me automedico que es malo para mi salud y para mi edad...” (Azucena)*

*(Mirada pensativa) “...Yo iba a la farmacia por ser más cerca y me recetaban doloflán y otras medicinas; ahora sé que eso es automedicarse y es malo a mi edad, sólo el doctor puede decirnos que debemos tomar y qué no...” (Violeta)*

*“Antes iba al Modelo y me daban hierbitas, tenía fe en ellas”.: “...pero ahora sé que por más fe que tengamos, no debemos tomar cualquier cosa, a mi edad me puede hacer mal; es mejor ir al doctor porque ellos saben qué es bueno y qué es malo...” (Nogal)*

Con los testimonios anteriores se puede decir que solamente mediante una actitud educativa, personas informadas y convencidas como el grupo en estudio, se logró disminuir una automedicación desordenada y errónea e influir directamente sobre su entorno familiar y de amistades. No olvidemos que la automedicación debería ser entendida como la voluntad y la capacidad de las personas para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen.

## **2. DEL DESAMPARO A LA PROTECCIÓN FAMILIAR**

Un rasgo definitorio de muchos adultos mayores en la actualidad es el sentimiento de soledad, originado por la dilución de las relaciones entre los seres queridos y ello debido a la incomunicación, el estrés y la estructura laboral que absorben energías y tiempo. Dicho contexto quedó evidenciado en la segunda categoría “Vivenciando desamparo familiar”, por ende en los testimonios de los adultos mayores. Ante tal situación se programó una sesión educativa denominada “Creciendo en la afectividad familiar”, en donde participaron el grupo de adultos mayores con sus respectivos familiares.

En dicha sesión educativa se dio a conocer que el factor familia es clave para el adulto mayor; vivir con la familia, seguir ligado a su familia lo

fortalece emocional y afectivamente. También, que la convivencia familiar presupone: Espíritu de servicio, respeto, tolerancia, actitud de apertura ante los valores de los demás y englobándolo todo, capacidad de comunicación, con la cual superamos las prevenciones, timideces, prejuicios y resistencias mutuas.

Igualmente, se informó que en la etapa del adulto mayor la necesidad de afecto es aún más sensible, y la familia a través de los hijos y nietos constituye el principal sistema de apoyo afectivo y social que tiene la persona mayor. Los hijos tienen una gran responsabilidad con sus padres, más aún si son adultos mayores, pues ellos merecen las mejores atenciones en el transcurrir de sus años, y ello debe ser demostrado a través de un triple deber: Acogerlos, asistirlos y valorar sus cualidades, de esta manera poder vivir sus últimos años con dignidad.

No olvidando lo enfatizado por Wojtyla (48), que el adulto mayor tiene que continuar viviendo en el seno familiar y en donde la comunicación y el calor humano sean efectivos, favoreciendo un envejecimiento activo, desmitificando la identificación de la vejez como un período en el cual sólo se encuentra presente la enfermedad, la invalidez y la inutilidad. Como también, recalcando el derecho a encontrar dentro de su familia un ambiente que les permita vivir sus últimos años tranquilamente, ejerciendo una actividad compatible con su edad y participar en la vida social.

Posterior a la ejecución de la sesión programada, se continuaba recalcando lo mencionado en líneas anteriores en sus respectivos domicilios y con la presencia de familiares. Luego, en el transcurrir de las semanas y meses, se observaba en las visitas domiciliarias que los hijos e hijas eran fuente de apoyo, cariño y ayuda económica hacia sus padres; quedando evidenciado además en los testimonios que se detallan a continuación:

*(Con mirada alegre y sonriente) “Antes pensaba que esperanza de hijos no tenía, pero ahora mis hijos me han demostrado a mí y a mi señora que sí se*

*preocupan por nosotros, están más pendientes en nuestra comida, practican con nosotros los ejercicios, nos leen los folletos que usted nos ha dado, conversan con nosotros”(Algarrobo)*

*(Se queda pensando, luego sonríe) “Ahora mi hijo que vive conmigo está más pendiente de mí, de mi comida, de lo que me hace falta, comemos juntos, conversamos y ya no nos vemos sólo en las noches como antes” : “...mi otro hijito viene más seguido a visitarme con su esposa y mis nietitos, me traen mis frutas, verduras, mi leche, yogurt...” (Azucena)*

Concretamente al reflexionar sobre el sentido de pertenencia a la familia, el autocuidado en los adultos mayores participantes removi6 sentimientos de afecto, apreciándose en ellos y en sus familiares un proceso de interrelaciones equitativas donde reciben y dan cari6o, afecto y ayuda. De esta manera, las buenas relaciones familiares reforzaron la capacidad de cumplir funciones esenciales como el cuidar y compartir con amor y protecci6n, constituyendo un factor importante en la vida de los adultos mayores.

### **3. EXPRESANDO SATISFACCI6N EN EL AUTOCUIDADO REALIZADO**

El bienestar en la etapa de la adultez mayor debe entenderse como la percepci6n o apreciaci6n subjetiva que la persona siente, lo cual hace que muestre satisfacci6n. Esta sensaci6n de bienestar va a depender de m6ltiples factores econ6micos, sociales, individuales y sociales, as6 como la forma en que las personas enfrentan la vida y la sienten. Por tal motivo, es importante tener en cuenta que el bienestar tambi6n est6 supeditado a las interacciones que la persona tiene con otras; as6 como la vivencia del proceso de envejecimiento como un fen6meno individual (44).

De acuerdo con lo enunciado y que el bienestar conlleva a la persona a vivir la vida con calidad; en la construcci6n conjunta del sentido, inter6s y motivaci6n para el autocuidado, en las personas participantes se foment6 partiendo de la premisa que cada persona es art6fice de su autocuidado personal, puesto que cada uno tiene su forma peculiar de pensar, sentir y actuar sobre lo que debe practicar. La interacci6n establecida por la

receptividad manifestada para llevar una mejor calidad de vida de alguna manera ha empoderado y calado en la mente de las personas adultas mayores emprender acciones tendientes a mejorar su autocuidado.

Partiendo de las líneas anteriores, la teoría del Desarrollo Humano de Erickson (10), considera que la generatividad es la capacidad de alcanzar logros, lo que se consigue principalmente en la edad adulta; pero que tampoco es ajena a las personas adultas mayores, en quienes se mantiene la necesidad de ser productivos y humanitarios al mismo tiempo; encontrando entonces como vía para alcanzar esta generatividad, múltiples posibilidades de mantenerse activos y productivos, entre ellas participando en sesiones educativas y talleres y poniendo en práctica lo aprendido, que sí tiene valor emocional e intelectual en el sentido de motivar, aprender, ayudar y crear.

Desde este punto de vista, la importancia de las sesiones educativas y talleres con énfasis en el autocuidado, permiten generar nuevas estructuras cognoscitivas reforzando y/o desarrollando nuevas destrezas, mejorando así el autocuidado en salud; asimismo, el interés que muestran los adultos mayores al participar en reuniones programadas recupera su rol social, ya que cada día que pasa va perdiendo interés en ellos, enclaustrándose en un mundo de soledad y aislamiento (33).

Los 7 adultos mayores participantes, posterior a la ejecución de actividades programadas, describieron y manifestaron su sentir sobre autocuidado como una experiencia personal agradable que ha permitido en ellos vivir bien y sentirse alegres; y lo conceptualizan como acciones que se tienen que realizar para tener bienestar y salud. Esta visión indudablemente se alimenta de las acciones cotidianas de la vida humana, de la construcción social, y de la capacidad real de elegir. Asimismo, los adultos mayores expresaron satisfacción en el autocuidado realizado, lo que se confirma en las siguientes declaraciones:

*“Ahora me siento satisfecho, tengo conocimiento de cómo cuidarme gracias a las charlas, talleres, que usted nos ha dado y no sólo las he escuchado sino que las practico como dice nuestro lema Si lo oigo, lo olvido; si lo veo, lo recuerdo; si lo hago, lo sé”.:“...a pesar de no tener dinero sabiendo cómo cuidarse podemos vivir con salud...” (Algarrobo)*

*“Antes en lo que podía me cuidaba de mi presión, ahora tomo mi medicamento indicado por el doctor todos los días y a la hora, gracias a Dios no me falta; me controlo de mi presión en el centro de salud y usted también lo hace cuando viene a mi casa y en el comedor (Orquídea)*

*(Sonriente responde) “Ahora sí puedo decir que me siento satisfecha con el cuidado que yo me doy a mí misma”.:“... como cinco comidas, no me automedico, hago mis ejercicios que antes no lo hacía porque decía no tengo tiempo, hoy me siento muy feliz...” (Azucena)*

Estos testimonios demuestran que el proceso de aprendizaje permitió dar paso a nuevos aprendizajes, debido a que el modelo mental que posee este grupo etéreo respecto al significado del autocuidado, es fundamentalmente fuente de conocimiento y práctica, pues es el significado que dichas personas tienen se ve integrado en su práctica cotidiana. Si bien es cierto que con la edad disminuye la rapidez de aprendizaje, también es cierto que hay facilidad para lograrlo porque mientras el joven parte de cero, el adulto mayor parte de un cúmulo de conocimientos y experiencias que se logran a través de la vida.

Asimismo, como decía Orem, una de las preocupaciones fundamentales de Enfermería debe ser satisfacer las necesidades de autocuidado de las personas, objetivo alcanzado mediante la puesta en práctica de la IAP, la actitud de los adultos mayores hacia el aprendizaje y responsabilidad, motivación y aplicación de lo aprendido, e interés por la conservación de su propia salud; llevando al grupo participante a adoptar una actitud positiva hacia el cambio, mejorando así su autocuidado.

#### **4. DESEO DE SEGUIR PARTICIPANDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR**

Potter (33), señala que existe más de una forma de envejecer satisfactoriamente teniendo alguna ocupación y participación en actividades sociales lo que permite al adulto mayor hacer diversos ajustes favorables para

su desenvolvimiento a nivel familiar y social, supeditado de hecho a su personalidad individual y a las circunstancias específicas de la vida.

Lo mencionado por Potter se relaciona con los hallazgos de Lerma (49) en su investigación con un grupo de adultos mayores, demostrando que los diferentes programas educativos crean comunicación en este grupo etéreo incentivándolos a la participación activa y al cambio. Lerma señala además que al dar educación a este grupo, no sólo se cumple con la función de transmitir conocimientos, sino que se trata de mantener y/o elevar su autoestima y autonomía, propiciando las relaciones sociales. Lo expuesto por el autor se relaciona con los siguientes testimonios:

*“Ahora me siento más positiva, alegre, tengo nuevos amigos, conversamos y pasamos momentos que no podemos olvidar” (Orquídea)*

*“No me gustaría que el grupo de adultos mayores se desintegre, porque aquí nos divertimos, pasamos momentos alegres, aprendemos nuevas cosas, que a pesar de nuestra edad no conocíamos y lo practicamos” (Violeta)*

Igualmente, el convencimiento de los adultos mayores que se hayan sentido útiles y emocionalmente tranquilos, los ha motivado a manifestar su deseo de continuar participando en el Programa Educativo:

*“...me siento muy contento, he aprendido cómo cuidarme a mí mismo, antes no lo sabía y me gustaría seguir participando y que ustedes sigan con nosotros, sólo ustedes se han preocupado de nosotros los mayores...” (Algarrobo)*

*“Me gustaría seguir participando y aprendiendo nuevos temas que me van a hacer bien, no sólo a mí sino también a mi familia; porque como nos dijeron, si yo estoy bien, practico lo aprendido, mi familia también va a estar bien” (Azucena)*

*“Gracias a ustedes y al grupo formado de personas mayores que somos, he aprendido a cuidarme por mí misma, que sí lo puedo hacer y lo estoy haciendo para mejorar mi calidad de vida y prevenir enfermedades y me gustaría seguir participando porque nos hace mucho bien y sentirnos bien” (Girasol)*

Lo expresado se ha corroborado con la observación de actitudes de las personas, pues los participantes se mostraron alegres, comunicativos y

entusiastas con los reencuentros en cada sesión, ya que entre los integrantes se trató de establecer lazos de amistad, lo cual ha influido en la motivación que se ha manifestado en el desarrollo de sesiones educativas y talleres, donde situaban toda su atención y empeño, sintiéndose muy bien, como lo han manifestado.

Así también, considerando lo reportado por la OPS (7), los adultos mayores se encuentran en condiciones de cuidar su salud y no es cierto que la adultez mayor haga a las personas incapaces, enfermas, propensas a inevitables pérdidas de facultades, aisladas de la sociedad, rígidas en sus actitudes, e imposibilitadas de razonar o recordar.

Los adultos mayores aprenden más de lo que comúnmente se cree, conservan más potencialidades para realizar un nuevo aprendizaje; no olvidando que la salud está influenciada por el nivel de conocimientos que la persona tenga, esto lleva a mejorar la calidad de vida y reducir los problemas de salud.

Finalmente, los testimonios obtenidos permitieron afirmar que los adultos mayores participantes del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez, constituyeron un grupo que no sólo manifestaron interés por cuidar de su propia salud, sino que respondieron con entusiasmo a la información brindada, mostrando gran motivación y cambiando estilos de vida, por ende mejorando su propio cuidado.

## CONSIDERACIONES FINALES

De todos los aspectos analizados, tanto expresiones como actitudes de los integrantes del grupo de estudio, se ha llegado a plantear las siguientes consideraciones finales:

- ❖ La utilización de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem en el grupo de adultos mayores participantes permitió dirigir la atención para el propio cuidado, así como organizar y aplicar la metodología de Investigación Acción Participación, ayudando de esta manera a optar por el cambio de conductas y que conllevó a estilos de vida saludables basados en el autocuidado.
- ❖ El proceso de mejora del cuidado nutricional se dio paulatinamente, demostrando durante las fases de monitoreo y evaluación cambios en la ingesta nutricional y manteniendo un óptimo índice de masa corporal.
- ❖ Siendo el sedentarismo en los adultos mayores un factor de riesgo, se ha demostrado que la motivación a través de talleres de actividad física logra incorporar dentro del autocuidado tiempos diarios dedicados a un plan de gimnasia.
- ❖ Los relatos expresados por el grupo etéreo en estudio y la evidencia de una higiene óptima de los mismos en las visitas domiciliarias, confirman el mejoramiento del autocuidado con relación a la higiene corporal; originando de esta manera toma de decisiones hacia el cambio, participación óptima en su autocuidado, constancia, independencia y sensación de bienestar.
- ❖ La salud bucal de los adultos mayores mejoró gracias al conocimiento y a la puesta en práctica de las medidas de autocuidado, favoreciendo una buena apariencia personal y la creación de hábitos de higiene como el cepillado de dientes 3 veces al día.

- ❖ La automedicación en los adultos mayores se daba por desconocimiento de los efectos adversos y por costumbre al utilizar erróneamente la medicina tradicional, sumado a esto la falta de recursos económicos para acceder a servicios de salud; esto ha sido reversible gracias a la educación sobre los riesgos del mal manejo de medicamentos, la concientización y el acceso al centro de salud aledaño a su comunidad.
- ❖ Al identificar en los testimonios el desamparo familiar, después de un proceso de intervención se logró sensibilizar a las familias sobre la necesidad de afecto al adulto mayor, evidenciado en los relatos y visitas domiciliarias; así como también, cumplir funciones esenciales como el cuidar y compartir con amor y protección, constituyendo un factor importante en la vida de los adultos mayores.
- ❖ El practicar el autocuidado por parte de los adultos mayores, ha incrementado la elección de ejercer mejor control sobre su propia salud enriqueciendo su vida con un mejor bienestar. Sin eludir que el estado de bienestar depende de la seguridad, amor, pertenencia, autoestima y la autorrealización que pueda alcanzar la persona adulta mayor por sí misma. Todo ello ha permitido tener la capacidad de dirigir sus esfuerzos para participar y mejorar su autocuidado.
- ❖ El Programa Educativo del Adulto Mayor generó cambios en los estilos de vida basados en el autocuidado, no sólo a través de los conocimientos adquiridos sino mediante la acción y trabajo conjunto, la educación para la salud, el interés por aprender, la actitud positiva hacia el cambio y la motivación constante.
- ❖ Los cambios logrados después de ejecutada la investigación fueron cognitivos y conductuales; sin embargo, es necesario continuar

reforzándolos para fijar comportamientos y hábitos de autocuidado en forma permanente.

## RECOMENDACIONES

### **A las Instituciones Formadoras:**

- ❖ Que la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, continúe con el Programa del Adulto Mayor dentro de prácticas Pre - profesionales del área de Promoción de la Salud.
- ❖ Que las Escuelas de Enfermería elaboren y ejecuten Programas del Adulto Mayor dentro de sus prácticas Pre - profesionales con la finalidad de mejorar la calidad de vida de este grupo etáreo.
- ❖ Que los Docentes de asignaturas inmersas en este grupo etáreo, difundan a la juventud estudiantil la importancia del envejecimiento saludable.
- ❖ Realizar investigaciones de tipo acción participación con adultos mayores en el área de promoción de la salud, siendo ellos mismos artífices de su propio cuidado, permitiendo de esta manera la transformación de su realidad y mejora de su calidad de vida.
- ❖ Planear y ejecutar estudios de investigación similares con adultos mayores jubilados, de zonas rurales, o de asilos, de esta manera incrementar el disfrute de una vejez satisfactoria; ya que una vida de excesos y malos hábitos acelerará los procesos de deterioro del envejecimiento y, por lo tanto, limitará las oportunidades de una vejez con calidad de vida.
- ❖ Que los resultados de los Programas del Adulto Mayor sean difundidos a la comunidad científica, de esta manera conocer los efectos positivos que

origina la implementación de un Programa Educativo con la aplicación de diferentes metodologías de investigación.

#### **A las Instituciones de Salud:**

- ❖ Fortalecer Programas del Adulto Mayor con énfasis en autocuidado a fin de mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
- ❖ Capacitar a los profesionales de la salud para asumir acertadamente su rol de facilitadores en la promoción de la salud, orientando a los adultos mayores optar por el mejor cuidado de su salud, sin la imposición de reglas o normas.

#### **A los Profesionales de la Salud:**

- ❖ Motivar a los adultos mayores hacia el logro de un auténtico autocuidado, propiciando responsabilidad por su salud y consiguiendo estilos de vida saludables. Bajo este panorama, el más grande reto debe ser mantener a las poblaciones adultas mayores productivas, libres de enfermedades discapacitantes.
- ❖ En nuestras manos está como profesionales de la salud, moldear la evolución, los valores y la vivencia de un envejecimiento activo, productivo y saludable, desarrollando su potencial para que continúen contribuyendo de manera positiva con la sociedad.

#### **A las Municipalidades:**

- ❖ Lograr instalar y hacer funcionar los Centros Integrales de Atención a la persona adulta mayor (CIAM) en zonas rurales y urbanas, de esta manera

brindar diversos servicios y programas a favor de las personas mayores, considerando la realidad local y conociendo las principales características y necesidades de este grupo etáreo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Mardones F. La seguridad social en salud y la tercera edad. Chile: Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000.
- (2) La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable [sede Web]\*. Chile: Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad; 2005. De Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable? [acceso 9 de julio de 2009]. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e\\_S3.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S3.pdf)
- (3) Asociación Adulto Feliz. Situación del Adulto Mayor en el Perú. Lima – Perú; 2006.
- (4) Varela L. Y Col. Perfil del Adulto Mayor. Perú INTRA II. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento. Lima – Perú: Instituto de Gerontología UPCH; 2004.
- (5) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas y Promoción de la Salud. Lima – Perú: DGPS del MINSA; 2007.
- (6) Jaramillo C. Caracterización del Adulto Mayor con relación a su Proyecto de vida. Macroproyecto: Calidad de Vida y Formas de Organización Sociocultural. Universidad de Manizales; 2000.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS; 1993.
- (8) Lau N. Significado y práctica de autocuidado en las personas adultas mayores [Monografía en Internet]\*. Costa Rica; 1999. [acceso 10 de setiembre de 2007]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/artgeron/artgeron.shtml>.
- (9) Larrea W. Y Col. Resúmenes de investigaciones realizadas por enfermeros docentes, estudiantes graduados y egresados de la Escuela Académica profesional de enfermería y de la sección de post Grado de la facultad de Enfermería - UNPRG. Lambayeque - Perú: Resúmenes de investigaciones UNPRG; 2001.
- (10) Avellaneda Z. Y Col. Percepciones sobre Envejecimiento y Promoción de una Vejez Feliz en un Sector Popular. Chiclayo - Perú; 2006.
- (11) Vásquez M. Manual de Cuidados para el Adulto Mayor. Lima - Perú: Programa Central de Servicios Especiales EsSalud; 1999.

- (12) Anzola E. Enfermería Gerontológico: Conceptos para la práctica. Washington, D.C: OPS. E.U.A; 1993.
- (13) Romero A. Dirección General de Personas Adultas Mayores. Por un envejecimiento activo, productivo y saludable. Cartilla 1. Lima - Perú: Editorial Impactum Creativos; 2004.
- (14) Medellín G. Atención primaria de la Salud Crecimiento y Desarrollo del ser humano. Tomo II. Washington D.C.E.A; 1995.
- (15) Wojtyła K. Carta del Santo Padre Juan Pablo II a los ancianos. España: Librería Editrice; 1999.
- (16) Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [sede Web]\*. Lima - Perú; 2005 [acceso 24 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>.
- (17) Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación Práctica. [Sede Web]\*. Barcelona: Masson – Salvat Enfermería; 2001. [acceso 24 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://webs.ono.com/usro007adolf/agencia.pdf>
- (18) Coppard L. La Autoatención de la salud y los ancianos. Washington, D.C: OPS; 1993.
- (19) Marriner A y Col. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. España: Harcourt Brace de España. S.A; 1999.
- (20) Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. Barcelona - España: Editorial Masson S.A; 2002.
- (21) Dirección General de las Personas Adultas Mayores. Promoción de la Salud y el Autocuidado de las Personas Adultas Mayores. Lima - Perú; 2004.
- (22) Machado E. Transformación - acción e investigación educativa. [sede Web]\*. México: Universidad Autónoma de Puebla y Universidad de Camaguey; 2003. [acceso 9 de junio de 2008]. Disponible en: [http://escuelasecundaria.dnsalias.com/web\\_doctorado/PRESENTACIONES\\_PARADIGMAS/PARADIGMA\\_CR%C3%8DCO\\_resumen.dochttp://escuelasecundaria.dnsalias.com/web\\_doctorado/PRESENTACIONES\\_PARADIGMAS/PARADIGMA\\_CR%C3%8DTICO\\_resumen.doc](http://escuelasecundaria.dnsalias.com/web_doctorado/PRESENTACIONES_PARADIGMAS/PARADIGMA_CR%C3%8DCO_resumen.dochttp://escuelasecundaria.dnsalias.com/web_doctorado/PRESENTACIONES_PARADIGMAS/PARADIGMA_CR%C3%8DTICO_resumen.doc)
- (23) Hernández R. Y Col. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: McGraw - Hill Interamericana Editores, S.A de C.V; 2006.

- (24) Polit D. Y Col. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2000.
- (25) Bernal C. Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2ª ed. México: PEARSON educación; 2006.
- (26) Arellano N. El método de investigación acción. Crítica reflexiva. [Sede Web]\*. Venezuela; 2004. [acceso 17 de octubre de 2007]. Disponible en: [www.didacticahistoria.com/didáticos/did11.http](http://www.didacticahistoria.com/didáticos/did11.http)
- (27) Organización Panamericana de la Salud. Planificación Local Participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington: Editorial PALTEX; 1999.
- (28) Estudiantes del 8º ciclo de la Escuela de Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Juntos por un Desarrollo Humano Sostenible - P.P.J.J. Luis Alberto Sánchez. Lambayeque - Perú: Editorial USAT; 2007.
- (29) Santisteban J. Manual para la Evaluación del Aprendizaje Estudiantil: Conceptos, Procedimientos, Análisis e interpretación para el desarrollo educativo. México: Editorial Trillas, S.A. de C.V; 2004.
- (30) Lupicinio I. Y Col. Curso de Investigación Cualitativa: Fundamentos, Técnicas y Métodos. [Sede Web]\*. España: El análisis de la información - Universidad Autónoma de Barcelona; 2004. [acceso 20 de mayo de 2008]. Disponible en: [http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic\\_analisis\\_informacion.pdf](http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic_analisis_informacion.pdf)
- (31) Rodríguez G. Metodología de la Investigación Cualitativa. Barcelona - España: Ediciones ALJIBE; 1996.
- (32) Sánchez M. Actuación de Enfermería comunitaria, Sistemas y Programas de salud. Madrid - España: Mc - Graw - Hill Interamericana Editores, S.A de C.V; 2000.
- (33) Potter A. Fundamentos de Enfermería. Vol. II. Madrid - España: Edición Harcourt, S.A; 2001.
- (34) Spitzer H. Situación actual del Adulto Mayor en el País. [Sede Web]\*. Arequipa - Perú; 2006. [acceso 19 de mayo de 2008]. Disponible en: <http://www.lagranvida.com.pe/data/estudios/situacion.del.adultomayor-spitzer.2006.pdf>
- (35) Barrera J. Y Col. Envejecimiento y nutrición. [Sede Web]\*. La Habana - Cuba: Rev Cubana Invest Biomed. 2007. [acceso 19 de febrero de 2009]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26\\_1\\_07/ibio8107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_1_07/ibio8107.htm)

- (36) Requejo A. Y Col. Nutriguía. Manual de Nutrición Clínica en Atención Primaria. 1ª ed. Madrid - España: Editorial Complutense; 2000.
- (37) Krause M. Nutrición y Dietética en Clínica. 5ª ed. México D.F: Nuevo Editorial Interamericana. S.A. de C.V; 1999.
- (38) Leitón Z. Y Col. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de información para profesionales. Lima - Perú: Sinco Editores; 2003.
- (39) Caballero M. La Salud en la Tercera Edad. Madrid - España: Editorial Cultural, S.A ; 2006.
- (40) Caqueo V. Automedicación en Adultos Mayores con Patologías Crónicas, asistentes al Hospital Base de Osorno. [Sede Web]\*. Valdivia – Chile: Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina - Escuela de Enfermería; 2007. [acceso 19 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc256a/doc/fmc256a.pdf>
- (41) Murillo F. Perú: Percepción sobre la Medicina Tradicional en hogares urbanos. [Sede Web]\*. Perú: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1997 - Trimestre; 1998. [acceso 19 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0030/Co5.H TM>
- (42) Louro I. Atención Familiar. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
- (43) Pérez A. Enfermería Geriátrica. Madrid - España: Editorial Síntesis, S.A. de C.V; 2005.
- (44) Sedó P. La atención nutricional y la Promoción de bienestar del Adulto Mayor. [Sede Web]\*. Costa Rica; 2000. [acceso 18 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUDO21.pdf>
- (45) Rosas I. Nivel de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus: Influencia de un Programa Educativo Chocope. Trujillo - Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 1996.
- (46) Laporte J. El médico ante la automedicación. Barcelona - España: Editorial Medicina Clínica; 1992.
- (47) Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. [Sede Web]\*. Madrid - España; 2000. [acceso 18 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>

- (48) Wojtyla K. Carta de los Derechos de la Familia. España: Librería Editrice; 1983.
- (49) Lerma J. Y Col. Recreación en mayores de 60 años. Diseño y resultado de un Programa Educativo. Cali - Colombia: Universidad del Valle; 2000.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**

**ANEXO N° 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: ....., de ..... años de edad, identificada(o) con DNI N° ..... declaro que habiendo sido invitado(a) a participar en el Proyecto “Mejoramiento del Autocuidado del Adulto Mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez - Chiclayo, Perú”, doy mi consentimiento para que la investigadora me realice una entrevista, aplique una encuesta, tome fotografías y otros acuerdos programados con fines de investigación; cuyo objetivo es el de mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez de la ciudad de Chiclayo.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona investigada**  
**investigadora**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la**

Chiclayo....., de..... del.....



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**

**ANEXO N° 2**

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

**“Mejoramiento del Autocuidado del Adulto Mayor del Pueblo  
Joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo, Perú”**

El objetivo de la presente entrevista es de identificar cómo realiza su autocuidado el adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo.

Por lo que se le solicita de su apoyo, asimismo se hará uso de una grabadora y se tendrá en cuenta los criterios de confidencialidad, por lo que se le pide hablar con la debida veracidad.

**I. DATOS INFORMATIVOS:**

1. Seudónimo -----

**I. PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

1. ¿Cómo se cuida usted?
2. ¿Se siente satisfecho con el cuidado que usted realiza a sí mismo?
3. ¿Qué aspectos desearía mejorar al realizar su propio cuidado?
4. ¿Su familia participa en su autocuidado? ¿Cómo participa?



Nº.....

**UNIVERSIDAD CATÓLICA**  
**“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**

**ANEXO Nº 3**

**AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR PARA UN ENVEJECIMIENTO  
CON BIENESTAR Y ALGUNOS FACTORES RELACIONADOS**

La presente encuesta tiene como objetivo conocer las prácticas de autocuidado que realiza el adulto mayor del PP.JJ. “Luis Alberto Sánchez” – Chiclayo. La información brindada es estrictamente confidencial y con fines investigativos. Le agradezco su valiosa colaboración en el llenado de la misma.

**Instrucciones:** A continuación se le realizará algunas preguntas, para lo cual solicitamos de su colaboración al contestar las preguntas con toda sinceridad.

**I. ASPECTOS GENERALES**

**A) EDAD:**

- 1.- 60 – 64 años (      )  
2.- 65 – 69 años (      )  
3.- 70 – 74 años (      )  
4.- 75 – 79 años (      )  
5.- 80 a más años (      )

**B) SEXO:**

- 1.- Masculino (      )  
2.- Femenino (      )

**C) NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**

- 1.- Analfabeto (      )    2.- Primaria (      )  
3.- Secundaria (      )    4.- Superior (      )

**II. VALORACIÓN FUNCIONAL**

**A. VALORACIÓN SIMPLE DEL NIVEL COGNITIVO (PEIFFER)**

**Encuestador:** Marque con una “x” debajo de la palabra correcta o incorrecta, según si la respuesta del Adulto Mayor está de acuerdo con la realidad y la verdad, o no.

	Correcto	Incorrecto
1. Diga ¿Cuál es la fecha de hoy? _____ (día) (mes) (año)	.....	.....
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	.....	.....
3. ¿En qué lugar nos encontramos en este momento?	.....	.....
4. ¿Cuál es su número de teléfono o su dirección?	.....	.....
5. ¿Cuántos años tiene?	.....	.....
6. ¿Quién es el presidente del Perú actualmente?	.....	.....
7. ¿Quién fue el presidente del Perú anteriormente?	.....	.....
8. ¿Cuándo nació usted?	.....	.....
9. ¿Cuál es el nombre y apellido de soltera de su madre?	.....	.....
10. Si a 20 le quitamos 3, le quedan y si le quitamos 3, le quedan	.....	.....

--

**PUNTAJE TOTAL:** .....

- Calificación:** 1.- De 0 a 2 errores = Función intelectual integral ( )  
 2.- De 3 a 4 errores = Ligero deterioro intelectual ( )  
 3.- De 5 a 7 errores = Moderado deterioro intelectual ( )  
 4.- De 8 a 10 errores = Severo deterioro intelectual ( )

Encuestador:

- Disminuir un error si el Adulto Mayor tiene hasta instrucción primaria.
- Queda igual si el Adulto Mayor tiene secundaria completa.
- Agregar un error si el Adulto Mayor tiene secundaria completa o instrucción superior.

**B. VALORACIÓN INDEPENDENCIA FUNCIONAL:****1. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)**

Le voy a leer la lista de las actividades, después dígame si las puede realizar sin ayuda (SA), con alguna ayuda (AA) o con total ayuda (TA)

**I. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)**

	SA	AA	TA
Puede usted:			
1. ¿Lavarse y bañarse?	2	1	0
2. ¿Vestirse y desvestirse?	2	1	0
3. ¿Ir al baño: Llega a tiempo, se limpia y se coloca la ropa?	2	1	0
4. ¿Levantarse y acostarse de la cama?	2	1	0
5. ¿Puede Ud. comer sus alimentos?	2	1	0
6. ¿Subir, bajar gradas y caminar dentro de la casa?	2	1	0
7. ¿Controlar la orina y defecación?	2	1	0

**PUNTAJE TOTAL:**

- a) 0 – 2 = Dependiente ( )  
 b) 3 – 13 = Moderadamente Dependiente ( )  
 c) 14 = Independiente ( )

**II. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)**

Puede usted:

1. Realizar tareas domésticas: limpiar, ordenar, barrer, hacer las camas, arreglar y lavar ropa o cocinar.	2	1	0
2. Realizar las compras cerca de la casa (ir al mercado, etc.)	2	1	0
3. Usar la movilidad (viaja en micro, taxi a lugares cercanos)	2	1	0
4. Usar la movilidad (viaja en ómnibus, taxi a lugares distantes)	2	1	0
5. Controlar su dinero (cambiar dinero, ahorra y paga cuentas)	2	1	0
6. Tomar sus medicinas (nombre, hora cantidad)	2	1	0

**PUNTAJE TOTAL:**

- a) 0 – 2 = Dependiente ( )  
 b) 3 – 11 = Moderadamente Dependiente ( )  
 c) 12 = Independiente ( )

**2. ACTIVIDAD FÍSICA**

a) Realizar por lo menos 3 v/s por media hora:

- Ejercicios o gimnasia dirigida ( )
- Baila ( )
- Hace caminata, ( )
- Natación, ( )
- Monta bicicleta, ( )
- Tareas del hogar, ( )
- Juega activamente con los niños, ( )
- Otra actividad: .....
- No realiza ninguna actividad física ( )

### III. ESCALA DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR PARA UN ENVEJECIMIENTO CON BIENESTAR (Z. LEITON)

**Instrucciones:** El presente cuestionario tiene el propósito de conocer la práctica del autocuidado en su salud. A continuación se le hará unas preguntas y usted debe responder con sinceridad, marcando con un aspa (X): si las realiza siempre (S), a veces (AV) o nunca (N).

<b>A. ASPECTO BIOLÓGICO</b>	<b>S</b>	<b>AV</b>	<b>N</b>
<b>CUIDADO CON LOS OJOS</b>			
1. Realizar manualidades o lecturas en sitios iluminados (iluminación artificial o natural).	3	2	1
2. Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches.	3	2	1
3. En su casa existe diferencia de colores en el borde de las escaleras o en zonas de cambio de altura o de consistencia en el suelo (Ejm. Pone tiras o pinta con colores amarillo, rojo o anaranjado).	3	2	1
4. Se lava las manos antes de tocar sus ojos.	3	2	1
5. Visita al oculista por lo menos una vez al año.	3	2	1
6. Acude al médico inmediatamente si presenta alteración o pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc.	3	2	1
7. Utiliza remedios caseros o indicadores por el farmacéutico, familiares o amigos ante cualquier molestia de los ojos como dolor, inflamación, lagrimeo o supuración.	1	2	3
<b>CUIDADO CON LOS OÍDOS</b>			
8. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabellos, palitos de fósforos, etc.	1	2	3
9. Evita los ruidos fuertes.	3	2	1
10. Usa remedios caseros o indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del equilibrio, zumbido de oído, etc.	1	2	3
11. Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostado - ponerse de pie).	1	2	3

12. Ha consultado al médico por que ha notado que no oye bien, que hace esfuerzo para entender las conversaciones o los demás se quejan de que usted pone el volumen de la TV o radio demasiado alto.	3	2	1
---	---	---	---

<b>CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS</b>			
13. Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana.	3	2	1
14. Cuando no se da un baño completo, realiza higiene de cara, brazos, axilas, pies y genitales.	3	2	1
15. Utiliza crema o aceite de bebés para su piel.	3	2	1
16. Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos.	3	2	1
17. Observa su piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, aparición o cambio en los lunares, manchas o enrojecimiento.	3	2	1
18. Camina sin zapatos.	1	2	3
19. Corta y lima las uñas de sus pies en línea recta.	3	2	1
20. Seca bien sus pies especialmente entre los dedos después de lavarlos.	3	2	1
<b>CUIDADO CON EL VESTIDO</b>			
21. Se cambia de ropa todos los días o por lo menos 3 veces / semana.	3	2	1
22. Usa ligas para sostener sus medias.	1	2	3
23. Usa la ropa adecuada a la estación y de acuerdo a sus necesidades.	3	2	1
24. Se cambia de medias todos los días.	3	2	1
<b>CUIDADO CON LA BOCA</b>			
25. Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.	3	2	1
26. Visita al dentista por lo menos cada año y cuando lo necesita.	3	2	1
27. Usa hilo dental o hilo de seda después del cepillado de los dientes.	3	2	1
28. Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas. Se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuanto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses.	3	2	1

<b>CUIDADO NUTRICIONAL</b>			
29. Ingiere una dieta balanceada y varía diariamente (por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes (pollo, pescado, res), leche, quaker, fruta, verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papa, yuca, camote, menestras, etc.	3	2	1

30. Consume papas fritas, tortillas, mantequilla, hot dog, etc.	1	2	3
31. Ingiere 1 a 2 litros de líquidos diarios.	3	2	1
32. Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.	1	2	3
33. Evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30 ml/d).	3	2	1
34. Mantiene su peso ideal o el recomendado.	3	2	1
<b>CUIDADO CON LA ELIMINACIÓN</b>			
35. Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas.	3	2	1
36. Mantiene un mismo horario todos los días para la evacuación intestinal.	3	2	1
37. Acude al baño tan pronto cuando desea defecar.	3	2	1
38. Usa laxantes, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación.	1	2	3
<b>CUIDADO EN EL SUEÑO</b>			
39. Duerme en forma continua por lo menos 4 horas en la noche.	3	2	1
40. Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora.	3	2	1
41. Su siesta dura más de media hora.	1	2	3
42. Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir.	1	2	3
43. Antes de dormir. Lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.	3	2	1
44. Toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.	1	2	3
<b>ACTIVIDAD FÍSICA.</b>			
45. Realizar ejercicios, gimnasia o caminatas por lo menos 3 veces/semana (30 minutos).	3	2	1
<b>CUIDADO CON LA SALUD</b>			
46. Acude al médico 1 vez al año para un chequeo general o acude a sus citas para sus controles médicos.	3	2	1
47. Acude al médico sólo cuando está enfermo/a.	1	2	3
48. Acude al farmacéutico, curandero, familiares o se automedica usted mismo, cuando está enfermo/a o tiene alguna molestia.	1	2	3

<b>B. ASPECTO PSICOSOCIAL</b>			
49. Realiza algún ejercicio o utiliza alguna ayuda para mejorar su memoria (Ej. Como recordar donde dejo las llaves, direcciones; visualiza a modo de película todo lo que he realizado durante el día, etc.	3	2	1
50. Está al día con las noticias o novedades.	3	2	1
51. Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.).	3	2	1
52. Realizar actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.).	3	2	1
53. Se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc.) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.	3	2	1
54. Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.	3	2	1
55. Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.	3	2	1
56. Practica algún ejercicio para relajarse.	3	2	1
57. Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida.	3	2	1
58. Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.	3	2	1
59. Acepta su vida con sus triunfos y fracasos.	3	2	1
60. Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.	3	2	1
61. Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría.	3	2	1
62. Tiene deseos de seguir viviendo.	3	2	1
63. Brinda y recibe muestras de cariño de sus familiares y amigos.	3	2	1
64. Está insatisfecho o inconforme por no tener una vida sexual como antes.	1	2	3
65. Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos.	3	2	1
66. Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia.	3	2	1
67. Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc.	3	2	1
68. Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto.	1	2	3
69. Se preocupa por mantener una buena apariencia persona (limpio/a, arreglado/a, etc.	3	2	1
70. Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos.	3	2	1
71. Hace proyectos a corto plazo y logra realizarlos.	3	2	1
72. Cuando piensa en la muerte tiene miedo.	1	2	3
73. Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida.	3	2	1
74. Fortalece su espiritualidad y su fe en su vida diaria y busca ayuda espiritual en su iglesia o grupo religioso cuando lo necesita.	3	2	1

**PUNTAJE TOTAL:** .....



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**  
**“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**

**ANEXO N° 4**

**CUESTIONARIO SOCIO - DEMOGRÁFICO**

**INSTRUCCIONES:** El presente instrumento tiene por objeto recolectar información para fines de la investigación por lo que se solicita emitir datos verdaderos y serios al respecto.

**DATOS PERSONALES:**

**1. Edad:**  años

**2. Sexo del Adulto Mayor:** Masculino 1 Femenino 2

**3. Lugar de Procedencia:** Distrito \_\_\_\_\_ Provincia:

\_\_\_\_\_

**4. Grado de instrucción del adulto mayor:**

Analfabeto 1 Primaria incompleta 2

Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4

Secundaria completa 5 Superior 6

**5. Religión que profesa:** \_\_\_\_\_

**6. Estado Civil:**

Soltero (a) 1 Casado (a) 2 Divorciado (a) 3

Conviviente 4 Viudo (a) 5

**7. Ocupación:**

Dependiente 1 Independiente 2 Jubilado 3

Ama de casa 4 Otros 5

**8. Vive con su familia:** Si ( ) No ( )

¿Con quiénes? \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 5

## Programa Educativo “Dulce Atardecer”

<b>Cronograma de Actividades</b>						
Sondeo Participativo (Visitas Domiciliarias a adultos mayores)						
Taller participativo en Autocuidado de los adultos mayores						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez - Consentimiento Informado						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez - Aplicación entrevista semi estructurada						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez - Aplicación entrevista semi estructurada						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez - Aplicación entrevista semi estructurada						
Visitas Domiciliarias a los Adultos Mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez – Aplicación Cuestionario de administración indirecta						
Visitas Domiciliarias a los Adultos Mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez – Aplicación Cuestionario de administración indirecta						
Taller de planificación participativa del Programa Educativo “Dulce Atardecer”						
Presentación del Programa Educativo “Dulce Atardecer”						
Inicio de la ejecución de actividades programadas						
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ASPECTOS A TRATAR</b>	<b>MEDIOS Y MATERIALES</b>	<b>MÉTODOS Y TÉCNICAS</b>	<b>TIEMPO DE DURACIÓN</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
“El proceso de Envejecimiento”	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Reconocer y comprender el proceso de envejecimiento como una etapa más del ciclo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Conceptualización y características del proceso del envejecimiento.</li> <li>☞ ¿Por qué envejecemos?</li> <li>☞ Cambios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pizarra</li> <li>☞ Papelógrafo</li> <li>☞ Plumones</li> <li>☞ Papel de colores</li> <li>☞ Goma</li> <li>☞ Láminas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Saludo</li> <li>☞ Autopresentación</li> <li>☞ Dinámica de grupo</li> <li>☞ Presentación de la temática</li> <li>☞ Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 2 min</li> <li>☞ 4 min</li> <li>☞ 5 min</li> <li>☞ 4 min</li> <li>☞ 15 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ ¿Qué es el envejecimiento?</li> <li>☞ ¿Cuáles son las características del envejeci-</li> </ul>

} Diagnóstico participativo

} Planificación participativa

} Ejecución

	vital.	biopsicosociales del envejecimiento. ☞ Envejecimiento saludable.	☞ Folleto	☞ Diálogo ☞ Ejemplificación ☞ Observación participante	☞ 10 min ☞ 5 min	miento? ☞ ¿Cuáles son los cambios biopsicosociales del envejecimiento? ☞ ¿Cuáles son las características del envejecimiento o saludable?	Ejecución	
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores								Monitoreo
Control de Presión Arterial								
“Promoción de la salud y Autocuidado de las personas Adultas Mayores”	☞ Reconocer y comprender la importancia del autocuidado	☞ Promoción de la salud ☞ ¿Qué es el autocuidado? ☞ Importancia del autocuidado en los Adultos Mayores	☞ Pizarra ☞ Papelógrafo ☞ Plumones ☞ Papel de colores ☞ Goma ☞ Láminas ☞ Folleto	☞ Saludo ☞ Recordar la temática anterior ☞ Lluvia de ideas ☞ Exposición ☞ Diálogo ☞ Experiencias vivenciales ☞ Observación participante	☞ 2 min ☞ 10 min ☞ 10 min ☞ 15 min ☞ 10 min	☞ ¿Qué es el autocuidado? ☞ ¿Cuál es la importancia del autocuidado en las personas Adultas Mayores?	Ejecución	
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores								Monitoreo
Control de Presión Arterial								
“Los Años Dorados y la buena nutrición”	☞ Reconocer y comprender que una nutrición	☞ La nutrición en el adulto mayor. ☞ Medidas de autocuidado para	☞ Pizarra ☞ Papelógrafo ☞ Plumones ☞ Papeles de	☞ Saludo ☞ Resumen del tema anterior ☞ Dinámica de	☞ 2 min ☞ 10 min ☞ 10 min ☞ 15 min	☞ Mencione las medidas de autocuidado más		

	<p>adecuada de la persona adulta mayor, debe ser de acuerdo a sus requerimientos e individualidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Describir las medidas de autocuidado para una nutrición saludable.</li> </ul>	<p>una nutrición saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Menús para el adulto mayor.</li> </ul>	<p>colores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Papel lustre</li> <li>☞ Goma</li> <li>☞ Láminas</li> <li>☞ Trípticos</li> <li>☞ Menú adecuado para el Adulto Mayor</li> </ul>	<p>grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Exposición</li> <li>☞ Diálogo</li> <li>☞ Experiencias vivenciales</li> <li>☞ Observación participante</li> <li>☞ Preparación de ensalada de frutas</li> <li>☞ Comentario de la experiencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 15 min</li> <li>☞ 10 min</li> </ul>	<p>importantes para una nutrición saludable en las personas Adultas Mayores.</p>	Ejecución	
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores								Monitoreo
Control de Índice de Masa Corporal								
Taller de labores							Ejecución	
<p>“Soy feliz haciendo ejercicio, ¡Actívate ahora!”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Describir las medidas de autocuidado y tipo de actividad física para la persona Adulta Mayor.</li> <li>☞ Concientizar sobre la importancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ ¿Por qué el ejercicio en el Adulto Mayor?</li> <li>☞ Beneficios del ejercicio.</li> <li>☞ Medidas de autocuidado para la actividad física del Adulto Mayor.</li> <li>☞ ¿Qué clase de ejercicio se debe hacer?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pizarra</li> <li>☞ Papelógrafo</li> <li>☞ Plumones</li> <li>☞ Papel lustre</li> <li>☞ Láminas</li> <li>☞ Folleto conteniendo ejercicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Saludo</li> <li>☞ Recordar la temática anterior</li> <li>☞ Dinámica de grupo</li> <li>☞ Lluvia de ideas</li> <li>☞ Exposición</li> <li>☞ Diálogo</li> <li>☞ Observación participante</li> <li>☞ Demostración, redemostración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 2 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 5 min</li> <li>☞ 15 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 15 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 20 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ ¿Por qué es importante el ejercicio en el Adulto Mayor?</li> <li>☞ ¿Cuáles son los beneficios del ejercicio?</li> </ul>		

	de la actividad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Las caminatas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>de ejercicios</li> <li>☞ Taller</li> <li>☞ Comentario de la experiencia</li> <li>☞ Observación participante</li> </ul>			Ejecución	
Taller “Soy feliz haciendo ejercicio, ¡Actívate ahora!”								
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores								Monitoreo
Taller de labores								
“Bien aseadito: Feliz, sano y contento”	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Reconocer los cambios de la piel y anexos que ocurren al envejecer y describir las medidas de autocuidado para que la persona Adulta Mayor los mantenga sanos e íntegros.</li> <li>☞ Reconocer los cambios en la cavidad bucal que ocurren al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Cambios en la piel y anexos en los Adultos Mayores.</li> <li>☞ Medidas de autocuidado de la piel y anexos.</li> <li>☞ ¿Qué cambios se producen en la boca con el envejecimiento?</li> <li>☞ Medidas de autocuidado para la salud bucal.</li> <li>☞ Medidas de autocuidado al usar la dentadura postiza.</li> <li>☞ Higiene y cuidado de los pies y uñas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pizarra</li> <li>☞ Papelógrafo</li> <li>☞ Plumones</li> <li>☞ Papeles de colores</li> <li>☞ Papel lustre</li> <li>☞ Goma</li> <li>☞ Láminas</li> <li>☞ Trípticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Saludo</li> <li>☞ Recordar brevemente la temática anterior</li> <li>☞ Dinámica de grupo</li> <li>☞ Lluvia de ideas</li> <li>☞ Exposición</li> <li>☞ Diálogo</li> <li>☞ Demostración y redemostración del cepillado de dientes, lavado de manos y pies.</li> <li>☞ Taller</li> <li>☞ Comentario de la experiencia</li> <li>☞ Observación participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 2 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 5 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 15 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 15 min</li> <li>☞ 30 min</li> <li>☞ 10 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ ¿Cuáles son los cambios más significativos de la piel y anexos en el envejecimiento?</li> <li>☞ Mencione las medidas más importantes del autocuidado de la piel y anexos en las personas Adultas Mayores.</li> <li>☞ Mencione las medidas más importantes</li> </ul>	Ejecución	

	<p>envejecer y describir medidas de autocuidado como medio para mantener la integridad de la cavidad bucal, favoreciendo una buena apariencia personal.</p> <p>☞ Describir las medidas de autocuidado de los pies de las personas Adultas Mayores.</p>					<p>del autocuidado de la cavidad bucal en las personas Adultas Mayores.</p> <p>☞ ¿Cuáles son las medidas de autocuidado al usar la dentadura postiza?</p> <p>☞ Mencione las medidas de autocuidado de los pies en las personas Adultas Mayores.</p>	Ejecución	
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores								
Control de Presión Arterial								Monitoreo
<p>“No a la automedicación, Sí a una vida saludable”</p>	<p>☞ Informar y concientizar sobre los riesgos de la automedicación en la adultez mayor.</p>	<p>☞ La automedicación: Sus riesgos.</p>	<p>☞ Pizarra</p> <p>☞ Papelógrafo</p> <p>☞ Plumones</p> <p>☞ Láminas</p> <p>☞ Papeles de colores</p> <p>☞ Goma</p> <p>☞ Tijera</p> <p>☞ Tríptico</p>	<p>☞ Saludo</p> <p>☞ Recordar brevemente la temática anterior</p> <p>☞ Exposición</p> <p>☞ Diálogo</p> <p>☞ Observación participante</p>	<p>☞ 2 min</p> <p>☞ 10 min</p> <p>☞ 15 min</p> <p>☞ 15 min</p>	<p>☞ ¿Es bueno automedicarse?</p> <p>☞ ¿Por qué no debemos automedicarnos?</p>	Ejecución	

Visitas Domiciliarias a los adultos mayores						
Control de Presión Arterial						
“Creciendo en la afectividad familiar”	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Informar y concientizar a la familia la necesidad de afecto del Adulto Mayor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ La soledad y sus consecuencias en el Adulto Mayor.</li> <li>☞ La familia: Un triple deber.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pizarra</li> <li>☞ Papelógrafo</li> <li>☞ Plumones</li> <li>☞ Papeles de colores</li> <li>☞ Goma</li> <li>☞ Tijera</li> <li>☞ Láminas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Saludo</li> <li>☞ Recordar brevemente la temática anterior</li> <li>☞ Reflexión: Carta de una madre a su hijo.</li> <li>☞ Diálogo</li> <li>☞ Experiencias vivenciales</li> <li>☞ Observación participante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 2 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 10 min</li> <li>☞ 15 min</li> <li>☞ 10 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ ¿Qué conlleva la soledad en el Adulto Mayor?</li> <li>☞ ¿Cuál es el deber de la familia para con sus padres?</li> </ul>
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez - Aplicación entrevista semi estructurada						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez - Aplicación entrevista semi estructurada						
Visitas Domiciliarias a los adultos mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez – Aplicación Cuestionario de administración indirecta						
Visitas Domiciliarias a los Adultos Mayores del PP.JJ. Luis Alberto Sánchez – Aplicación Cuestionario de administración indirecta						
Control de Presión Arterial						
Control de Índice de Masa Corporal						
Celebración “Día de la Madre”						
Premiación al Adulto Mayor destacado						

Monitoreo

Ejecución

Evaluación participativa



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**  
**“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**  
**ANEXO N° 6**

**“Mejoramiento del Autocuidado del Adulto Mayor del Pueblo**  
**Joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo, Perú”**

**LISTA DE PARTICIPANTES**

**Visitas Domiciliarias y/o Reuniones en el Comedor “Corazones Abiertos”**

**FECHA: .....**

<b>N°</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>DNI</b>	<b>EDAD</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>FIRMA</b>
<b>01</b>					
<b>02</b>					
<b>03</b>					
<b>04</b>					
<b>05</b>					
<b>06</b>					
<b>07</b>					
<b>08</b>					
<b>09</b>					
<b>10</b>					



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**  
**“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**  
**ANEXO N° 7**

**“Mejoramiento del Autocuidado del Adulto Mayor del Pueblo  
 Joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo, Perú”**

**CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y PESO**

**FECHA:** .....

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	PRESIÓN ARTERIAL	PESO	TALLA	IMC	FIRMA
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

## **CERTIFICADO**

***Otorgado a:***

.....  
Por su destacada participación en el

**PROGRAMA EDUCATIVO “DULCE ATARDECER”**

Organizado y ejecutado dentro del marco de la investigación “Mejoramiento del Autocuidado del Adulto Mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez – Chiclayo, Perú”,  
en el período enero 2008 – mayo 2009.

Chiclayo, junio de 2009

\_\_\_\_\_  
Est. Enf. Flor Cecilia Salgado Montenegro  
**Responsable del Programa Educativo**

\_\_\_\_\_  
Mgtr. Enf. Maribel Díaz Vásquez  
**Asesora -**

**USAT**



Se realizaron visitas al PP.JJ. Luis Alberto Sánchez, estableciendo contacto con los dirigentes a quienes se les dio a conocer el tipo de investigación y los objetivos que se perseguían alcanzar; además se solicitó de su apoyo para la formación del grupo de estudio y contar con un lugar de reuniones.



Se realizó un sondeo participativo mediante visitas domiciliarias realizadas a los adultos mayores del pueblo joven, obteniéndose información precisa acerca del contexto y características de la población en estudio, saliendo a relucir sus formas de vida, hábitos, costumbres, aceptación o rechazo del proceso de envejecimiento, desconocimiento del adecuado cuidado nutricional, sedentarismo, automedicación, entre otros.



Citando a los adultos mayores para la realización del taller de diagnóstico situacional participativo que se llevaría a cabo el 22 de marzo del 2008.



Un sábado, 22 de marzo del 2008, previa cita con los adultos mayores se llevó a cabo una reunión en donde se realizó el taller de diagnóstico situacional participativo, lo que permitió priorizar los problemas según el orden de importancia, teniendo en cuenta las causas atribuidas a sus problemas.



Los participantes muy atentos y comprometidos en realizar el diagnóstico situacional del adulto mayor de su comunidad.



De los problemas identificados en el Diagnóstico Situacional, el prioritario fue el “El Autocuidado”.



Gracias al Diagnóstico Situacional se obtuvo información precisa acerca del contexto y características de la población en estudio. Es aquí donde la investigadora motivó a los participantes a descubrir que los problemas pueden ser solucionados con su participación activa, quedando priorizado el problema a atender y recalando la importancia que tiene para la persona el saber cuidarse a sí misma.

A su vez se informó acerca de los fines y objetivos que se perseguían: Mejorar el autocuidado del adulto mayor y se les motivó a participar de todas las actividades a realizar.



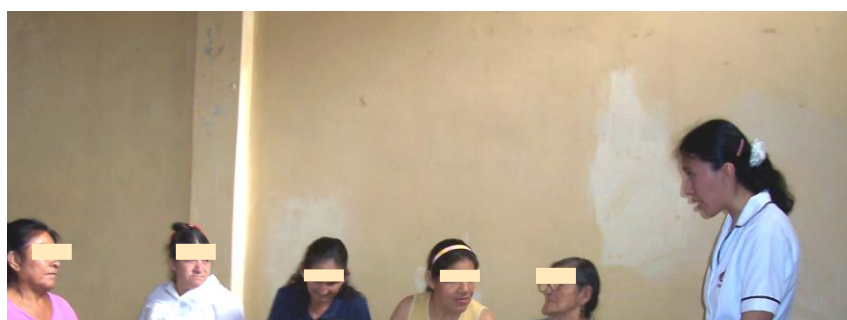
Se incentivó además con pequeños presentes pero muy significativos por su participación activa en la reunión programada.



Los adultos mayores firmando el consentimiento informado para de esta manera formar parte de la investigación.



Durante las visitas domiciliarias a los adultos mayores participantes se aplicó la entrevista semi estructurada a profundidad y el cuestionario de administración indirecta.



La investigadora presentó un plan de acción a los participantes, en base a los siguientes ítems: Capacitación a través de sesiones educativas, visitas domiciliarias, talleres de actividad física y labores, controles periódicos de presión arterial e índice de masa corporal, aplicación de cuestionarios propios de este grupo etáreo y finalizando con el reconocimiento al Adulto Mayor destacado.



Se llevó a cabo el taller de planificación participativa del Programa Educativo junto con los adultos mayores teniendo en cuenta los objetivos que se perseguían alcanzar, y en forma participativa los adultos mayores junto con la investigadora fueron definiendo el Plan de acción, saliendo a relucir temas concernientes al proceso biológico del envejecimiento, nutrición, actividad física, higiene, automedicación y familia.



De ellos partió la idea de colocar un nombre al grupo, que por consenso se denominó “Dulce Atardecer” y cuyos lemas fueron “Más importante que dar más años a la vida, es dar más vida a los años”, “Si lo oigo, lo olvido; si lo veo, lo recuerdo; si lo hago, lo sé”.



Identificando a cada adulto mayor, colocando solapines con la finalidad de que todos los presentes se conocieran y se formaran lazos de amistad. Esto antes de iniciar las sesiones educativas en el Comedor Corazones - P.P.J.J. Luis Alberto Sánchez – Chiclayo.





Se evidencia participación activa por parte de los participantes durante las sesiones educativas.



Brindando sesión educativa sobre “Los años Dorados y la Buena Nutrición”, donde los adultos mayores participaron activamente realizando preguntas y despejando dudas.



Posterior a la sesión educativa “Los Años Dorados y la Buena Nutrición”, los adultos mayores muy contentos, a través de la propuesta de ellos mismos de preparar una ensalada de frutas, se procedió a realizarla. También se incentivó al lavado de manos antes y después de preparar los alimentos y de comerlos.





Realizando dinámicas motivadoras ante de la sesión educativa: “Soy feliz haciendo ejercicio, ¡Actívate ahora!”



Informando al adulto mayor la importancia de realizar ejercicio e incentivando a practicarlo a diario.



Realizando ejercicio con los adultos mayores asistentes donde posterior a ello mencionaban alegres cuan importante es el ejercicio en esta última etapa de su vida.

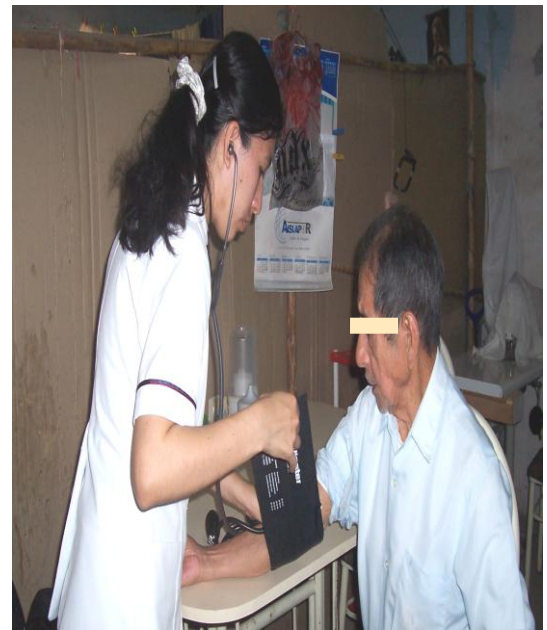


Participación activa de los adultos mayores durante la sesión educativa:  
“Bien aseadito: Feliz, sano y contento”



Realizando la demostración del lavado de manos y pies. Los adultos mayores realizando ellos mismos la técnica del lavado de manos. Posteriormente se incentivó a los presentes a realizar lo aprendido y se brindó a cada uno una toallita.





Tanto en las visitas domiciliarias, como en las reuniones en el Comedor “Corazones Abiertos”, se procedió a realizar el control de presión arterial.





Así también se procedió a pesar a cada uno de ellos, con la finalidad de obtener su Índice de masa corporal.



Luego de tallar, pesar y controlar la presión arterial a cada Adulto Mayor, ellos firmaban, dejando constancia de lo realizado. Posteriormente se les informaba acerca de los valores obtenidos de su presión arterial e índice de masa corporal.



Posterior al taller de labores “realización de bufanda”, al realizar la visita domiciliaria se evidenció que se estaba culminando el tejido de la misma. Me siento útil, en las tardes hago mis tapetes, ahora que hace frío mis bufandas, antes no lo hacía.



Una vez concluidas las actividades programadas y el monitoreo llevado a cabo en las visitas domiciliarias, se procedió a realizar la evaluación participativa, donde a través de visitas domiciliarias se aplicó la entrevista semi estructurada. También se aplicó nuevamente el cuestionario de administración indirecta.



No sólo se realizaron sesiones educativas, talleres, visitas domiciliarias, sino también actividades sociales como celebración del Día de la Madre.