

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**EXPERIENCIAS SOBRE SEGURIDAD FÍSICA AL ADULTO MAYOR
EN SU HOGAR-MONSEFÚ, 2017**

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

AUTORA

FANNY YASMIN CASAS CAPUÑAY

ASESORA

LIC. AURORA VIOLETA ZAPATA RUEDA

Chiclayo, 2019

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
1.1 Antecedentes del problema	11
1.2 Base teórico-conceptual	12
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	
2.1 Tipo de investigación	18
2.2 Abordaje Metodológico	18
2.3 Sujetos de Investigación	20
2.4 Escenario	20
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
2.6 Procedimiento	22
2.7 Análisis de datos	23
2.8 Criterios Éticos	23
2.9 Criterios de Rigor Científico	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS PRELIMINAR	26
CONSIDERACIONES FINALES	43
SUGERENCIAS	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen por permitirme culminar mis estudios universitarios iluminando mi camino y ayudándome a superar los obstáculos que se me presentaron en la vida.

A mis padres quienes son el pilar fundamental y lo más importante en mi vida, por el apoyo incondicional que me brindaron durante mi formación académica y sobre todo por los consejos que me dieron cuando sentía que los obstáculos eran más fuertes que yo.

A mis hermanos porque ven en mí un ejemplo a seguir demostrando día a día que los objetivos planteados en la vida se tienen que lograr sin importar los obstáculos que la vida nos presenta y a mi hijo quien será el motor y motivo para seguir adelante y proyectarme hacia otras metas.

Fanny

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme fuerza y paciencia las cuales fueron necesarias para seguir adelante y cumplir una de las metas en mi carrera profesional. Asimismo por darme salud y poder seguir adelante demostrando que en la vida todo se puede lograr si tienes fe y mucha dedicación.

A mi familia por saber entenderme y apoyarme en toda nuestra etapa universitaria.

A los familiares cuidadores del adulto mayor por su tiempo y amabilidad para acceder a participar en esta investigación y a la enfermera coordinadora del programa del adulto mayor de la Ciudad de Monsefú.

A mi asesora, Lic. Aurora Zapata Rueda, por apoyarme cuando pensaba que no habría salida, por su constante empuje y dedicación, por su preocupación durante la investigación, por todo el tiempo que me ha brindado y por sus recomendaciones para que también mejore como persona.

A mis jurados por sus aportes para mejorar nuestra investigación.

La autora

RESUMEN

La población adulta mayor ha tenido un incremento sustancial en las últimas décadas, es por ello que necesitan un hogar seguro con las medidas necesarias para evitar accidentes que pueden afectar su salud. Partiendo de este planteamiento actualmente la seguridad en el adulto mayor afecta la salud seriamente más aún si el cuidado es dado por algún miembro de la familia. La presente investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso tuvo como objetivo describir y analizar las experiencias sobre seguridad física al adulto mayor. La muestra fue no probabilística, siendo los informantes 15 familiares cuidadores del adulto mayor – Monsefú que cumplieron con los criterios de inclusión., la muestra fue determinada por la técnica de saturación y redundancia. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada que fue validada por juicio de expertos. Durante la investigación se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico y los principios bioéticos personalistas. El procesamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenidos y se obtuvo como resultados cuatro categorías: creatividad e ingenio para dar seguridad al adulto mayor, motivaciones para brindar seguridad, condiciones del ambiente para dar seguridad, participación de enfermería en la educación para la seguridad del adulto mayor, llegando a la conclusión que el cuidado que brinda el familiar tiene como principal objetivo la realización de actividades básicas del adulto mayor tales como la alimentación, vestimenta, higiene, movilización y lograr la independencia; asimismo se refleja una especial vocación de cuidado y amor relacionado con el respeto y paciencia hacia este grupo de personas.

Palabras clave: experiencias, seguridad en el hogar, adulto mayor.

ABSTRACT

The older adult population has had a substantial increase in the last decades, that is why they need a safe home with the necessary measures to avoid accidents that can affect their health. Based on this approach today, safety in the older adult seriously affects health even more if care is given by any member of the family. The present qualitative research with a case study approach aimed at describing and analyzing experiences about physical security in the elderly. The sample was non - probabilistic, with the informants being 15 family caregivers of the older adult - Monsefú major who fulfilled the inclusion criteria., The sample was determined by the saturation and redundancy technique. For data collection, the semi-structured interview was used and validated by expert judgment. During the research, the criteria of scientific rigor and bioethical principles were taken into account. The data were processed through content analysis and four categories were obtained: creativity and ingenuity to provide security for the elderly, motivations to provide security, environmental conditions to provide security, nursing participation in education for The safety of the elderly, arriving at the conclusion that the care provide by the relative has as main objective the realization of basic activities of the elderly such as food hygiene, mobilization and achieve independence; it also reflects a special vocation of care and love related to respect and patience towards this group of people.

Keywords: experiences, home safety, elderly

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población en nuestro país está envejeciendo de manera lenta pero inexorable, más aún el grupo de personas de 65 años a más, esto se incrementará sostenidamente en los próximos años ya que la población adulta mayor pasó de 5,6% en 1950 a un 10% en el año 2010.¹ En términos absolutos, este incremento significó pasar de 3 millones 75 mil 163 de adultos mayores en el año 2006 a 3 millones 652 mil 352 adultos mayores en el año 2010.²

Reportes oficiales nos indican que el 39,0% de los hogares del País tienen entre sus miembros alguna persona adulta mayor de 60 años a más; ubicándose en el área urbana el 36,7% y en el área rural el 41,7%³; sin embargo, la mayoría de adultos mayores quieren vivir en sus propias casas pero estas no están hechas para satisfacer sus necesidades, especialmente si viven solos, ya que ellos necesitan ayuda de sus familiares en el hogar debido a los cambios físicos que experimentan y que limitan sus capacidades, así tenemos: disminución de la visión, la audición, el tacto y el sentido del olfato.⁴

Por lo general los familiares cuidadores se ocupan de la seguridad del adulto mayor cuando se encuentra hospitalizado; mas, en el hogar son pocas las iniciativas que toman para procurar su seguridad, el personal de salud en pocas oportunidades realiza visitas domiciliarias para identificar los riesgos a los que está expuesto el adulto mayor tanto dentro como fuera de su hogar y poder educar o capacitar a la familia para afrontar adecuadamente situaciones a las que está expuesto el adulto mayor.

Se estima que todos los días alrededor de 15.000 adultos mayores sufren una lesión lo suficientemente grave para solicitar tratamiento médico; de ellos, 5.500 acuden al hospital y 275 acaban falleciendo, mientras que varios centenares nunca vuelven a casa porque ingresan en un centro de larga estancia,⁵ estos accidentes originan fracturas de muñeca, antebrazo, cadera o columna,⁶ provocando lesiones y fracturas que, en ocasiones, son fatales; además, de tener largos y difíciles períodos de rehabilitación en los que pueden surgir trastornos físicos, psicológicos, pérdida de la movilidad, sobrecarga para el cuidador, entre otros problemas que, por muy leves que sean, representan una gran dificultad para este grupo etéreo.⁷

Para la OMS, son varios los factores que pueden originar accidentes en las personas adultas mayores entre los cuales cabe mencionar aquellos que están relacionados con el entorno físico (seguridad de la vivienda y en la ciudad, la disponibilidad de agua potable y aire puro, etc.).¹ Es por ello que en su gran mayoría los accidentes ocurren con mayor frecuencia dentro del domicilio, que en el exterior.⁵

Según las estadísticas de los Estados Unidos, la primera causa de accidentes fatales en los ancianos son las caídas (38%); en segundo lugar, los accidentes de tránsito (25%); en tercer lugar, la sofocación (objetos ingeridos) (7%), y en cuarto, las quemaduras (5%). Los datos de prevalencia de caídas varían en función de la edad del paciente, su fragilidad y su ubicación, hogar o institución. Se considera que una tercera parte de los adultos mayores que viven en la comunidad se han caído, al menos, una vez al año y la mitad de los que caen lo hacen de forma reiterada.⁵

De igual forma el Ministerio de Salud (MINSA) en año 2012 señala que el 80% de caídas en el adulto mayor ocurre en casa, siendo la gran mayoría ignorados o no reportados por los familiares por considerarse leves, sin embargo, las caídas no deben tomarse a la ligera pues pueden traer graves consecuencias como compromisos en partes blandas, equimosis (moretones), fractura de caderas o columna y en el peor de los casos, hemorragia interna.⁸

De todos ellos, las situaciones que comportan mayor riesgo para la producción de caídas son: alteración del equilibrio y la marcha, debilidad muscular, deterioro de las funciones mentales, deterioro en la realización de las actividades cotidianas y polimedicación. Hay otros factores relativos al medio externo que favorecen la caída; los más importantes son: escaleras, pavimento irregular, superficies escurridizas, superficies duras (aumenta el riesgo de fractura al producirse la caída), iluminación, objetos, altura de los muebles o calzado inadecuados. La consecuencia más importante de la caída es la fractura, especialmente la de cadera, por la mortalidad y las secuelas de pérdida de autonomía e invalidez.⁵

En tal sentido el hospital Dos de Mayo, del Ministerio de Salud señala que ocho de cada diez caídas que sufren las personas adultas mayores ocurren en las casas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y que el cuerpo caiga al suelo u otra superficie

firme. Según un informe global de la OMS publicado en el 2012, las personas mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.⁹

De igual manera la Guía de Diagnóstico y Manejo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) subraya que tres de cada 10 adultos mayores de una misma comunidad sufren al menos una caída al año, y que las mujeres de la tercera edad son más propensas que los varones de su generación. Dicha guía subraya que los accidentes son la quinta causa de muerte en las personas adultas mayores, y que el 70% de los accidentes son caídas.⁹

Al respecto, la investigadora durante sus prácticas comunitarias ha podido evidenciar hogares poco seguros para el adulto mayor, la falta de barandales en las gradas, pisos encerados e irregulares, presencia de alfombras, etc. Asimismo, se puede observar que es el familiar cercano (hija o hijo) es el encargado directo del cuidado de la persona adulta mayor, quienes refieren *“mi papá ya se ha caído varias veces en la ducha”* ... *“cuando sale mi papá a caminar a veces se cae, es por lo que ya está de edad y no ve bien”* *“hacemos que mi papá duerma abajo porque en el segundo piso ya se ha caído subiendo las gradas”* *“tengo que estar al pendiente de mi papá porque si lo dejo solo le puede pasar algo”* por otro lado algunos familiares o encargados de cuidar al adulto mayor buscan la manera de brindar algún tipo de seguridad a su familiar realizando algunas actividades como son bañarlos ellos mismos, no colocar alfombras en el camino, etc.

La seguridad que reciben las personas adultas mayores por parte de sus familiares cuidadores es de gran ayuda para cubrir sus necesidades lo que significa una gran responsabilidad que puede propiciar ansiedad, estrés y cansancio en ambas partes, perjudicando aún más el estado de salud del adulto mayor.

Finalmente se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las experiencias sobre seguridad física al adulto mayor en su hogar, Monsefú-2017? El objetivo de estudio fue: Describir y analizar las experiencias sobre seguridad física al adulto mayor en su hogar.

El presente estudio se justificó porque hay un incremento sustancial de población adulta mayor, quienes necesitan un hogar seguro o con las medidas necesarias para evitar accidentes que afecten su salud por lo que se hace necesario conocer las experiencias sobre

seguridad física al adulto mayor en el hogar, a fin de sistematizar dicha información y tomar la disponible con el informe que se reciba en el presente estudio.

Del mismo modo es importante porque cuando ocurren accidentes en el hogar la calidad de vida del adulto mayor se ve seriamente afectada, ya que muchas veces se ve comprometida la funcionalidad física y mental del paciente, asimismo se puede generar múltiples consecuencias como temor a caer, aislamiento social, depresión y dependencia en las actividades de la vida diaria, y como producto de lo anterior, una peor calidad de vida relacionada con la salud, y al sistematizar la información de las experiencias de seguridad física que brindan al adulto mayor en el hogar, esperamos contribuir con un nuevo conocimiento; ya que los antecedentes con los que se cuentan abordan la seguridad sólo a nivel hospitalario.

Acceder a este nuevo conocimiento, permitirá conocer las medidas de seguridad física que adoptan los familiares que cuidan al adulto mayor en el hogar, y a partir de ello, establecer estrategias, y/o programas para abordar dicha problemática.

Asimismo los resultados que se obtengan son puntos de discusión y análisis para los futuros profesionales de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo motivándolos a profundizar este tema en sus próximas investigaciones, de modo que puedan considerar como sujeto de estudio a la familia y el adulto mayor y se brinde un cuidado más humanizado con calidad y calidez.

Finalmente, el presente estudio, se justifica porque no existen investigaciones similares en nuestro medio, sobre la seguridad en el hogar en especial para el adulto mayor que aun teniendo la posibilidad de autocuidarse muchas veces necesita el cuidado seguro de otras personas, de igual forma no se cuenta con antecedentes a nivel Nacional y local lo que convierte al tema en inédito y relevante para la disciplina de enfermería.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Después de una extensa búsqueda a nivel internacional, nacional y local, la investigadora encontró los siguientes trabajos de investigación.

Gallo J, Molina J, Miquel A, Aparicio JM.¹⁰ realizó un estudio sobre las estrategias de cuidados de las familias con las personas mayores que viven solas, 2013, en España, obteniendo como resultado que los participantes considere que la red sociofamiliar puede actuar sobre la discapacidad. Preocupa la manera en que la persona mayor cubre sus necesidades. Destacan como fundamental el apoyo en la realización de los cuidados. Comparten la idea de que las mujeres mayores se adaptan mejor que los hombres a vivir en soledad. Las mujeres cuidadoras tienden a intervenir precozmente ante los problemas. Los hombres esperan y si pueden delegan, llegando a la conclusión que la familia cuestiona los beneficios de la convivencia, la orientación profesional en el cuidado es escasa y los servicios sociales deben mejorar su accesibilidad.

López A, Martín S, Rivero C, Linares C, Martínez A.¹¹ en el 2014, también en España, realizó un estudio con el objetivo de explorar la asistencia urgente a domicilio proporcionada por una enfermera sin médico presencial y compararla con la de los equipos con médicos, en la que encontró que de 641 pacientes que atendió la enfermera los motivos fueron caídas (13.9%), mareos vértigos (9,5%), hiper/hipotensión arterial (7.8%), etc, arribando a la conclusión que la asistencia urgente a domicilio por una enfermera es segura y eficiente, preámbulo ideal para la práctica avanzada.

No se encontró antecedentes a nivel nacional y local.

1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

Para comprender el objeto de estudio fue necesario construir el marco teórico conceptual, teniendo en cuenta los siguientes conceptos: Experiencias, Seguridad en el hogar, Adulto mayor y cuidador.

La palabra experiencia deriva del latín *experiri*, que significa "comprobar". Es aquella situación que una persona pasa en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y habilidades que sin duda enriquecerán a la persona, porque siempre tras una experiencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, no solo permitirá saber cómo actuar ante tal o cual situación, sino que además dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud o comportamiento en la acción.¹²

Wojtyla¹³, manifiesta que la experiencia es una necesidad de objetivar un proceso cognoscitivo fundamental, que considerando sus orígenes, se puede definir como la experiencia del hombre, ésta que el hombre tiene de sí mismo es más rica y sin duda alguna, la más compleja de todas a la que tiene acceso. La experiencia que el hombre puede tener, de alguna realidad exterior, está siempre asociada a la del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin, al mismo tiempo, tener la experiencia de sí mismo.¹³ Asimismo Papalia¹⁴, refiere que las experiencias son el conjunto de emociones producto de una vivencia real, que posteriormente son ordenados por la mente, como hechos singulares y cada una de las veces en que se producen en los actos del hombre.¹⁴

Del mismo modo, Peplau, citado en Marriner¹⁵, refiere "experiencias es todo aquello que ha vivido o que le ha ocurrido a alguien, es la percepción interna que una persona tiene de los acontecimientos que le han sucedido en la vida y de los cuales ha sido participe". Es así que al hablar de experiencia nos referimos al ser humano como un ser integral, irrepetible y único que interrelaciona con su propio yo, cada hecho que vive y experimenta de manera diferente a los demás, que no solamente existe en el momento en que se produce, sino que permanece durante toda la vida del hombre.

Es por ello que para la investigadora, las experiencias son hechos o acontecimientos únicos que surgen en la vida de una persona cuando ésta se enfrenta a una determinada

situación; en la cual se involucra los sentimientos emociones y reacciones del ser humano, asimismo son fenómenos internos de los seres vivos, que transcurren en la esencia de su propio ser y no en el exterior del hombre, por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde una observación externa.

En relación a la seguridad León Franco¹⁶, refiere la seguridad proviene del latín *securitas*, que a su vez deriva de *securus* (sin cuidado, sin precaución, sin temor a preocuparse), que significa estar libre de cualquier peligro o daño, y desde el punto de vista psicosocial se puede considerar como un estado mental que produce en los individuos un particular sentimiento de que se está fuera o alejado de todo peligro ante cualquier circunstancia, es también la necesidad de sentirse protegidos contra todo aquello que puede perturbar o atentar contra su integridad física, moral, social. Así mismo menciona que en la seguridad, se presentan dos dimensiones: individual y social, la dimensión individual va dirigida al cuidado que se da cada persona para no someterse a riesgos que pongan en peligro su salud y la vida; la dimensión social se refiere al conjunto de leyes, organismos, servicios e instalaciones que cubren y protegen algunas necesidades de la población, como los servicios prestadores de la salud, las pensiones, los subsidios, etc.¹⁶

De igual forma la teoría de Maslow¹⁷, indica que la seguridad constituye una necesidad humana, refiere que el tramo de su jerarquía de necesidades está integrado por las necesidades de supervivencia (fisiológicas), cuya satisfacción da inmediato lugar a la aparición de una nueva categoría que describe como necesidad de seguridad. Las necesidades de seguridad incluyen un conjunto de requerimientos para el bienestar y desarrollo del sujeto: seguridad física, estabilidad, dependencia, protección, libertad de miedo, ansiedad y caos, necesidad de estructuras, orden, leyes y límites¹⁷. Asimismo la Organización Mundial de la Salud¹⁸, define la seguridad en el paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria, para lo cual se pone en marcha todo un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias¹⁸.

La OMS¹⁹, señala que la clasificación internacional para la seguridad del paciente no es todavía una clasificación, por el contrario es un marco conceptual que proporciona una comprensión razonable de la seguridad del paciente y conceptos que pueden relacionarse.

De esta manera Cometto, Gómez, Sasso, Grajales, entre otros²⁰, señalan que la seguridad del paciente en el hogar comparte algunos principios y enfoques comunes con otros sitios de atención a la salud, pero también tiene aspectos únicos que requieren atención por parte de los trabajadores de la salud. Dichos aspectos únicos se relacionan con las creencias en el hogar, el momento crítico en el que se requieren las prácticas de cuidado en casa, y la magnitud con la cual el paciente y su familia influyen en el cuidado en casa. Las creencias determinan que las decisiones acerca de cómo organizar y mantener el ambiente del hogar este bajo el control del paciente y su familia.

Lang, Edwards, Fleiszer²¹, consideran que la seguridad incluye las siguientes dimensiones física, emocional, social y funcional. La seguridad física, hace referencia a los diseños físicos de las casas (es decir, dentro de la ubicación comunidad, la disposición física de los hogares). Seguridad emocional, se refiere al impacto psicológico que se recibe en casa o en los servicios de atención. Es menudo angustiante para el cliente / familia adaptarse y hacer a las situaciones que afectan su salud (es decir, aprender a manejar medicamentos, cambios en el estado de salud, tratamientos, tecnología médica). La seguridad social, hace referencia a la comunidad, a las personas que vive con el cliente y las personas que visitan la casa. Seguridad funcional, estado de salud, se refiere a la condición de salud, al proceso de envejecimiento y la prestación de atención que afectan las actividades de la vida diaria y el funcionamiento familiar.

Seguridad física es el conjunto de medidas de protección eficaces para la prevención de posibles accidentes en el ser humano, deberá ser concebida mediante una combinación de medidas físicas complementarias que garanticen un grado de protección suficiente²¹.

La investigadora concluye que, la seguridad es una necesidad propia de cada individuo para sentirse protegido de las amenazas que pueden existir dentro o fuera del hogar más aún si la persona no cuenta con una vivienda segura, las cuales puedan afectar su integridad física. Para fines de la investigación se considerara la multidimensionalidad que propone Lang, Edward y Fleiszer²¹, y se abordará la dimensión física.

Otro concepto importante a tratar, es el adulto mayor, que se define como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal

definida, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos, económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras²².

Según el MINSA, el adulto mayor, es toda persona de 60 años a más. Esta etapa implica la resolución de problemas a través del afrontamiento cognitivo donde influye la experiencia, el aprendizaje, los conocimientos previos, y la capacidad de reflexión y análisis para la toma de decisiones. Además se manifiesta rasgos físicos cambiantes, la personalidad se vuelve frágil y vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el temor, el esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además internamente se puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente²². Este es el concepto que la investigadora asumirá para la presente investigación.

Asimismo, clasifica al adulto mayor en cuatro categorías las cuales son persona adulta mayor activa saludable, es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal; persona adulta mayor enferma, es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de persona adulta mayor frágil o paciente geriátrico; persona adulta mayor frágil, es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones: edad: 80 años a más, dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, riesgo social, caídas, enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial, polifarmacia, y por último el paciente geriátrico complejo, es aquel que cumple con tres o más de las condiciones anteriormente mencionadas²². Para la presente investigación se considerará las 2 primeras clasificaciones.

En este sentido Medellín²³, refiere que el periodo del adulto mayor está comprendido entre los 60 a 65 años de edad hasta la muerte, siendo este un hecho universal y asincrónico, presente a lo largo del ciclo vital esencialmente individual e irreversible, pues este es un proceso biológico, psicológico y social resultante de un conjunto de factores que se

caracterizan por una serie de cambios sucesivos, los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles para él o para ella, con esta etapa se concluye el desarrollo.

Cabe resaltar lo que Laforest²⁴ refiere acerca del adulto mayor, la etapa del adulto mayor no es una enfermedad que requiera tratamiento clínico u hospitalario, es una etapa más de la vida común y como tal debe vivirse; comúnmente, en la comunidad acostumbrada, sin aislamiento y mucho menos con señalamientos denigrantes o despectivos, más bien, con el mismo respeto, atención y libertad que se le ha prestado a las etapas anteriores de la vida desde su nacimiento.

Para la presente investigación se tendrá como concepto de adulto mayor lo estipulado por el MINSA siendo este el órgano rector de todo establecimiento de salud del país, asimismo se tendrá en cuenta las dos primeras categorías de clasificación del adulto mayor: persona adulta mayor activa saludable, es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal y persona adulta mayor enferma, es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante. Pero que sin embargo suele estar acompañado de un familiar o persona que le ayuda en su autocuidado y cuida de él en forma parcial, es decir por unas horas durante el día o durante todo el día; a él se le denomina cuidador.

La necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es asunto nuevo en todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana²⁵. Es por ello que el cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria²⁵. El cuidado domiciliario necesita la presencia del otro que demande sus servicios, es un rol nuevo, que su aparición se relaciona con el envejecimiento poblacional y la necesidad de generar estrategias de atención al adulto mayor evitando, o retrasando, su institucionalización residencial²⁵.

El cuidador domiciliario recibe la demanda de sus servicios por parte del adulto mayor, es decir que no produce bienes materiales, sino que realiza prestaciones de apoyo al

desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas, los servicios prestados por el cuidador domiciliario son de baja tecnología, sin embargo el rol que ejerce brinda apoyo al adulto mayor en las actividades de la vida diaria, manteniéndolo en su hogar el mayor tiempo posible, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida²⁵.

Otro aspecto en distinguir es diferenciar si quien ejerce el cuidado es un cuidador formal o informal. Los cuidadores informales; están representados por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneraciones, o si las perciben son insuficientes, tienen un elevado compromiso afectivo y por lo general no tiene límite de horario. Dentro de este grupo suelen identificarse el cuidador principal (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los cuidadores secundarios (que no tienen la central responsabilidad del cuidado del adulto mayor sino que secunda al principal). El cuidador formal; es quien recibe una capacitación teórico practica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno, que apunta a generar estrategias de autoevaluación y autocuidado, desarrolla habilidades a través de las tareas diarias como cuidador domiciliario-toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan²⁵.

El cuidador domiciliario es aquella persona que ayuda a cumplir las necesidades básicas del adulto mayor en su gran mayoría son cuidadores informales la esposa, las hijas o algún miembro de la familia más cercano al adulto mayor, sobre el recae la responsabilidad de brindar el cuidado protegiéndolo de los riesgos a los cuales se ve expuesto el adulto mayor.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa²⁶. Se optó por este tipo de estudio, porque busca y trata de entender el significado de las experiencias desde el punto de vista de otro, asimismo se interesa por lo que los sujetos dicen, piensan, sienten, y su función es describir o generar teoría de los datos obtenidos. Por tanto esta investigación permitió describir y analizar las experiencias de seguridad física que se brinda al adulto mayor en su hogar y pretende a través de la información obtenida llegar a conclusiones sobre las experiencias de los cuidadores.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

El tipo de abordaje que se utilizó para esta investigación es estudio de caso²⁷, su objetivo es describir, enfatizar e interpretar las experiencias de seguridad que se brinda al adulto mayor, así mismo este abordaje ayudó a obtener conocimientos íntimos del estado emocional, actos y entornos que intervienen en su contexto.

Es importante mencionar que en la presente investigación se consideraron las fases propuestas por Nisbet e Watt citado por Ludke²⁸:

1^o Fase exploratoria o abierta: esta fase comenzó con algunos cuestionamientos que la investigadora se realizó a partir de la realidad observada durante las prácticas comunitarias, es por ello que se planteó la situación problemática, la cual se profundizó con la observación. Asimismo se especificó la pregunta moldeando la situación problema respecto a las experiencias de seguridad que se brinda al adulto mayor, las cuales se constataron con la revisión de la literatura relacionada con el tema, con la finalidad de describir el objeto de estudio.

2^o Fase delimitación del estudio: se inició previa validación del instrumento, asimismo se obtuvo la firma del consentimiento informado a los sujetos de estudio que desearon participar, para luego realizar la recolección de datos, posterior a ello se realizó la entrevista semiestructurada y la observación no participante, de manera individual a cada uno de los

cuidadores, se utilizó pseudónimos para que los entrevistados tengan mayor libertad de expresión, obteniendo más información relevante sobre el tema a investigar.

3^o Fase análisis del informe: en esta fase se procedió a unir información, analizarla y tomar la disponible de los discursos vertidos por los cuidadores, lo que permitió una mejor comprensión del objeto de estudio, se estableció categorías y subcategorías para finalmente elaborar un informe según lo establece la Escuela de Enfermería.

En la elaboración de esta investigación se tuvo en cuenta los principios del estudio de caso²⁷ que son los siguientes:

El estudio de caso se dirige al descubrimiento: este principio permitió analizar, comprender y describir cómo el cuidador se siente al brindar seguridad al adulto mayor en el hogar y qué medidas de seguridad toma en cuenta, asimismo, la investigadora se mantuvo atenta a detectar nuevos elementos que surgieron durante el estudio los cuales deben tener relación con el objeto de estudio. Además se registró cada dato que los cuidadores manifiestan para poder analizarlos dentro del contexto en el que se desenvuelven.

Los estudio de caso enfatizan la interpretación en el contexto; para lograr comprender el objeto de estudio en su totalidad, fue necesario tener en cuenta el contexto dónde se desarrolló la investigación, pues esto permitió comprender mejor la manifestación del problema, las acciones, percepciones, comportamientos e interacciones de los individuos es por ello que el presente estudio se realizó en la Ciudad de Monsefú, y se tomó en cuenta el contexto domiciliario, el cual se interpretó con la finalidad de describir, analizar y comprender las experiencias del cuidador.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda; para dar cumplimiento a este principio la investigadora se centró en realizar un análisis profundo de la situación, teniendo en cuenta que no existen investigaciones similares, lo que permitió apreciar con mayor dedicación las manifestaciones brindadas por los cuidadores, generando una confrontación minuciosa con todo lo anteriormente mencionado en la situación problema.

Los estudios de caso revelan experiencias secundarias pero importantes y permiten generalizaciones naturales: a través de este principio trató de narrar las experiencias de los cuidadores.

Los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista; cuando se susciten opiniones contrarias en la recolección de datos sobre el objeto de estudio, la investigadora procuró traer para el estudio esas divergencias de opiniones, incluso aportando su propio punto de vista con el objetivo de develar el fenómeno tal cual se da en la realidad.

3.3 SUJETO DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de estudio lo constituyeron 15 familiares cuidadores del adulto mayor, asimismo eran el cuidador principal, brindaban un cuidado directo al adulto mayor, en un periodo mayor o igual a 5 meses y el adulto mayor cumplía con la clasificación del MINSA. Se tuvo en cuenta como criterio de exclusión: Que sean familiares cuidadores menores de edad.

Para asegurar el anonimato los familiares cuidadores tuvieron códigos para ser identificados los cuales fueron: A1, A2, A3.....A15. El número de los sujetos de estudio fueron determinados por la técnica de saturación y redundancia.

2. 4 ESCENARIO

El escenario de la presente investigación lo constituyó la Ciudad de Monsefú, es también llamada "Ciudad de las Flores" se ubica en el departamento de Lambayeque, a 15 km al sur este de la ciudad de Chiclayo y a 11 msnm. Sus límites son por el Norte con Pimentel y Chiclayo; al Sur con el Distrito de Etén; por el Este con el Distrito de Reque y por el Oeste, con el Distrito de Santa Rosa y el Océano Pacífico.

Monsefú tiene una población de 30.123% habitantes según datos del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). De los cuales 15.642% son mujeres y 14.481% son hombres, tienen una población adulta mayor de 19.57%. Asimismo un 60% de las viviendas

son de adobe, techos de esteras, los pisos son de tierra e irregulares; mientras que un 40% son de ladrillo, techos de material noble, pisos deslizables, escaleras.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada²⁸, la cual permitió plantear interrogantes que fueron necesarias al momento de entrevistar a los familiares cuidadores de los adultos mayores, asimismo sacó a flote impresiones, sentimientos las cuales no son dirigidas por el investigador pero sirvieron para la presente investigación, se procuró que al momento de la entrevista el entrevistador y el entrevistado estuvieran centrados en el objeto de estudio, pues fue de mayor provecho para obtener una idea profunda de las percepciones de los participantes. Como instrumentos de registro se utilizaron grabadora de voz, papel y lápiz el cual tuvo como fin recolectar datos brindados para luego ser procesados.

La entrevista semiestructurada se validó mediante juicio de expertos, el cual consistió en 2 enfermeras especialistas en el área del adulto mayor y 2 enfermeras especialistas en investigación cualitativa. Se realizaron 2 presentaciones a los expertos hasta lograr la aprobación del instrumento, en el proceso se levantaron las observaciones dadas y se obtuvo una versión final del instrumento que se presenta como anexo.

Se realizó el muestreo piloto extrayendo del Registro de Atención Integral del Adulto Mayor Integral y Seguimiento del Adulto Mayor del Ministerio de Salud perteneciente al Centro de Salud de la Ciudad de Monsefú, que cuenta con un número de 106 inscritos para el año 2016, de los cuales 90 son de Monsefú, 10 son de Callanca y 10 de otros sectores. Se procedió a captar a tres familiares cuidadores de los adultos mayores inscritos en la zona de Callanca, se les explicó el objetivo de la investigación escrito en el consentimiento informado (anexo 1) y se les aplicó la guía de entrevista, las preguntas no fueron entendibles por los familiares debido al nivel de instrucción que presentaban por lo que fue necesario hacer modificaciones, ellas no formaron parte de los resultados de esta investigación. Luego se procedió a ubicar a los sujetos de estudio y según su disponibilidad se realizó las entrevistas.

2.6. PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación fue inscrito en el catálogo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Seguido de la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Luego se solicitó permiso respectivo al teniente gobernador de la Ciudad de Monsefú, para garantizar el normal desarrollo de la investigación.

Para la captación de los sujetos de estudio se tomó como referencia el Registro de Atención Integral y Seguimiento del Adulto Mayor del Ministerio de Salud perteneciente al Centro de Salud de la Ciudad de Monsefú, que cuenta con un número de 106 inscritos para el año 2016, de los cuales 90 son de Monsefú, 10 son de Callanca y 10 de otros sectores. En este registro es posible identificar a los adultos mayores a través de su nombre, su dirección, se conocen sus riesgos y/o problemas de salud identificados además de estar clasificados de acuerdo a las categorías: activo, enfermo, frágil y geriátrico complejo, proporcionada por el MINSA. Esta información fue proporcionada por la enfermera coordinadora del programa del adulto mayor.

Se extrajo del registro los nombres de los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión, con la lista generada se procedió a realizar una visita al domicilio de la persona para solicitar la participación se procedió a informar sobre la investigación que está descrita en el consentimiento informado (Anexo 02 –A), programando fecha y hora según su disponibilidad para posteriormente realizar la entrevista.

Las entrevistas semi-estructuradas (Anexo 02 - B) fueron grabadas en grabador de voz, se realizó en sus propios domicilios, en un ambiente donde la persona se sienta cómoda y sin ningún tipo de presión para que pueda manifestar todas sus vivencias. El tiempo será de 20 a 25 minutos, posteriormente fueron transcritas en Word para el procesamiento y análisis de datos, esta información se conservará por 5 años con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación o medio de auditabilidad de la presente investigación.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de contenido permite ordenar un gran volumen de información de modo que es posible dar estructura y significado a los datos de la investigación.

El análisis de contenido comprende tres etapas, para lo cual la investigadora se guio de las etapas de Vitores²⁹:

a) Pre análisis: se realizó mediante una transcripción de las entrevistas, una lectura y la relectura de los discursos, lo que permitió familiarizarse con el contenido y hacer observaciones sobre los mismos en la medida que la investigadora elaborare interpretaciones del material en bruto, esto permitió tener una idea general de los resultados obtenidos en las entrevistas.

b) Codificación: hace referencia al proceso a través del cual fragmentamos o segmentamos los datos en función de su significación para con las preguntas y objetivos de investigación. Aquí los datos brutos serán transformados en unidades que permitirán una descripción precisa de las características del contenido. La investigadora fragmento los textos catalogando los elementos de tal manera que los datos que se obtengan del emic se conviertan en un lenguaje etic, con la finalidad de alcanzar, los fines de la investigación.

c) Categorización: este procedimiento se llevó a cabo hasta haber clasificado todo el material disponible, sin embargo en la medida que se va progresando dicha información la investigadora agrupó las unidades seleccionadas por similitud en cuanto a su significado, estableciendo conexiones entre las mismas contrastando la realidad, con otras literaturas y con el punto de vista de la investigadora; luego se realizó el análisis de los datos con literatura científica. De esta manera se obtuvieron cuatro categorías.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

Para la presente investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos³⁰.

El principio fundamental de la vida: En todo momento se consideró a los sujetos informantes como seres humanos con autoconciencia de sí misma, como centros unitarios, y el hecho de que una de sus dimensiones o vivencias puedan ser útiles para la obtención de

información empírica, esto no disminuyó su grandeza y valor. De esta manera para la presente investigación, se consideró a los familiares cuidadores, se tuvo como prioridad su bienestar, procurando a cada momento no perjudicar su integridad y cuidando todas sus dimensiones. Es decir, durante el estudio se respetó sus experiencias, creencias, respuestas y actitudes frente a las preguntas planteadas, y se le escuchó con atención.

Principio de libertad y responsabilidad: El uso de la libertad involucró que la investigadora utilice su yo libre de manera responsable no viendo al sujeto de investigación como simple muestra de la población en estudio que contribuyo para el logro de la investigación, sino que tuvo en cuenta que las personas participantes son dignas de respeto, y por tanto se condujo con responsabilidad en el momento de determinar los criterios de inclusión y exclusión, así como al solicitar el consentimiento informado previo a las entrevistas a realizarse.

Finalmente el principio de socialización y subsidiariedad: la investigadora tuvo una escucha activa y una relación empática con los sujetos de investigación.

3.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Para garantizar la calidad científica se tuvo en cuenta los siguientes Principios³⁰.

La credibilidad, la investigación fue elaborada con datos verdaderos y reales, revisando minuciosamente la transcripción de las entrevistas de los sujetos de estudio, se retomó al escenario de la investigación para revisar y corregir algunos datos particulares con el objetivo de tener una información clara.

La auditabilidad, fue necesario un registro detallado y completo de las decisiones y los pasos que el investigador haya tenido en relación con el estudio. La información que se recolectó será guardada por 5 años ya que servirán como fuente de verificación de la información recaudada, asimismo para futuras investigaciones y sea utilizada como antecedente para otros trabajos de investigación, de esta manera contribuir con el desarrollo de la línea de investigación de la Facultad de Medicina USAT.

Transferibilidad o aplicabilidad: Se refiere a la posibilidad de extender los resultados a otras poblaciones, en tal sentido en el presente informe se describen los sujetos y el escenario de investigación minuciosamente, de modo que permita una comparación con otro contexto diferente en el que se realizó la investigación, con el fin de lograr la generalización naturalística.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS

El tratamiento minucioso de los datos recolectados permitió determinar elementos significativos en relación con los objetivos de investigación, dichos elementos fueron agrupados de acuerdo a su sentido semántico. Posterior a ello, se tuvieron las siguientes categorías y sub categorías:

- A. Creatividad e ingenio para dar seguridad al adulto mayor.
 - A.1. Generación de Implementos de seguridad.
 - A.2. Brindando una alimentación segura.
- B. Motivaciones para brindar seguridad.
- C. Condiciones del ambiente para dar seguridad.
- D. Participación de enfermería en la educación para la seguridad del adulto mayor.

A. Creatividad e ingenio para dar seguridad al adulto mayor.

Los cuidadores desarrollan un aprendizaje constante a la vez que realizan las tareas del cuidado y buscan determinados recursos para hacer frente a la adversidad, una compleja realidad inundada de incertidumbre y dificultades, pero también de oportunidades de retos y superación. El conocimiento del cuidador irá adquiriendo sobre la marcha con errores y aciertos. Los cuidadores desarrollan determinadas estrategias para resolver los problemas a través del ingenio y la creatividad en el cuidado.³¹

La creatividad, es un proceso complejo, dinámico e integrador, que involucra simultáneamente factores perceptivos, cognoscitivos y emocionales. Se manifiesta en cualquier dominio del conocimiento. Se asocia con percibir y pensar de forma original, única, novedosa, pero a la vez útil y bien valorada socialmente. Se refiere a la producción de algo nuevo, que amplía o transforma un conocimiento, un producto o un servicio.³²

Sin embargo el ingenio proviene del latín ingenium, el cual hace referencia a la facultad del hombre para discurrir o inventar con prontitud y facilidad algo que es beneficioso en su utilización.³²

La seguridad del adulto mayor por lo general es ejercida por familiares especialmente los más cercanos esposos e hijos principalmente, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas, hacen un uso de objetos poco seguros para el adulto mayor, lo que origina una situación de alta vulnerabilidad. Asimismo son los familiares quienes asumen este gran rol afrontándose a los cambios que las personas adultas mayores presentan planteándose como principal objetivo ayudar a la independencia del adulto mayor.³³

A.1 Generación de Implementos de seguridad.

Los implementos de seguridad son los equipos u objetos destinados a ser llevado o sujetado por la persona para que lo proteja de uno o más riesgos que puedan amenazar su seguridad y/o su salud, así como cualquier complemento destinado al mismo fin.³⁴

La familia o las personas que viven con adulto mayor planea y provee cuidados depende de la capacidad del adulto mayor de cuidarse a sí mismo. Frecuentemente los adultos mayores tienen que confiar en otros cuidadores para ayudarlos con sus necesidades tales como bañarse, alimentarse, vestirse y lavar su ropa. Los cuidadores deben animar a los adultos mayores a hacer todo lo que ellos sean capaces de realizar por sí mismos para promover su independencia y ofrecer asistencia sólo en aquellas actividades en las cuales no tengan fuerza, movilidad, o habilidad para hacerlas.³⁵

La inmovilidad puede definirse como la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria, por deterioro funcional relacionado con el sistema musculoesquelético. Se recomienda movilizar al adulto mayor con el uso de bastones y muletas, es necesario considerar que estos aumentan la base de sustentación, proporcionan estabilidad en la marcha y permiten la descarga de las articulaciones afectadas. La utilización de los andadores también contribuyen a una deambulación más segura, tanto en el domicilio como en el exterior, es recomendable los andadores fijos son los más estables y seguros ya que proporcionan un sólido apoyo para levantarse y sentarse.³⁵

“Mi madre para movilizarse lo hace con ayuda de un bastón este lo he adaptado de un palo de escoba,

esta lijado, pintado y en la base tiene un pedazo de tubo de agua en forma de onda donde coloca su mano, le sirve de mucha ayuda.” (A1)

“Se moviliza con un palito de algarrobo, lo he adaptado lijándolo y en la base le he colocado un pedazo de franela con ese se sostiene y puede moverse a veces sin mi ayuda.” (A4)

“Mi madre para moverse utiliza una silla de ruedas, sin embargo está rota pero he colocado una silla plástica dentro de ella junto con una almohada allí se sienta; también tiene unas muletas que mi hermano le ha fabricado son unos palos delgados clavados unos a otros dándole forma de unas muletas y en la base tiene esponja forrada con franela, estos objetos me ayudan para poder moverla.” (A7)

“Yo la llevo de la mano para moverla sin embargo también utiliza un bastón que lo he adaptado de un pedazo de tubo de agua, en la base le he colocado un tubo en forma de T allí apoya su mano con ese se mueve.” (A8)

“A mi suegra la llevo de su mano para moverla, pero a veces se sujeta de la pared.” (A9)

Como se puede observar en los discursos antes mencionados la mayoría de familiares cuidadores tratan de proporcionarles la seguridad necesaria a los adultos mayores adaptando objetos que ya no utilizan o que están al alcance de sus manos para crear bastones u otras cosas que proporcionen seguridad al adulto mayor con el objetivo de lograr independencia y pueda moverse con mayor seguridad.

Sin embargo también se puede evidenciar que algunos familiares cuidadores a pesar de tener la ayuda de estos objetos están al pendiente de su familiar en su movilización ya que no están seguros de evitar los riesgos a los cuales están expuestos los adultos mayores.

Pero en algunos casos son los mismos adultos mayores quienes también buscan alguna medida para moverse ya que logran su propia independencia pero corren el riesgo de sufrir algún accidente que complique su estado de salud por los cambios anatómicos que este grupo de personas están atravesando.

Es por ello que la seguridad del adulto mayor abarca un grupo de acciones en las cuales se ve involucrada el familiar cuidador, quien es la persona encargada de vigilar la seguridad del adulto mayor; el objeto que es la herramienta que proporciona y brinda seguridad para

realizar sus actividades por sí solo sin embargo ambas acciones tienen como objetivo brindar la independencia del adulto mayor y evitar accidentes.

Otro cuidado importante es el aseo ya que es algo elemental pues de ello dependerán la comodidad y el buen estado de ánimo del adulto mayor, indispensable para su bienestar. El baño puede realizarse desde cada dos días hasta cada cinco, dependiendo del adulto mayor, debe utilizar jabones neutros o especiales que no resecan demasiado la piel, remplazar el tradicional estropajo por una toallita facial o una esponja. El baño del adulto mayor se debe dar siempre sentado, en una silla de plástico con piernas abiertas y que cuente con un orificio para poder asear perfectamente las pompis y sus más recónditas áreas y así impedir el desarrollo de foco de infección en estas áreas de difícil acceso.³⁵

Si el adulto mayor es capaz de tomar el baño por sí solo, se debe vigilar la seguridad del baño, las barandas en la ducha o bañera son muy útiles, chequear la temperatura del agua así evitaremos alguna quemadura en la piel, poner una esterilla en la ducha ayudara para prevenir caídas. Los adultos mayores pueden necesitar ayuda para entrar o salir de la ducha o bañera. Ellos también pueden fatigarse después del baño, por lo tanto, el brindarles la oportunidad de descansar después del baño antes de proceder a otras actividades puede ser beneficioso, colocar una toalla para secarse muy bien la piel después del baño.³⁶

Lo mencionado se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“Dentro del baño hemos construido un muro de ladrillo pequeño del cual se agarra cuando la baño, lo hago con agua tibia desde su cabeza luego todo su cuerpo cuando termino coloco un trapeador en el piso porque es de mayólica y puede resbalarse” (A2)

“Yo le apoyo en el baño diario primero lavo su cabello en una tina con ayuda de una jarra luego la llevo hacia la ducha para lavar todo su cuerpo.” (A4)

“Cuando se baña pongo en la mesa una tina con agua y una jarrita ella se lava el pelo y la parte de arriba de su cuerpo luego yo le lavo la parte de abajo con una esponjita y le seco con la toalla.” (A7)

“Cuando se baña lo hace sola la llevo agarrada hasta que se sienta en una silla plástica que coloco dentro de la ducha y con agua tibia se baña, cuando esta cambiada me avisa y yo la llevo para su cuarto”. (A8)

“Se baña con mi ayuda, la llevo a la ducha y se para dentro de una tina grande le voy echando el agua poco a poco mientras ella se sujeta de una agarradera, luego la seco y despacio la llevo hasta su cuarto, la cambio y la siento en su mueble”. (A9)

“Yo le pongo agua en un balde con una jarra, le doy una silla plástica y solo él se baña poco a poco se va echando el agua por su cuerpo cuando termina ya me avisa, luego le ayudo a salir de la ducha.”(A10)

De los discursos anteriores podemos decir que son los familiares cuidadores los que ayudan o contribuyen en el baño diario del adulto mayor proporcionándoles objetos que proporcionen seguridad al momento de realizar el baño diario con el objetivo de evitar algún tipo de accidente dentro del baño y sea el adulto mayor quien por si solo realice este cuidado a en su cuerpo, esto proporcionara privacidad hacia el adulto mayor y observara los cambios anatómicos que su cuerpo está presentando por la edad que presenta.

Asimismo los familiares cuidadores vigilan y se percatan de que el adulto mayor no sufra ningún tipo de accidente dentro o fuera del baño logrando independencia para el adulto mayor, pero algunas actividades que los familiares cuidadores realizan no son muy seguras por lo que se debe reforzar la forma o manera de realizar un correcto y adecuado baño al adulto mayor con el objetivo de evitar algún tipo de daño.

Los familiares cuidadores deben tener en cuenta el tiempo que el adulto mayor se toma al realizarse el baño por si solo, ya que en algunos casos los accidentes se originan dentro de la ducha tomando un riesgo mayor ya que puede originar sentimientos de miedo, temor y a la vez originar algún tipo de accidente que complique o deteriore su estado de salud.

Otra parte importante dentro de la higiene del adulto mayor es la limpieza bucal esta es esencial para sentirse fresco y para la salud dental. A pesar de que los ancianos pierden muchos dientes, ésta pérdida no debe ser considerada normal. La causa más común de la pérdida de los dientes en la vejez son los trastornos de las encías. Mantener una buena higiene bucal evita éstos problemas y la consecuente pérdida de los dientes. Los dientes deben ser cepillados y limpiados con hilo dental dos veces al día. Los adultos mayores que tengan dificultad manteniendo o manipulando el cepillo de dientes, pueden necesitar asistencia al lavarse los dientes o al usar el hilo dental³⁵. Es así que surgen los siguientes discursos:

“Por las mañanas cuando se lava los dientes yo le alcanzo el cepillo, agua y una tina se asea y luego lo boto”. (A7)

“Para cepillarse la siento en su cama le alcanzo su cepillo, agua en una taza y una tina pequeña allí se asea y cuando termina lo boto”. (A11)

“Para cepillarse la llevo al baño cepillo sus dientes y le lavo su cara mientras ella se sujeta del lavatorio, enjuaga su boca y despacio la saco del baño”. (A12)

De tal manera podemos decir que en algunas ocasiones los familiares cuidadores prefieren brindan los objetos de limpieza y la ayuda necesaria dentro de los dormitorios con el objetivo de brindar seguridad pero sin dejar de lado la independencia de cada adulto mayor.

Por otro lado hay familiares que llevan a los adultos mayores a sus baños acondicionando objetos que contribuyen a que se realice la necesidad del cepillado de dientes con el único objetivo de evitar accidentes en el adulto mayor, asimismo hay que tener en cuenta el periodo con el cual se debe realizar el cepillado de dientes ya que esto contribuirá a tener una buena higiene bucal.

Los adultos mayores también necesitan ayuda para ir al baño con mucha frecuencia ya sea para caminar hasta el servicio sanitario, sentarse en él y después pararse. Siempre que sea posible se deben poner barras para sujetarse los que ayudaran a pararse y sentarse. Esto ayuda a prevenir las caídas en el baño. A causa de enfermedades como artritis, los adultos mayores pueden tener dificultades para caminar, o no llegar a tiempo al servicio.³⁵

Resaltan los siguientes discursos:

“Cuando quiere realizar sus necesidades básicas me llama, con mi ayuda y la de su bastón la llevo al baño, siempre me avisa ya sea durante el día o la noche soy yo quien la dirijo al baño.” (A1).

“Cuándo se va al baño por las noches yo la llevo o si no ella se va con su palito.” (A4)

“Por las noches cuando quiere ir al baño utiliza su basin, es grande con una asa allí hace sus necesidades y al siguiente día lo eliminó.” (A6)

“Por las noches le dejo un baldecito cerca de su cama ella orina y cuando amanece ya lo boto al

baño.” (A8)

El con su palito se va al baño ingresa y despacito se sienta al inodoro, por las noches para orinar utiliza el basin pero cuando quiere ocupar lo llevo al baño y lo sienta despacito. (A10)

Por lo dicho anteriormente en los discursos se puede evidenciar que algunos familiares llevan a sus adultos mayores a los servicios higiénicos a realizar sus necesidades biológicas no importa la hora de llevarlos con el objetivo de evitar dolos físicos que afecten la salud del adulto mayor.

Por otro lado hay familiares cuidadores que utilizan el basin y pequeños baldes que les sirven como implementos de seguridad al momento de realizar sus necesidades biológicas y así poder evitar algún accidente para el adulto mayor.

Asimismo otros familiares optan por dejar objetos dentro de los dormitorios y son ellos quienes solos realizan sus necesidades o de los contrario son ellos mismos quienes se dirigen al baño poniendo en riesgo su salud física, es por ello que se debe educar a sus familiares para que ayuden en este cuidado que es prioritario en el adulto mayor.

Un problema común en los ancianos es que no duermen lo suficiente. La mayoría de los adultos mayores deben dormir 7-8 horas diarias. Sin embargo con el paso del tiempo se pueden requerir menos horas de sueño. Muchas veces a causa de dormir siestas (dormir durante el día) no duermen durante la noche. Asimismo se proponen algunas recomendaciones para brindar un descanso seguro para el adulto mayor, la altura de la cama debe ser de entre 45 y 50 centímetros y debe adecuarse a las necesidades personales, el colchón no debe hundirse y la ropa de la cama debe ser ligera, debe proporcionarse seguridad con almohadas las cuales se distribuirán de acuerdo a la necesidad del paciente.³⁶

“Cuando duerme la llevo de mi brazo cogiéndose hasta su cama la cambio con su pijama y la acuesto, le coloco almohadas alrededor y en el piso de tal manera que si por casualidad se cae va a estar un poco protegida.” (A1)

“Cuándo se duerme le coloco una almohada en su cabeza y alrededor de su cama, sin embargo le gusta dormir muy temprano y se levanta temprano.” (A4)

“Ambas dormimos en el mismo cuarto, con mucho cuidado la acuesto le pongo unas almohadas alrededor de su cama.” (A7)

Los familiares cuidadores optan por colocar almohadas como una medida de protección ante cualquier accidente que pueda presentar el adulto mayor durante el período de descanso la cual es distribuida de acuerdo a las necesidades que presentan sirviéndole de amortiguador ante una caídas accidental de la cama.

Por otro lado se puede evidenciar que ellos están al pendiente de acostarlos, cambiarlos y en algunos casos duermen en la misma habitación con el objetivo de vigilarlos y así poder evitar daños físicos.

A.2. Brindando una alimentación segura.

Los hábitos alimenticios equilibrados y adecuados son clave para disfrutar de una mejor calidad de vida, ya que están estrechamente ligados salud y nutrición. Con la edad se producen cambios en el organismo como pérdida de piezas dentarias, disminución en la salivación, etc., que influyen en el modo y forma de alimentarse. El sentido del gusto y olfato se alteran, requiriendo sabores más pronunciados. Existe una disminución en la sensación de sed y tienen menos necesidad de ingerir líquido, aumentando el riesgo de deshidratación sobre todo en épocas de calor extremo. El ritmo intestinal se enlentece favoreciendo el estreñimiento y la sensación de pesadez tras las comidas.³⁷

En los adultos mayores las necesidades energéticas son inferiores a las del adulto, lo que hace necesario una readaptación en la dieta, en esta etapa de la vida. Las recomendaciones según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, establecen una media entre 1.700 y 2.000 Kilocalorías/día en función de los tramos de edad, sexo y actividad física. La distribución energética diaria por tomas, aconseja que el desayuno aporte el 20-25% de la ingesta calórica total, la comida el 30-35%, la merienda el 8-13% y la cena, el 25-30%.³⁷

Para realizar una dieta equilibrada se deben ingerir las siguientes raciones de alimentos: Leche y derivados: 2-3 raciones/día, para asegurar el aporte de calcio. Cereales y tubérculos: 4-6 raciones/día. El pan, la pasta, el arroz y las patatas aportan hidratos de carbono, y no deben faltar en cada una de las comidas. Frutas: 2-3 piezas/día, mejor si son

frescas para aprovechar las vitaminas y la fibra. Verduras y hortalizas: 2 raciones/día, comer verdura cocida y en ensalada, ya que son fuente de fibra, vitaminas, minerales y antioxidantes. Legumbres: 2-3 raciones/semana, aportan hidratos de carbono, proteínas y fibra. Carnes y huevos: alternar su consumo. El pescado debe estar presente en más ocasiones que la carne, eliminar bien las espinas. Azúcares y derivados: moderar su consumo. Aceites y grasas: el aceite de oliva debe ser la principal grasa tanto para cocinar como para aliñar los platos. Limitar el consumo de grasas animales como la mantequilla y la nata. Los líquidos se deben tomar mínimo 8 vasos diarios puede ser en forma de agua, infusiones, caldos, zumos, gelatina, etc.³⁷

“Cuando cocinamos pollo o carne siempre tratamos de desmenuzarlo con la finalidad de que pueda digerirlo, asimismo no consume mucho arroz, le gusta mucho la fruta pero lo picamos en pedacitos o lo aplastamos dándole forma de papilla ya que no tiene dentadura completa.” (A1)

“Su alimentación ha cambiado solo consume el arroz en el almuerzo acompañado de pescado, carne o pollo y durante la noche toma su vaso de leche con pan, sin embargo a media mañana consume su fruta.” (A2)

“Tiene que comer con bastante cuidado porque le faltan sus dientes le gusta sopa su arroz molido, su aguadito de verduras, pescado sancochado, come poca carne pero tengo que deshilarlo.” (A3)

“Come sopa con verduras, menudencia, pollo pero desmenuzado, arroz con menestra, no usa muy bien los cubiertos está acostumbrada a comer con la mano sin embargo la dejamos a que lo haga y luego la aseo.” (A4)

“Mi madre consume frutas y verduras picadas sin embargo el pollo y la carne lo ingiere deshilarado y en pocas cantidades, el arroz no lo consume porque le causa indigestión, asimismo solo consume sus alimentos en platos plásticos ya que le da miedo cortarse o romper los platos de vidrios.” (A8)

“Cuando almuerza la llevamos hasta la mesa de la mano allí se sienta y come con nosotros. Come de todo pero más frutas, verduras, papa sancochada, pollo pero deshilarado, no le gusta mucho el agua sin azúcar ella está acostumbrada a tomar agua bien endulzada.” (A11)

Lo mencionando por los familiares cuidadores nos hace referencia a la seguridad que ellos ejercen al momento de proporcionar los alimentos al adulto mayor se puede evidenciar que incluyen alimentos que son necesarios e importantes para ellos acondicionándose a los

gustos, necesidades y cambios anato-fisiológicos propios de la edad del adulto mayor teniendo bastante cuidado en la forma y cantidad de comida que les proporcionan.

Asimismo dejan que ellos estén a gusto y cómodos con los objetos que utilizan para su alimentación, también se evidencia ese amor familiar que les proporcionan a los adultos mayores para que ellos se sientan contentos al momento de ingerir los alimentos eso contribuye más a la independencia del adulto mayor.

B. Motivaciones para brindar seguridad.

La vida de las personas que atienden a una persona mayor dependiente puede verse afectada de muchas maneras. Es frecuente que experimenten cambios en: las relaciones familiares, el trabajo y su situación económica, su tiempo libre, su salud o su estado de ánimo. El carácter de estas transformaciones también puede ser positivo, aunque se tienda a considerar sus consecuencias como exclusivamente negativas.³⁸

Los cuidadores son los que proporcionan la mayor cantidad de atención, son los responsables directos del cuidado del anciano; aquellos que realizan este cuidado de forma desinteresada. Con mucha frecuencia este rol es asumido por el familiar cuidador sin que este se dé cuenta, lo cual hace que los cuidadores muchas veces no puedan recordar cuando empezaron a serlo con exactitud, pero si logran definir cambios en sus rutinas diarias lo cual genera muchas veces la idea al cuidador de que el nuevo rol no permite elección, el adulto mayor necesita un cuidado y debe proporcionársele.³⁸

El cuidado de una persona mayor puede ser, a pesar de las dificultades y la “dureza” de la situación, una experiencia muy satisfactoria para el cuidador. Ocurre así cuando esta labor supone luchar por alguien a quien se quiere, a quien se desea expresar cariño e interés. En ocasiones los cuidadores descubren que poseen cualidades que hasta entonces no conocían y no son pocos los que manifiestan haber “evolucionado” como personas a través de las situaciones asociadas al cuidado.³⁸

Este rol es asumido de forma diferente en cada familia e implica una relación la cual puede repercutir en forma positiva o negativa para ambos, dependiendo de los problemas que deban afrontar y las soluciones que sean adoptadas. El cuidado del anciano puede ser

percibido de diferentes formas por el cuidador pero se debe tener en cuenta que siempre es un rol estresante que puede generar consecuencias negativas. El cuidador debe tener claro además que existen emociones que afloran a lo largo de los años de cuidado, por lo tanto el cuidador principal afronta estadios y momentos claves que pueden generar situaciones de estrés y carga emocional.³⁸

El cuidado de una persona mayor dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, hay que destinarlo ahora a afrontar esta tarea. Es frecuente que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo para su ocio.

Incluso es posible que no se dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si dedica una parte del día a sí mismo está abandonando su responsabilidad. La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales, es muy frecuente y está muy relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento.³⁸

Reacciones como las que se transcriben a continuación no son extrañas:

“A veces me siento un poco cansado porque no es fácil, me duele la cabeza porque todos los días haces lo mismo pero por otro lado me da tristeza porque no pensé que mi esposa terminaría así.”(A7)

“Cuidar a mi abuela es un poco estresante porque toda la responsabilidad cae sobre mí, a veces me siento presionada con mis estudio, mi familia, el cuidado de la abuela pero todo pasa por algo así es la vida.” (A8)

“A veces me siento cansada, estresada, agobiada por las cosas que tengo que hacer tanto para mi padre como para mi casa pero trato de estar bien para que él no se dé cuenta.”(A10)

“A veces me canso porque la familia, los hijos, la casa todo eso te estresa bastante con la carga de responsabilidades terminas cansada casi sin fuerzas para seguir adelante pero son pruebas que Dios te pone en el camino.” (A11)

De esta manera se puede evidenciar que los familiares presentan en algún momento de sus vidas sentimientos que afectan su estado de salud pero la gran mayoría prioriza como

principal síntoma el estrés, ocasionado por la carga familiar, los quehaceres del hogar y el cuidado directo del adulto mayor, sin embargo lo asimilan como parte de su vida.

En algunas ocasiones los familiares cuidadores relacionan estas situaciones por las que atraviesan con Dios por lo que ellos deben resignarse porque es parte de su vida diaria sin embargo estos sentimientos que presentan pueden generar alteraciones en su salud, pero tratan de sobrellevarlo para que su adulto mayor no se de cuenta.

Sin embargo sería necesario que el cuidado del adulto mayor sea compartido por todos los miembros de la familia con el objetivo de aliviar la responsabilidad que ejerce una sola persona y esta sea compartida.

Además de ver disminuido su tiempo libre y las actividades de ocio, ver restringida su vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud. Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar a todos los integrantes de su familia tratan de separar sus sentimientos y emociones del cuidado que ejercen sobre la persona adulta mayor. Cabe reseñar además, que a pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar los síntomas que presentan mentalizándose que los adultos mayores no tienen que percibir sus molestias ya que son ellos quienes cuidan y ejercen el cuidado directo al adulto mayor.³⁹

Sin embargo también aparecen sentimientos positivos que contribuyen a que los familiares cuidadores se motiven a brindar seguridad al adulto mayor, esto ya más relacionado a la calidad humana y al vínculo que los une como familia.

“La cuido porque es la madre de mi esposo y la quiero como si fuera mi propia mamá, siento mucho cariño hacia mi suegra” (A11)

“Le brindo cuidado a mi madre porque la quiero y como hija quisiera brindarle seguridad para que no sufra ningún tipo de accidente y se sienta bien, ella a veces me refiere que es un problema porque me da mucho trabajo pero yo trato de hacerla sentir bien.” (A12)

“La cuidamos porque la queremos mucho, ella siempre ha estado conmigo en la buenas y en las malas, es por ello que junto con mis hermanos tratamos de brindarle objetos que le den independencia para poder hacer sus cosas y no sentirse como una carga dentro de la familia.” (A13)

Los sentimientos más resaltantes que los familiares cuidadores dejan evidenciar son el cariño, el amor mutuo y sobre todo agradecimiento hacia su familiar ya que en algún momento de sus vidas fueron los adultos mayores quienes cuidaron de ellos y ahora deben ser los familiares los encargados de cuidarlos.

A pesar de los sentimientos negativos que puedan presentar los familiares cuidadores tienen claro que el principal objetivo es brindar la independencia del adulto mayor utilizando medidas que proporcionen seguridad en el cuidado que ellos ejercen.

C. Condiciones del ambiente para dar seguridad.

Dentro del hogar de un adulto mayor, los eventuales peligros se encuentran en alfombras sin antideslizante o con esquinas dobladas, cables, la mala distribución de los muebles, la escasa iluminación, las escaleras, entre otros. Para prevenir que estos elementos provoquen algún incidente, es fundamental evaluar y en el caso de ser necesario realizar modificaciones y/o adaptar espacios, objetos o formas de realizar una actividad. Las personas que estén al cuidado de adultos mayores deben otorgar el nivel adecuado de ayuda que cada persona requiera, poniendo en práctica sus conocimientos y sobre todo planteándose como objetivo promover que cada persona continúe poniendo en práctica sus habilidades y ejecutando aquellas actividades de la manera más independiente posible.⁴⁰

Ante lo mencionado anteriormente resaltan los siguientes discursos:

“El cuarto de mi madre se ubica en el primer piso al costado del baño, su recámara es de piso liso y no colocamos ningún mueble cerca se valla a lesionar cuando se levante para ir al baño o para movilizarse.” (A2)

“En mi casa he tratado de emparejar el suelo con una palana para poder movilizarla despacio también he alejado todas las cosas que están cerca se vaya a golpear o obstaculice su movilidad en su silla de ruedas.” (A7)

“Mi casa es de adobe el piso de tierra pero con ayuda de mis hermanos lo hemos emparejado para que

mi madre no sufra ninguna caída cuando se moviliza, su cuarto está al frente del baño y tiene buena iluminación asimismo el interruptor está a la vista de ella...su ropa está dentro de su cómoda ubicada en una esquina de su cuarto dejando libre el espacio para que pueda moverse". (A9)

"El cuarto de mi madre está al costado del mío y al frente el baño todos tienen buena iluminación y no hay objetos que impidan el paso, es por ello que hemos alejado los muebles y otros objetos que puedan ocasionarle caídas a mi madre....dentro de su habitación solo tiene su ropero donde guarda su ropa pero este está alejado de su cama, asimismo el baño solo lo utiliza durante el día porque en la noche realiza sus necesidades en su basin." (A12)

Como se puede evidenciar en los discursos antes mencionados los familiares cuidadores han acondicionado sus hogares con la finalidad de evitar alguna accidente para su adulto mayor asimismo tratan de lograr independencia sobre ellos dejándoles que se movilicen por sus hogares vigilando siempre su seguridad y su integridad física.

Sin embargo familiares cuidadores realizan estos cambios sus hogares con los conocimientos que ellos tienen el cual surge de lo vivido por ellos y no por una enseñanza propiamente dada, el único propósito al brindar esta ayuda es lograr la independencia del adulto mayor y evitar accidentes que afecten su salud.

D. Participación de enfermería en la educación para la seguridad del adulto mayor.

La atención al anciano debería estar centrada en favorecer el envejecimiento saludable y en la detección e intervención temprana sobre los problemas de salud. Con ello se evitaría el deterioro físico y funcional que conlleve a una situación de dependencia. Pero no existe un patrón único de la vivencia del envejecimiento, ya que depende de la interacción de factores externos, de la personalidad del sujeto y de su estado de salud, que de la propia edad cronológica. Por lo cual en el abordaje de enfermería hacia el adulto mayor debe realizarse una valoración integral, a través de una evaluación geriátrica completa. Este concepto es lo que propone el Programa Nacional del Adulto Mayor a partir del año 2006 y en la actualidad es obligatoria su aplicación en todo el país. El mismo propone la realización de actividades (asistencia, educación promoción de la salud y prevención de enfermedades y accidentes en el hogar,) que fomenten la integración del adulto mayor a la sociedad como un ser auto válido.⁴¹

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.⁴¹

La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.⁴¹

Así pues, la Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud. La Organización Mundial de la Salud enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje, centrándolo no sólo en los conocimientos sino también en el saber hacer.⁴¹

La enfermería debe procurar elevar al máximo las funciones y recursos del anciano, para mantener en lo posible su nivel de independencia.

En el ejercicio de la enfermería gerontológica hay una serie de premisas que es importante tener en cuenta, al otorgar la atención que requiere el adulto mayor, por los cambios generados en el proceso de envejecimiento; entre ellas: La atención al anciano deberá ser en forma altamente individual, teniendo en cuenta las experiencias, necesidades y objetivos de cada paciente. Los objetivos deberán ser realistas y alcanzables, establecidos en forma mutua, comprensibles para el paciente, de manera que se pueda lograr un sentimiento de realización con propósito. Manteniendo una comunicación constante, y respetando las creencias y recursos propios del individuo. El paciente debe ser partícipe activo en lo que respecta al plan de cuidados diseñados para él, de acuerdo a su potencialidad, limitaciones, opinión y preferencias. Con el fin de mantener al adulto mayor activo, física y emocionalmente, con el propósito de prevenir un mayor deterioro físico, emocional y mental.

Por lo tanto, la atención al anciano requiere de mayores conocimientos y de múltiples habilidades por parte del familiar cuidador, si partimos de la base de que uno de los objetivos principales en la atención del adulto mayor tiene que ver con la respuesta de la valoración del estado salud-enfermedad, la planeación y la implementación mismo hacia el proceso de enfermedad o invalidez, y que el papel de enfermería está dirigido hacia de las acciones correctivas o de apoyo en el entorno bio-pico-socio-cultural y espiritual en el que se encuentra inmerso.⁴²

En lo mencionado se puede observar los siguientes discursos:

“Mi madre asiste al programa del adulto mayor en el centro de salud allí la enfermera les enseña a cuidarse, bañarse, cepillarse y otras cosas más, mi madre regresa con sus manualidades que ella misma realiza junto a sus amigas y eso es bueno porque las saca de este ambiente de estrés, asimismo cada mes la enfermera viene a nuestras casas a visitarnos y me enseña cómo cuidar a mi madre.” (A1)

“Yo llevo a mi madre todos los viernes por las tardes al centro de salud porque allí hay un programa para el adulto mayor les toman la presión, les enseñan cómo deben alimentarse, cepillarse y realizarse su aseo personal, asimismo realizan sus manualidades y algunas actividades en fechas especiales ya a las cinco o seis de la tarde yo la recojo y la traigo a mi casa, y cada fin de mes la enfermera nos visita en nuestras casas para ver como cuido a mi madre,” (A9)

“En el centro de salud la enfermera encargada de los adultos mayores nos orienta para proporcionarle cuidados adecuados a mi madre logrando su independencia dejándole que ella haga sus cosas pero hasta donde pueda...en algunos días la llevo a programa del adulto mayor porque no escucha bien y tengo miedo se lesione sin embargo la enfermera viene a visitarnos cada mes.” (A13)

“Mi madre acude al programa del adulto mayor la enfermera les toman su presión y los educa asimismo hacen sus manualidades y cuando detecta alguna molestia en su salud es la enfermera quien informa al médico, nutricionista u odontólogo para derivarlo y la vez me orienta en cómo cuidar mejor a mi madre, también cada fin de mes nos visita en nuestra casa” (A15)

De los discursos anteriores podemos decir que la educación por parte del personal de enfermería se ve ejercida dentro del centro de salud realizando actividades creativas, educación y vigilancia hacia el adulto mayor, quizá no se realiza el paquete completo que propone el Programa Nacional del Adulto Mayor sin embargo tratan de tomar o realizar los

puntos más importantes y poder enseñárselas a los adultos mayores con el objetivo de lograr su independencia.

Por otro lado las visitas domiciliarias que se les realiza a los familiares cuidadores son periodos muy largos, esto debe ser replanteado ya que la mayoría de peligros a los que esta expuesto el adulto mayor es dentro del hogar y es en las visitas domiciliarias donde se recolecta mucha información para mejorar o prevenir aquellas situaciones de peligro para el adulto mayor. Asimismo la educación a los familiares cuidadores debe ser clara y precisa respetando sus costumbres, su lenguaje con el objetivo de fortalecer el conocimiento y juntos ayudar en la independencia del adulto mayor.

CONSIDERACIONES FINALES

Después de analizar las experiencias sobre seguridad física al adulto mayor se llegaron a las siguientes consideraciones finales en relación al grupo de estudio:

Se evidencia que el cuidado que brinda el familiar se basa en la presencia física como soporte principal del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria tales como la alimentación, vestimenta, higiene, movilización; reflejándose además una especial vocación de cuidador y amor al trabajo demostrado en el respeto, amor y paciencia hacia este grupo de personas.

Los familiares cuidadores son los responsables directos del cuidado del adulto mayor utilizan o adaptan objetos que encuentran en casa al alcance de sus manos para brindar seguridad al adulto mayor con el objetivo de brindar una independencia hacia su familiar.

Los familiares cuidadores son el pilar fundamental en el cuidado del adulto mayor en algunos momentos se generan situaciones de estrés en ambas partes pero son ellos los que transmiten cariño y ganas de seguir ayudando al adulto mayor y es menos preocupante cuando es el adulto mayor quien por sus propios medios puede realizar sus actividades solo pero siempre con la supervisión de su familiar.

El ambiente del adulto mayor debe estar bien iluminado sin objetos que dificulten el paso, los suelos deben ser lisos que faciliten su movilidad con el objetivo de brindar independencia y evitar posibles lesiones físicas que puedan ocasionar daños en la salud del adulto mayor.

Un aspecto clave para brindar seguridad física al adulto mayor es la educación que da la enfermera encargada del programa del adulto mayor con el objetivo de brindar cuidados adecuados, es ella quien orienta si los cuidados brindados por parte del familiar son adecuados y proporcionan seguridad.

RECOMENDACIONES

A las Instituciones de Salud:

- Proponer visitas a los domicilios de los adultos mayores con el objetivo de educar al familiar cuidador y así brindar los cuidados necesarios para lograr la independencia del adulto mayor.
- Realizar la visita al adulto mayor considerando el tiempo intervisita, teniendo en cuenta al adulto mayor que se encuentra más vulnerable a los peligros dentro del hogar.
- Evaluar las visitas domiciliarias que realiza el personal de salud con la finalidad de detectar y controlar los problemas de salud del individuo potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de los familiares cuidadores.
- Ofrecer cursos de capacitación y planes de mejora a los familiares cuidadores sobre los cuidados esenciales y necesarios hacia el adulto mayor en el hogar, trabajando juntos con el centro de salud, medios de comunicación y municipalidad de la ciudad de Monsefú.
- Realizar evaluaciones sorpresas al personal de salud encargado del programa del adulto mayor con el objetivo de vigilar si la educación que se le enseña al familiar cuidador y al adulto mayor es la adecuada, vigilando las capacidades que el personal de salud tiene y muestra ante determinadas situaciones.

A los profesionales de enfermería:

- Que reconozcan el trabajo realizado por los cuidadores, puesto que son quienes dedican su vida a cuidarlos y considerarlos como sujetos que también necesitan cuidado y no solo enfocarse en la persona que está enferma; de esta manera se mejorara su calidad de vida y por ende de las personas que lo cuida.
- Trabajar con los familiares cuidadores fortaleciendo sus conocimientos y optando nuevas medidas de seguridad que contribuyan al cuidado del adulto mayor y que en

cualquier escenario donde se desempeñen propongan programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a los adultos y familiares cuidadores.

- A los estudiantes de enfermería seguir realizando investigaciones que tengan como objeto de estudio el adulto mayor o los familiares cuidadores ya que es un grupo población que esta llendo en aumento y es importante tener los conocimientos necesarios para poder saber cómo actuar en algunas situaciones inesperadas que pueden presentarse durante su formación profesional.

A los familiares cuidadores:

- Tener en cuenta siempre que el adulto mayor es un ser humano, que posee derechos, por lo tanto es capaz de decidir y participar en su cuidado pese sus limitaciones, por lo que los familiares cuidadores deben hacer valer su autonomía en la medida de lo posible y según su grado de dependencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estadísticas sobre las personas adultas mayores: análisis de género. Perú; 2008. (documento en línea: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf. [consultado el día 28 agosto 2018].
2. INEI. Perú: demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2012.
3. Ministerio de desarrollo de inclusión social. Resultado de la encuesta de salud y bienestar del adulto mayor 2012; dirección general de seguimiento y evaluación. 2 edic. 2014.
4. Bandos J. Protección en el hogar: Consejos sobre la seguridad de los adultos mayores. Advance for Nurses. 2011. (documento en línea: https://nursing.advanceweb.com/SharedResources/Downloads/2009/011209/NW_Oct08_Proteccion_sph.pdf. [consultado el día 20 agosto 2018].
5. Martínez N. Prevención de Accidentes en Adultos Mayores. Colombia; 2009.
6. Ferrer N, Arcias R, Díaz G. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. SCielo. Cuba: 2013. (documento en línea http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300008. [consultado el día 25 agosto 2018].
7. Fernández, A. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Avances en Enfermería. Colombia: 2011. (documento en línea <http://www.index-f.com/rae/291pdf/030041.pdf>. [consultado el día 29 agosto 2018].
8. RPP Noticias. Cuidando al adulto mayor en casa. http://www.rpp.com.pe/2012-11-12-el-80-de-caidas-del-adulto-mayor-ocurren-en-casa-noticia_539613.html. [consultado el día 29 agosto 2018].
9. Nole S. Redactor en sociedad. El Comercio. 15 de julio de 2013. (documento en línea: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-tres-cada-diez-sufren-caida-al-ano-noticia-1746848>. [consultado el día 15 de setiembre del 2018].
10. Gallo J, Molina J, Miquel A, Aparicio J. Estrategias de cuidados de las familias con las personas mayores que viven solas. Index de Enfermería 2013; 22: 1-9. (documento en línea: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100005) [consultado el día 19 de setiembre del 2018].
11. López A, Martín S, Rivero C, Linares C, Martínez A. Actividad y seguridad de la enfermera de urgencias a domicilio. Index de Enfermería 2014; 23: 1-7. (documento en línea <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n3/original3.pdf>) [consultado el día 20 de setiembre del 2018].

12. Amengual G. El concepto de experiencia. SCielo 2007; (documento en línea: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1666485X2007000100001&script=sci_arttext . [consultado el día 25 de setiembre de 2018]
13. Wojtyla K. Persona y Acción. España: Editorial Biblioteca de autores cristianos; 1999.
14. Papalia. Psicología del Desarrollo Humano. Citado por: Fernández M. Creencias y Prácticas Culturales de las Madres Sobre Vacunación Incahuasi [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2010.
15. Marriner T, Raile A. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta Ed. Madrid: Editorial Harcourt Brace; 2015.
16. León Franco A. Fundamentos de Seguridad al Paciente. Calidad de Atención en Salud. 1^{ra} ed. Colombia: Universidad del Valle; 2006.
17. Maslow A. Motivation and Personality. 2nd ed. Harper and Row; 1970.
18. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente; 2001. (documento en línea: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf> [consultado el día 19 de setiembre del 2018].
19. OMS. International Classification for Patient Safety (ICPS). 2009. (documento en línea: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_statement_of_purpose.pdf?ua=1. [consultado el día 19 de setiembre del 2018).
20. Cometto M, Gómez P, Zárate R. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
21. Lang A, Edward N, Fleischer A. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20(2). (documento en línea <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/20/2/130.full.pdf>). [consultado el día 19 de setiembre del 2018].
22. MINSA. Etapa de Vida- Adulto Mayor. Perú; 18 de enero del 2012. 210-220. (documento en línea http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/adulto_mayor.htm.) [consultado el día 19 de setiembre del 2018].
23. Medellín G, Tascon E. Crecimiento y Desarrollo Del Ser Humano. Washington: Organización Panamericana de la salud; 2001.
24. Laforest S. Introducción a la Gerontología. *El arte de envejecer*. Barcelona: editorial Herdes; 1991.
25. Clides N. El cuidador domiciliario en el siglo XXI. Cuidadores Domiciliarios de Adultos Mayores. Caribe; 2011. (documento en línea:

- <https://nancyclides.wordpress.com/2011/12/22/elcuidadorodomiciliarioenelsigloxxi/>
[consultado el día 19 de setiembre del 2018]
26. Sampieri R. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: Mc Grawhill; 2010.
 27. Cassuli M, Fustinoni S. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. Brasil: Medicina Paulatina Editora Ltda; 2006.
 28. Ludke M, Marli E. Pesquisa em Educacao: Abordagens Qualitativas. E.P.U. André-Sao Paulo: Editora pedagógica e Universitaria LTDA; 1986.
 29. Vítóres, A. Curso de Investigación Cualitativa: fundamentos, Técnicas y Métodos. España; 2004. (documento en línea: http://antalya.uab.es/liniguez/aula/ic_analisis_informacion.pdf) [consultado el día 19 de setiembre del 2018].
 30. Sgreccia E. La Bioética Personalista. *En Vida y Ética*. Buenos Aires: Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires; 2014.
 31. Ferrer E. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer [tesis doctoral]. Alicante: Universitat d'Alacant; 2008 (documento en línea: file:///C:/Users/TEMP/Desktop/tesis_elena_ferrer.pdf) [consultado el día 19 de setiembre del 2018]
 32. Guilera Ll. Anatomía de la creatividad. New York; 2010. (Documento en línea <http://www.esdi.es/content/pdf/anatomia-de-la-creatividad.pdf>) [día 19 de setiembre del 2018]
 33. Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener si bienestar”. Madrid; 2007. (documento en línea: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>) [día 19 de setiembre del 2018]
 34. Decreto legal 773. Equipos de protección personal. Perú; 1997 (documento en línea <http://personales.gestion.unican.es/martinji/Archivos/EProtIndividual.pdf>) [consultado el día 19 de setiembre del 2018]
 35. Vega T. Villalobos A. Manual de autocuidado del adulto mayor. Chile; 2014 (documento en línea http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_autocuidado.pdf) [consultado el día 19 de setiembre del 2018]
 36. Elfenbein P. Guías de programas para adultos mayores. Cuba; 2012 (documento en línea <http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/healthy/guias.pdf>) [consultado el día 25 de setiembre del 2018]

37. Servicios Madrileño de Salud. Hábitos saludables en las personas adulta mayor. Madrid; 2014 (documento en línea http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427276732&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal)
38. Gómez J. Prevención y promoción para adultos mayores (cuidadores). Bogotá; 2016 (documento en línea <http://gerontociencia.galeon.com/aficiones1300391.html>) [consultado el día 25 de setiembre del 2018]
39. Texeira V, Feijo F, Rodriguez T, Antúnez M, Manica A. Atención de enfermería al adulto mayor en el primer nivel de atención. Montevideo; 2010. (documento en línea: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2513/1/FE-0349TG.pdf>) [consultado el día 25 de setiembre del 2018]
40. Clínica Universidad de los Andes. En busca de hogares seguros para nuestros adultos mayores. Perú; 2014 (documento en línea <http://www.clinicauandes.cl/shortcuts/novedades/en-busca-de-hogares-seguros-para-nuestros-adultos-mayores>) [consultado el día 25 de setiembre del 2018]
41. Marante E; Casanova M, Nuñez E, Trasancos C. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Cuba; 2012 (documento en línea <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v18n3/amc04030314.pdf>) [consultado el día 25 de setiembre del 2018]
42. García Hernández M. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.



Anexo 1.

Consentimiento informado para validación del instrumento de recolección de datos.

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadora: Fanny Yasmin Casas Capuñay.

Título : Experiencias sobre seguridad física al adulto mayor en su hogar–Monsefú, 2017.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar de una entrevista con la finalidad de validar un instrumento para la ejecución de la investigación denominada “Experiencias de seguridad física que se brinda al adulto mayor en su hogar – Monsefú, 2017”.

Su participación permitirá modificar de ser necesario el instrumento original y adaptarlo para los fines de los que se ha dispuesto.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se está comprometiendo a participar responsablemente en la formulación de la entrevista el cual consta de algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, para lo cual será grabada en un grabador de voz, asignándole u pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo de 20 a 25 minutos. La entrevista se realizará en su domicilio de cada entrevistado.
2. Luego de la entrevista se realizará una revisión de la misma para verificar que lo manifestado contribuya a cumplir con los objetivos planteados en la investigación, es decir que las preguntas si recogen la información requerida, se guardará la confidencialidad de los datos proporcionados.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con seudónimos y no con nombres.

Uso futuro de la información obtenida:

La información proporcionada en la entrevista no será publicada ni los archivos serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Autorizo guardar la base de datos:



Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

 Participante
 Nombre:
 DNI:

 Fecha

 Investigador
 Nombre: Fanny Yasmin Casas Capuñay.
 DNI: 73338194.

 Fecha

ANEXO 2 -A

Consentimiento informado para los cuidadores del adulto mayor.

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadora: Fanny Yasmin Casas Capuñay.

Título : Experiencias sobre seguridad física al adulto mayor en su hogar–Monsefú, 2017.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Experiencias de seguridad física que se brinda al adulto mayor en su hogar – Monsefú, 2017”.

Estoy realizando este estudio para determinar cuáles son las medidas de seguridad física que utiliza el cuidador al adulto mayor.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se está comprometiendo a participar responsablemente en la formulación de la entrevista el cual consta de algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, para lo cual será grabada en un grabador de voz, asignándole u pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo de 20 a 25 minutos. La entrevista se realizará en su domicilio de cada entrevistado.
2. Luego de la entrevista se realizará el procesamiento de los datos que será de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 1 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos:



Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre: Fanny Yasmin Casas Capuñay.

DNI: 73338194.

Fecha



ANEXO 2 - B

FACULTAD DE MEDICINA – ESCUELA DE ENFERMERÍA.

“Entrevista de las experiencias sobre seguridad física al adulto mayor en su hogar”.

Objetivo: esta entrevista busca recolectar información acerca de las experiencias sobre seguridad física al adulto mayor.

Datos generales: Edad: _____ Grado de instrucción _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Grado de parentesco: _____

Religión _____ Procedencia: _____

Datos específicos:

1. ¿Qué medidas de seguridad física pone en práctica para cuidar al adulto mayor en el hogar?
2. ¿Qué experiencias ha tenido al ponerlas en práctica cada una de las medidas?
3. ¿Por qué pone en práctica estas medidas?
4. ¿Cómo aprendió esas medidas?
5. ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?