

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO

ESCUELA DE POSTGRADO



CUIDADO DEL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE
DESDE EL MODELO DE NOLA J. PENDER - CHICLAYO,
PERÚ. 2013

AUTORA: FLOR CECILIA SALGADO MONTENEGRO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

Chiclayo, Perú
2015

**CUIDADO DEL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE
DESDE EL MODELO DE NOLA J. PENDER - CHICLAYO,
PERÚ. 2013**

POR

Flor Cecilia Salgado Montenegro

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el
Grado Académico de **MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR

Mgtr. Maribel Albertina Díaz Vásquez

Presidenta de Jurado

Mgtr. Angélica Vega Ramírez

Secretaria de Jurado

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete

Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2015

DEDICATORIA

A mi adorada madre Flor:
Por estar siempre a mi lado, por su infinito amor, constante motivación y apoyo incondicional. Por enseñarme lo bella que es la vida y que con perseverancia y optimismo se logra lo que uno anhela.

A mi tía Tania y a Hans:
Por sus palabras de aliento, por darme la fortaleza de seguir adelante y motivarme en todo momento a dar lo mejor de mí.

A mis queridos abuelitos
Teodosia y Jacobo †, mi gran inspiración para la realización de la presente investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre Eterno y a la Santísima Virgen María:
Por ofrecerme vida y salud, estar presente en mi diario caminar,
mantener viva mi fe y enseñarme que con voluntad y humildad todo es
posible; por haber puesto en mi camino a personas que han sido mi soporte
y guía durante todo el proceso de investigación.

A las adultas mayores de la OSBAM “Corazón de Jesús”:
Por permitirme ingresar a sus hogares, sin ellas no hubiera sido
posible realizar la investigación.

A mi querida asesora Mary Susan:
por su tiempo compartido, acertada orientación e incondicional
apoyo.

A mis maestras Sofía y Elaine y jurados de tesis,
Maribel y Angélica, quienes compartieron conmigo sus valiosos
conocimientos; y a todas las personas que de alguna manera contribuyeron
en la realización de la presente investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	21
1.1. Antecedentes.....	21
1.2. Bases teórico - conceptuales.....	24
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	43
2.1. Tipo de investigación.....	43
2.2. Abordaje metodológico.....	45
2.3. Sujetos de la investigación.....	53
2.4. Escenario.....	56
2.5. Instrumentos de recolección de los datos.....	57
2.6. Procedimiento.....	58
2.7. Análisis de los datos.....	60
2.8. Criterios éticos.....	62
2.9. Criterios de rigor científico.....	65
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	67
Categoría 1º: El adulto mayor frente a experiencias previas de autocuidado... 68	
Categoría 2º: La incorporación a la Organización del Adulto Mayor "Corazón de Jesús": autoeficacia percibida para la acción.....	75
Categoría 3º: Enfermería, adulto mayor y familia: barreras percibidas para promocionar la salud.....	84
Categoría 4º: Los estilos de vida del adulto mayor como conducta promotora de salud.....	98
CONSIDERACIONES FINALES.....	107
RECOMENDACIONES.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	119

RESUMEN

La presente investigación de enfoque cualitativo, abordaje metodológico estudio de caso, tuvo como objetivos: Caracterizar, describir y analizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola Pender. Fue respaldada por el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996) y estudiosos como: Anzola, Elías (1993); Leitón, Zoila (2003, 2012); y otros, que abordan la etapa de vida del adulto mayor. Los sujetos de investigación fueron 13 adultas mayores autovalentes de 60 a 85 años y el escenario la Organización Social de Base del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”, del C.S José Olaya. Se utilizó el cuestionario socio - demográfico, entrevista semiestructurada a profundidad y cuestionario sobre conductas del adulto mayor autovalente en su cuidado. Los datos obtenidos fueron tratados con el análisis temático de Burns (2005). Emergiendo 4 categorías: a) El adulto mayor frente a experiencias previas de autocuidado; b) La incorporación a la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”: autoeficacia percibida para la acción; c) Enfermería, adulto mayor y familia: barreras percibidas para promocionar la salud; d) Los estilos de vida del adulto mayor como conducta promotora de salud. Se consideró los Principios de la Ética Personalista de Sgreccia (1996) y Criterios de Rigor Científico de Lincoln y Guba (1985). Concluyendo que las adultas mayores beneficiaron su salud desde su incorporación a la OSBAM y al sentir motivación para cuidar de la misma, mediante la adopción de comportamientos saludables, como actividad física y cuidado nutricional, a pesar de barreras percibidas para promocionar la salud.

Palabras clave: Modelo de Nola J. Pender, cuidado, adulto mayor autovalente, enfermería.

ABSTRACT

The present research of qualitative approach, case study methodological approach, had as objectives: characterize, describe, and analyze the care of the older adult self-reliant from the model of Nola Pender. It was supported by the health promotion model Pender (1996) and scholars as: Anzola, Elias (1993); Leiton, Zoila (2003, 2012); and others, dealing with the stage of life of the elderly. The research subjects were 13 older adult autovalentes of 60 to 85 years and stage the Social Organization of Basis of Adult Higher "Heart of Jesus", C.S José Olaya. Data collection instruments socio - demographic, the questionnaire was used as the interview semi - structured depth and a questionnaire on the older self-reliant in their self-care behaviors. The data obtained were treated with the thematic analysis of Burns (2005). Emerging 4 categories: a) The elderly against previous experiences of self-care; b) The incorporation into the Organization of adult higher "heart of Jesus": self-efficacy perceived for action; c) Nursing, elderly and family: perceived barriers to promote health; d) The life styles of the elderly as a promoter of health. It was considered the principles of the ethics Personalista de Sgreccia (1996) and criteria of scientific Rigor of Lincoln and Guba (1985). Concluding that older adults benefited his health since joining the OSBAM and feel motivated to take care of it, through the adoption of healthy, nutritional care and physical activity behaviors, despite perceived barriers to promote health.

Key Words: Model of Nola J. Pender, Care, Older self-reliant, Nursing.

INTRODUCCIÓN

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

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

mencionado en uno de los más grandes desafíos tanto para países desarrollados como en vías de desarrollo.¹

Dentro de los países de envejecimiento moderado, el Perú junto con Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, República Dominicana y Venezuela, también está manifestando esta transición demográfica. Los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al trimestre enero - marzo 2013 revelan que la población con 60 y más años de edad, denominada personas adultas mayores representa el 9,4% del total de población, lo que en cifras absolutas equivale a 2'807 000 (el 7,9% son personas adultas de 60 a 79 años y el 1,5% de 80 y más años de edad).²

De este total, el 53,3%, es decir, 1'496 000 son mujeres y el 46,7%, que equivale a 1' 311 000, son hombres. Según área de residencia, el 76,7% de la población de 60 y más años de edad vive en el área urbana y el 23,3% en el área rural. Los departamentos de Arequipa, Moquegua, Lima, Ica, Lambayeque, Áncash, La Libertad y la Provincia Constitucional del Callao concentran una población adulta mayor que supera el promedio nacional. Asimismo, se estima que la esperanza de vida para el año 2015 alcanzará los 74 años, originando una estructura por edades cada vez más envejecida, así como cambios en el tamaño y la estructura de la población peruana.³

La ENAH indica también que el 39,7% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales personas adultas mayores. Por grupos de edad, el 34,4% de hogares se encuentra integrado por alguna persona de 60 a 79 años y el 8,8% por alguna persona de 80 y más años. Asimismo, que el 79,4% de mujeres de 60 y más años padecen algún problema de salud crónico; mientras que, en los

varones es el 69,4%. Por el contrario, los varones sin enfermedades crónicas representan el 15,2% y las mujeres el 9,6%.

Estas cifras alarmantes muestran que actualmente en nuestro país, aproximadamente el 80% de adultos mayores padecen de algún problema de salud crónico y que solo menos de un 20% de adultos mayores no padecen algún tipo de enfermedad crónica, por ende se encuentran saludables. Asimismo, que solo el 30,1% de adultos mayores concurren a establecimientos de salud del sector público, el 13,5% a servicios del sector privado y el 10,2% a otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar).

Siendo que el 46,3% de adultos mayores no visita un establecimiento de salud, considerando dentro de las razones no ser necesario, hace uso de remedios caseros o se automedica, entre otras, lejanía del establecimiento, demora en la atención, carente de tiempo, trato inadecuado por parte del equipo de salud, falta de dinero o seguro de salud.² Estos porcentajes evidencian claramente que casi el 50% de adultos mayores no visitan un establecimiento de salud y solo la tercera parte de este grupo poblacional acude al sector público.

En Perú, en el año 2005, el Ministerio de Salud (MINSA) definió ocho Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores,⁴ conceptualizando en este documento que el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Asimismo, que la calidad de vida y funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las bases genéticas de la persona, estilos de vida, calidad del medio ambiente, acceso y

calidad de oferta de servicios de salud y a las enfermedades sufridas durante la infancia, adolescencia y adultez.

En el marco de estos Lineamientos la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud - Etapa de Vida Adulto Mayor, elaboró en el año 2006 la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores.⁵ En la actualidad todos los establecimientos del MINSA, EsSalud, FF.AA. y Policía Nacional orientan su atención al adulto mayor, para el cual el plan de salud debe ser individualizado, buscando de manera prioritaria satisfacer sus necesidades de salud, favoreciendo un envejecimiento saludable.

El desarrollo de actividades con adultos mayores activos - saludables y enfermos, autovalentes lo realiza en su gran mayoría el profesional de enfermería del primer nivel de atención, quien como responsable (y en coordinación con el equipo de salud), debe priorizar su actuar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, se evidencia escasa participación por parte de enfermería en aspectos relacionados con el autocuidado, estilos de vida saludables, medicación responsable y otros que orientan la promoción de la salud para una vida con bienestar.

Ello debido por el limitado número de recurso humano enfermero, responsable de la etapa de vida del adulto mayor y de otras estrategias sanitarias, lo que dificulta una óptima atención a las necesidades de salud de este grupo etario. Asimismo, se debe también al trabajo aislado del equipo de salud, escasas capacitaciones sobre promoción de salud del adulto mayor, deficientes condiciones de trabajo expresadas en bajos salarios, ausencia de motivación e incentivos por el desempeño laboral,

sobrecarga de trabajo y falta de tiempo, ambientes laborales reducidos y con escasos recursos materiales y financieros para promocionar la salud del adulto mayor.

La investigadora durante su experiencia profesional evidenció que la gran mayoría de adultos mayores saludables y aquellos con alguna enfermedad crónica, como diabetes, hipertensión arterial, entre otras, autovalentes, se dedican a diario a realizar labores domésticas o al cuidado de sus nietos, son dependientes de su familiares, no realizan actividad física ni desarrollan una vida social activa. Asimismo, no visitan lugares de esparcimiento o recreacionales, sin embargo, muestran mucho interés cuando se les invita a participar en actividades promocionales y recreativas relacionadas con el cuidado de su propia salud.

Hoy en día la manera como vive el adulto mayor en el Perú es consecuencia de una falta de definición respecto al rol que deben desarrollar estas personas en el medio familiar y social.⁶ Es ahí donde la familia y el equipo de salud, específicamente enfermería, juegan un rol importante; no solo al brindar educación para la salud, sino al desarrollar actividades preventivas promocionales, mediante la acción y trabajo conjunto, la actitud positiva hacia el cambio y la motivación constante. El adulto mayor no debe ser solo un receptor pasivo de los servicios de salud, sino que debe convertirse en un ser participativo.

Es así, que la investigadora frente a la problemática expuesta se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cómo se caracteriza el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J. Pender?, cuyo objeto fue el cuidado del adulto mayor autovalente. Asimismo, permitió delinear objetivos como:

caracterizar, describir y analizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J. Pender - Chiclayo, Perú, 2013.

Enfermería como profesión, poseedora del conocimiento especializado sobre el cuidado, por el contacto directo y cercanía con la persona; así como por su notable presencia en el primer nivel de atención, se convierte en principal agente dentro del equipo interdisciplinario encargada de motivar a las personas de los diferentes grupos etarios, entre ellos adultos mayores, a mantener su salud mediante la promoción de la salud, mantenimiento y prevención de la enfermedad, logrando independencia para satisfacer sus necesidades básicas.

En los últimos años el MINSA, a través de la Norma Técnica de Salud,⁵ busca atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor; a fin de lograr su bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable. Desde este punto de vista, la investigación conllevará a reflexión a las autoridades de las diferentes instituciones asistenciales y al equipo de salud inmerso en la etapa de vida adulto mayor sobre su participación con este grupo etario en el desarrollo de actividades promocionales dirigidas al fomento de comportamientos y estilos de vida saludables.

La riqueza de esta investigación radica en que actualmente en nuestro medio no existen estudios similares que reflejen preocupación por caracterizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Se pretendió con este estudio, mediante la concepción de la salud según la perspectiva de Pender que parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, analizar el cuidado del adulto mayor, experiencias durante su participación en la

Organización Social de Base del Adulto Mayor (OSBAM) “Corazón de Jesús” del Centro de Salud José Olaya y conocer las barreras tanto internas como externas existentes, motivaciones y conductas respecto a su salud y bienestar.

La investigación buscó además sensibilizar a las personas involucradas en el cuidado al adulto mayor, profesionales de enfermería y enfermeros en formación en el planteamiento de nuevas perspectivas que permitan redescubrir la importancia del cuidado a este grupo etario, enfatizando en promoción de la salud y enfrentar el reto de implementar estrategias innovadoras y planes de acción dirigidos a mejorar sus condiciones de vida mediante el mantenimiento de su funcionalidad e independencia en un contexto determinado con enfoque holístico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

Considerando el objeto de estudio, se realizó inicialmente la búsqueda de antecedentes para guiar el avance de la investigación; sin embargo, relacionando el constructo del adulto mayor con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, la información se reduce, ya que a nivel mundial existen escasas investigaciones relacionadas con este modelo. A continuación se muestran algunos resultados de investigaciones relevantes para el objeto de estudio:

Carrasco J, Díaz M,⁷ en su investigación *Modificando prácticas en salud ambiental a través del Modelo de Nola Pender en la Comunidad Educativa Ricardo Palma – Mórrope, 2011 – 2012, Chiclayo. 2013*; tuvo como objetivo: Modificar las prácticas en salud ambiental de una comunidad educativa primaria rural a través del

modelo de Nola Pender. La investigación fue mixta tipo concurrente, con enfoque metodológico acción participación. La muestra fue probabilística causal de 32 estudiantes entre el 4.^{to} y 5.^{to} grado de educación primaria, los sujetos de estudio fueron 5 docentes. Los instrumentos de recolección de datos fueron: el cuestionario tipo likert a los alumnos y la entrevista semiestructurada a docentes.

Después de la intervención de 2 años utilizando el modelo de Nola Pender se obtuvo: gestión para las prácticas en salud ambiental mediante la aplicación del diseño curricular por los docentes, generando beneficios de autoeficacia percibidos y compromiso con la adquisición de prácticas en salud ambiental por parte de los escolares, evidenciada por el 59 % de aceptable y 29 % sobresaliente. Por tanto el modelo permitió la modificación de las prácticas en salud ambiental con escolares en zonas rurales del Perú, siendo esto replicable a nivel nacional.

Alves A.⁸ en su investigación *Sociopoetizando la construcción de acciones de autocuidado en el envejecimiento saludable: una aplicación de la Teoría de Nola Pender*, (Río de Janeiro, 2010) tuvo como objetivo: describir la poética sobre acciones de autocuidado construidas por un grupo de personas de edad avanzada; y analizar los significados (conceptos) asignados por estas personas al envejecer. El estudio fue cualitativo descriptivo, teniendo en cuenta el paradigma naturalista. Se hizo uso del método analítico socio-poético, compuesto por 11 participantes de edad avanzada. Se concluyó que la comprensión del imaginario de los sujetos de la investigación mediada por la teoría de Pender ha identificado factores que influyen y motivan el autocuidado para los comportamientos saludables. Así, el grupo ve en su futuro una

imagen de envejecimiento más dinámico, y adopción por sí mismos de una vida más activa y exitosa.

Córdova N, Lavado S,⁶ en su investigación *Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú (Chiclayo, 2010)* tuvo como objetivo: identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. El estudio fue cualitativo con abordaje de estudio de caso. Se aplicó el cuestionario sociodemográfico y entrevista semiestructurada a profundidad. Los sujetos de investigación fueron 21 adultos mayores. Se concluyó que la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares generan procesos de comunicación efectivos o inefectivos; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor, asumiendo una percepción satisfactoria o insatisfactoria en su calidad de vida. A su vez, pese a las limitaciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

Stark M, Chase C, De Young A,⁹ en su investigación *Barreras para la Promoción de la Salud en Ancianos de la Comunidad Dwelling (Kalasmo, Michigan. 2010)* tuvo como objetivo: Examinar la relación entre las demandas atencionales medido por el estudio de exigencia atencional y promoción de la salud. En este estudio descriptivo - cuantitativo, los sujetos de investigación fueron 141 ancianos mayores de 65 años residentes en la comunidad Dwelling, quienes fueron reclutados para examinar la relación entre las demandas de atencionales medida por el estudio de exigencia atencional y promoción de la salud. Los resultados indican que las demandas atencionales pueden actuar como barreras, lo que reduce la capacidad de ancianos a participar en la promoción de la salud en

la comunidad. Las enfermeras de salud pueden centrarse en la atención hacia la reducción de demandas de atención y mejora de la promoción de la salud. Concluyendo además, que según el Modelo de Promoción de la Salud, las barreras pueden impedir la práctica de promoción de la salud.

1.2. Bases teórico - conceptuales

La presente investigación fue respaldada por el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (1996) y en estudiosos, como Anzola, Elías (1993); Medellín, Gladys (1995); Wojtyła, Karol (1999); Leitón, Zoila (2003, 2012); y otros quienes sustentan la etapa de vida del adulto mayor.

El primer contacto de Nola J. Pender con la enfermería profesional ocurrió cuando ella tenía siete años y observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada: "La experiencia de observar los cuidados de las enfermeras a mi tía y a su enfermedad crearon en mí una gran fascinación hacia el trabajo de enfermería".¹⁰

Esta experiencia y la educación que recibió posteriormente, influyeron en su idea de que la meta de enfermería era ayudar a los pacientes a que se cuidaran ellos mismos. Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en Psicología Experimental y en Educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de la Salud.

Dicho Modelo surge como un medio para integrar la ciencia de enfermería en la conducta, identificar los factores que influyen en el comportamiento saludable, además de ser una guía para explorar

el proceso biopsicosocial que motiva a las personas a involucrarse en conductas de salud.¹¹ Pender se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

Este modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.¹²

Pero ¿qué es la promoción de la salud para Nola Pender?, La autora define *promoción de la salud* como “aquellas actividades relacionadas con el desarrollo de recursos que mantienen o mejoran el bienestar de la persona”;¹¹ enfatiza que se encuentra motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano”.¹⁰ Asimismo, define el término *salud*, como un estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

La investigadora se encuentra de acuerdo con la concepción dada por Nola Pender, pero también conceptualiza a la promoción de la salud como un modelo estratégico que involucra a las personas, familias y comunidades en un proceso orientado al fortalecimiento de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida. Además, considera a la promoción de la salud como un proceso que proporciona a la población los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Y que para poder alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, una persona o grupo debe ser capaz de identificar, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades.

La investigadora sostiene que la salud es un proceso social, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar. La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto, la salud es integral y no solo la ausencia de la enfermedad.

El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.¹²

El primero postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que estas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La

intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a la persona a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el diagrama del Modelo de Promoción de la Salud¹² (VER ANEXO N° 05). En el esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: Conducta previa relacionada y los factores personales.

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los factores personales biológicos incluyen pero no están limitados a variables tales como edad, sexo, índice de masa corporal, fuerza, agilidad, o equilibrio. Los factores personales psicológicos incluyen variables como la autoestima, automotivación, estado percibido de salud y definición de salud. Los factores personales

socioculturales incluyen a variables como la raza, etnia, aculturación, educación y estado socioeconómico.

De los factores descritos, en los sujetos de estudio, resaltan en los factores biológicos: La edad, comprendida desde los 60 a más años; el sexo, en la Organización Social de Base del Adulto Mayor “Corazón de Jesús” del Centro de Salud José Olaya, existe prevalencia de sexo femenino; la capacidad física, todos los adultos mayores pertenecientes a la Organización son autovalentes; y el estado nutricional, determinado por el índice de masa corporal (bajo peso, eutrófico y sobrepeso). En los factores psicológicos resalta el estado afectivo del adulto mayor, y en los factores socioculturales el papel del adulto mayor en la familia y sociedad.

Tales factores pueden influir en el comportamiento, pero no son modificables por el profesional de enfermería, por ejemplo los biológicos o socioculturales. En conclusión, los factores personales pueden influir en cogniciones, afecto y comportamientos de salud, algunos factores personales no pueden ser cambiados; por lo tanto, no pueden ser incorporados como variables para modificación en las intervenciones de enfermería.⁷

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta. Para Pender¹³ constituyen un punto crítico para la intervención, debido a que están sujetos a modificación por medio de las acciones de enfermería. La medición de cambio en estas variables es esencial para determinar si tales cambios realmente resultan de la intervención y, a su vez, influyen en la ocurrencia de

comportamientos para la promoción de salud. Comprende seis conceptos:

El primer concepto corresponde a los *beneficios percibidos por la acción*, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud. Para Pender estos beneficios contribuyen en un 61% en comportamientos de salud. Tal supuesto se basa en la teoría expectativa - valor, en la que expresa que la importancia motivacional de beneficios esperados se basa en los resultados personales de previas experiencias directas con el comportamiento por medio del aprendizaje basado en la observación de otros participando en el comportamiento.¹³

Relacionando las líneas anteriores con los sujetos de la investigación, las adultas mayores pertenecientes a la OSBAM “Corazón de Jesús” del Centro de Salud José Olaya, por voluntad propia decidieron formar parte de la misma, ya sea por automotivación, por la propia familia, amigos de similar edad, o por parte del equipo de salud o enfermería, con la finalidad de lograr satisfacer sus necesidades de salud, mediante su participación y adquisición de nuevos conocimientos interrelacionados con la promoción de su salud.

La investigadora considera que para que el adulto mayor autovalente logre percibir resultados positivos (*beneficios de la acción*), el profesional de enfermería del primer nivel de atención, durante su accionar con este grupo etario debe desempeñar un rol dinámico; pues este cambia a medida que suple las necesidades de la población. Refiere también que el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, fomento y desarrollo de salud de la persona y de sus miembros por la

activación de sus procesos de aprendizaje. El enfermero desempeña entonces un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje, y para que se produzca un cambio, la persona debe ser participante activo en estos cuidados.

El segundo concepto se refiere a las *barreras percibidas para la acción*, estas son las acciones que afectan las intenciones de participar en un comportamiento en particular y la ejecución real del comportamiento.¹⁵ Este supuesto afecta en 79% a los comportamientos para la promoción de salud, estas barreras pueden ser reales o imaginarias; están relacionadas a las percepciones referentes a la falta de disponibilidad, inconveniencia, costo, dificultad o naturaleza de tiempo necesario para una acción en particular. Las barreras a menudo son vistas como los bloqueos, obstáculos, y costo personal para la participación en un comportamiento dado.

Las barreras usualmente provocan motivos para la evitación en relación a un comportamiento en particular, pero no es necesariamente determinante a evitar una acción, por ejemplo, el no realizar actividad física o la deficiente ingesta de frutas y verduras por el poco tiempo disponible o escasos recursos económicos que dispone el adulto mayor, son barreras personales percibidas en la adopción de conductas determinadas; sin embargo, es ahí, donde el profesional de enfermería debe adoptar medidas que contribuyan a minorar estas barreras. En definitiva, cuando la motivación para actuar es baja y las barreras altas, es poco probable que ocurra la acción, sin embargo cuando la motivación para actuar es alta y las barreras bajas, la probabilidad de acción es mayor.¹⁵

El tercer concepto es la *autoeficacia percibida*, uno de los conceptos más importantes porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

No se preocupa por la habilidad que uno tiene sino por la evaluación de lo que uno puede hacer con la habilidad que uno tenga. Las evaluaciones de la eficacia personal se distinguen de los resultados esperados, porque la autoeficacia percibida es una evaluación de las habilidades personales de lograr un cierto nivel de cumplimiento, mientras tanto la expectativa de resultado es la evaluación de una consecuencia probable (beneficios, costos) de comportamientos.¹³ En conclusión, entre más positivo el afecto, mayor la percepción de eficacia, entonces la autoeficacia se propone como influencia en las barreras percibidas en acción, con mayor eficacia, resultando en menor percepción de barreras en la elaboración del comportamiento meta.

Analizando este tercer concepto, la investigadora considera que desempeñar funciones en el primer nivel de atención, requiere que el enfermero demuestre un alto grado de profesionalismo, desarrollando competencias y habilidades, valores de solidaridad y respeto, ser una persona digna de confianza, perseverante en su actuar, con una sólida formación humanista, acompañada de una buena dosis de sensibilidad social hacia los adultos mayores.

Para optimizar este accionar y actuar de los profesionales de enfermería, es imprescindible que ellos tomen conciencia sobre la

responsabilidad que implica el ejercicio de la enfermería y los diversos roles que deben cumplirse al promocionar la salud de la persona en sus diferentes etapas de vida, entre ellas, la etapa de vida del adulto mayor. De esta manera, el adulto mayor se mostrará motivado al ejecutar conductas promotoras de salud, más aún si la propia familia participa, y logra eliminar ciertas barreras, como por ejemplo al brindar apoyo económico, para la compra de alimentos como frutas y verduras, o incentivando en la importancia de la actividad física.

El cuarto concepto es el *afecto relacionado a la actividad*, se relaciona con los sentimientos subjetivos, antes, durante y después de realizar una actividad, basado en las propiedades de estímulo, asociados con el evento de comportamiento.⁴ Las respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas, o fuertes y están cognitivamente etiquetadas, almacenadas en memoria, y asociadas con pensamientos subsiguientes del comportamiento.

El afecto relacionado a la actividad consta de tres componentes que se explicarán con la iniciativa del adulto mayor de formar parte del programa: el primer componente es la excitación emocional al acto dado, es la emoción e iniciativa que tuvieron las adultas mayores de integrar o formar parte de la OSBAM; el segundo componente es la autoactuación (relacionado a uno), es decir, la capacidad de cada adulta mayor para ejecutar acciones dirigidas al cuidado de su salud (autocuidado, estilos de vida saludables); y tercero la satisfacción de necesidades, en el cual toma lugar la acción (relacionado al contexto).

Estos sentimientos percibidos afectarán si un adulto mayor repite el comportamiento anterior nuevamente o mantiene el

comportamiento actual a largo plazo. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, significando que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.¹⁰

El quinto concepto habla de las *influencias interpersonales*, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos. Este concepto se encuentra relacionado con los factores personales, está definido como condiciones relacionadas con los comportamientos, creencias o actitudes de otros.¹⁵

Las fuentes principales de influencia interpersonal sobre los comportamientos para la promoción de salud del adulto mayor es la familia (hijos, nietos, parientes), amistades y el equipo de salud, entre ellos, enfermería. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de gente significativa), apoyo social (motivación instrumental o emocional), y modelaje (aprendizaje vicario por medio de la observación de otros participando en un comportamiento en particular).¹⁵

Finalmente, el sexto concepto indica las *influencias situacionales en el entorno*, que pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud. Estas influencias se relacionan con las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto, y pueden facilitar o impedir el comportamiento. Las influencias de situación sobre el comportamiento para la promoción de salud incluyen a las

percepciones de opciones disponibles, características de demanda, y características estéticas del ambiente dentro del cual se propone que el comportamiento tome lugar.⁷

Para Pender las influencias de situación han sido conceptualizadas como influencias directas e indirectas sobre el comportamiento de salud, estas pueden afectar comportamientos directamente al presentar un ambiente cargado de pautas que motivan la acción. Por ejemplo, un ambiente con imágenes y frases relacionadas con la importancia de la actividad física y adecuada nutrición crea características de demanda para un comportamiento de iniciar o incrementar la actividad física y la ingesta de alimentos saludables.

Las influencias de situación puede ser una clave importante para el desarrollo de estrategias nuevas y más efectivas para facilitar la adquisición y mantenimiento de comportamientos para la promoción de salud en poblaciones diversas.¹³

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso con un plan de acción¹² (el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud),¹⁰ y que constituye el precedente para el resultado final deseado; es decir, para la Conducta Promotora de la Salud (el punto de mira o resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal o la vida productiva).¹⁰ En este compromiso pueden influir además las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.¹²

En síntesis, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, esta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Relacionando este modelo en la etapa de vida del adulto mayor, si bien este grupo etario tiene conductas aprendidas en el transcurrir de los años que no son fáciles de modificar; sin embargo, también cuentan con motivaciones diferentes y elementos capaces de influir en sus estilos de vida de manera oportuna y favorable.

La exploración del Modelo de Promoción de la Salud ayuda a los profesionales de la salud, en especial al profesional enfermero, a apoyar la práctica de enfermería; y ser una propuesta para llevar a cabo intervenciones en el contexto de promoción de la salud relacionadas con el cambio de comportamiento y mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Para Nola Pender, enfermería se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Asimismo, es a través de las intervenciones y estrategias de la enfermera que se logra comportamientos promotores de salud. En todas las sociedades, la importancia de la

enfermería en la prestación de servicio de salud es indiscutible, siendo la salud pública uno de los ámbitos en que ha ahoyado un rol protagónico.

Según la OPS, estos esfuerzos siempre se han caracterizado por su identificación cercana, de comprensión y confianza. Son los integrantes del equipo de salud que tal vez tienen menos distancia social respecto a las personas, porque su capacidad para comunicarse y aptitudes para entender aspectos culturales están muy desarrollados. Estas aptitudes facilitan la prestación de servicios de salud individuales como grupales.¹⁴

Desde este punto de vista, la investigadora considera que existe la necesidad de que los profesionales de enfermería incrementen su participación activa, en el desarrollo de actividades educativas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería de calidad. Tal situación permitiría entre otras mejorar la calidad de vida de la persona mediante el seguimiento de estilos de vida saludables y de autocuidado que le permitan cumplir de manera consecuente con el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Los enfermeros del primer nivel de atención laboran en diversos ambientes, con personas, familias, grupos y la comunidad como un todo desempeñando un rol dinámico que cambia a medida que suple las necesidades de la población. Entre estas necesidades se encuentran la educación, promoción de la salud y la ejecución de programas de atención y prevención. Cabe destacar que en este ámbito el enfermero valora la diversidad y complejidad de los factores que influyen sobre la salud de la comunidad.

Para ello, debe realizar la valoración lo cual posibilita la elaboración de diagnósticos comunitarios. Tales diagnósticos son útiles para determinar el enfoque específico para la planeación de las intervenciones de enfermería. Por lo tanto, utiliza el proceso de cuidado en el desarrollo de sus actividades diarias como la educación para la salud mediante talleres y sesiones demostrativas, visitas domiciliarias, entre otras.

En la presente investigación los sujetos de estudio fueron adultas mayores autovalentes que integran la OSBAM “Corazón de Jesús”, del Centro de Salud José Olaya. Antes de conceptualizar al adulto mayor autovalente, la investigadora parte diciendo que el envejecimiento es un transcurrir de vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales propias. Es también un acontecer que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación de la persona.¹⁵

Envejecer es también un proceso que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y tejidos durante este proceso no deben considerarse problemas de salud, sino más bien variantes anatomofisiológicas normales que se presentan de forma universal, porque es propio de todos los seres vivos; progresivo, porque obedecen a un proceso acumulativo; declinante, porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual; intrínseca, porque ocurren dentro de la persona a pesar de ser influenciada por factores ambientales; e irreversible, porque son definitivos.¹⁶

Los cambios propios del envejecimiento son además altamente individuales, porque se manifiestan de diferente manera en cada persona; y producto de cuatro factores interrelacionados como son el envejecimiento biológico normal, las enfermedades, la pérdida de destrezas y habilidades, y los cambios sociales que se suceden durante este periodo de la vida.

Dentro del proceso de envejecimiento, se llama *vejez, edad avanzada, edad tardía, tercera edad, ancianidad, años dorados o adulto mayor*, al periodo de vida comprendido entre los 60 y 65 años de edad hasta la muerte. Es esta etapa a la que más nombres se le han asignado en cada sociedad, como una forma de disfrazar innecesariamente la realidad, determinado en cada individuo en forma genérica.¹⁷

Wojtyła¹⁸ explica que a veces se habla de la vejez como el otoño de la vida, por analogía con las estaciones del año y la sucesión de los ciclos de la naturaleza. Basta observar a lo largo del año los cambios de paisaje en la montaña y en la llanura, en los prados, valles y los bosques, en los árboles y las plantas. Existe una gran semejanza entre los biorritmos del hombre y los ciclos de la naturaleza.

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

aprendido y experimentado, de lo realizado y conseguido, sufrido y soportado, es decir, la trayectoria de toda una vida.

De acuerdo con el MINSA,⁴ el adulto mayor es la persona de ambos sexos comprendida entre los sesenta a más años de edad; singular y compleja, con cambios biopsicosociales propios del envejecimiento. Es esta última etapa una época de la vida en que se ha rebasado la barrera imprecisa de la medianía de edad y se entra en un período, que si bien puede acarrear angustias, problemas físicos, emocionales y económicos; aporta una serie de compensaciones, como una mayor y profunda experiencia, una visión y sentido diferente de la vida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁹ considera que desde el punto de vista funcional, la persona adulta mayor que vive en la comunidad puede ser autovalente (65%), frágil (30%) y postrada o terminal (3 a 5%). La persona adulta mayor autovalente es aquella capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria, es decir, esenciales para su autocuidado. La persona mayor frágil es aquella con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. La persona mayor dependiente o postrada es aquella con pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita el desempeño de sus actividades diarias.

Asimismo, el MINSA,⁵ a través de la aplicación de la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), ha clasificado a este grupo etario en cuatro categorías: *persona adulta mayor activa saludable, enferma, frágil y paciente geriátrico complejo*. Considerando que el objetivo fundamental de los adultos mayores activos saludables es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La persona adulta mayor activa saludable es aquella cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas o crónicas, y con examen físico normal. No presenta patología, está saludable. La persona adulta mayor enferma, es aquella que presenta alguna afección aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de persona mayor frágil o paciente geriátrico complejo.

La persona adulta mayor frágil es aquella con dos o más de las siguientes condiciones: de 80 a más años de edad; dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz; deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer; y con manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage; riesgo social, según Escala de Valoración Socio - Familiar; una caída en el último mes o más de una caída en el año; pluripatología; polifarmacia; enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional; hospitalización en los últimos 12 meses; IMC igual o menor de 23 o mayor de 28.

El paciente geriátrico complejo es aquel que cumple con tres o más de los siguientes requisitos: de 80 a más años de edad; pluripatología; el proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante; deterioro cognitivo severo; problema social, según Escala de Valoración Socio - Familiar; paciente terminal.

En la presente investigación los sujetos de estudio fueron adultas mayores de 60 a 85 años de edad, activas saludables o con alguna afección no invalidante como hipertensión arterial o diabetes

mellitus. Todas ellas autovalentes, porque realizan diversas actividades de la vida cotidiana por sí solas como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse, realizar actividades instrumentales de la vida diaria, manejar la medicación, capaces de valerse por sí mismas y realizar su propio cuidado.

Con la etapa del adulto mayor se concluye el desarrollo humano, etapa de la cual Erickson habla en su Teoría de la Maduración, al enunciar que si la persona ha superado satisfactoriamente las etapas anteriores de su vida, por ende, debe ser lo suficientemente madura, para aceptar sin ansiedad la responsabilidad de su forma de vida. Igualmente, en el esquema de Erickson, la ancianidad es la octava etapa de vida y la dimensión psicosocial que pasa ahora a primer término, es la “integridad de la personalidad y la desesperación”.¹⁷

En este sentido, el sentimiento de integridad resulta de la capacidad de la persona de mirar hacia atrás y contemplar la vida con satisfacción: el sentimiento de angustia y depresión se encuentra en la persona que ve su vida como una serie de oportunidades fallidas y de deducciones equivocadas, dándose cuenta ahora en los años crepusculares, que es demasiado tarde para volver a empezar; para esta persona, el resultado inevitable es un sentimiento de desesperación acerca de aquello que podría haber sido y no fue.

De esto se deduce que si la persona ha superado adecuadamente los conflictos, podría tener una ancianidad satisfactoria y productiva; en cambio, no la persona cuya vida estuvo llena de frustraciones y conflictos emocionales, ocasionados por ella misma o por su medio y que no las pudo superar, cuyo resultado es una vejez insatisfecha. Es decir, según haya sido el estilo de vida, tipo

de trabajo, recreación y tensiones, todas las funciones de la estructura orgánica de la persona, se someten a un deterioro más o menos diferenciado, no necesariamente correlativo a edad cronológica, pero inevitable.

Actualmente, es indiscutible el derecho de los adultos mayores activos a participar activamente en los programas de salud, tanto en el sector público como privado, ya que todos los establecimientos del primer nivel de atención del MINSA cuentan con una Norma Técnica para la atención integral de este grupo etario⁵; y que representa una alternativa eficaz para promocionar la salud y prevenir la enfermedad. Al mejorar los conocimientos sobre estilos de vida saludable, control y disminución de factores de riesgo y promoción de conducta de cuidado, se traducirá en una población adulta mayor más saludable.

La investigadora considera que la mayoría de las personas adultas mayores activas tienen la capacidad física y mental necesaria para realizar actividades de promoción de su salud en unión con profesionales de salud, entre ellos, enfermería. Igualmente, que este grupo etario ha adquirido algunos de los conocimientos básicos por medio de las experiencias de su vida cotidiana y de situaciones que afectan su salud; pero será necesario que aprendan nuevos conocimientos y prácticas que les permitan realmente convertirse en sus propias fuentes de bienestar.

Desde este punto de vista, para poder construir procesos eficaces en el desarrollo de comportamientos saludables, es preciso aplicar metodologías de educación y comunicación para la salud en los diversos escenarios donde se desenvuelve el adulto mayor. De esta manera, contribuir en la adopción de nuevos comportamientos

saludables en sus prácticas cotidianas. Resulta importante desarrollar procesos de formación y desarrollo de competencias en el personal de salud, tales como metodología de planeamiento estratégico y de comunicación educativa.

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

CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

En el presente estudio para alcanzar los objetivos trazados se necesitó de un diseño metodológico que permitiera el conocimiento del objeto de estudio; este diseño se basó en la investigación cualitativa, aquella que intenta analizar profundamente una actividad en particular, permitiendo comprender interpretativamente la experiencia humana. En este caso, caracterizar, describir y analizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J. Pender, Chiclayo – Perú, 2013.

De acuerdo con Tójar,²⁰ la investigación cualitativa se caracteriza por ser humanista, porque se ocupa del ser humano desde la perspectiva del ser humano. No busca esconderse o disfrazarse detrás de una vestimenta de objetividad o alteridad para

analizar los fenómenos. Busca al hombre y mujer desde la propia persona. Desde cómo ellos se ven, aunque no tengan palabras exactas para expresarlo, o escaso tiempo o interés por desvelarlo. El valor de la persona y su dignidad están por encima de la propia investigación.

Es vista esta investigación como un arte, que desarrollan las personas que investigan, y requiere tener una determinada visión del mundo, talento creativo, ser receptor y transmisor de emociones y ello desde una perspectiva estética, emocional e intelectual. Las cualidades personales del investigador, la sensibilidad creativa, su imaginación, intuiciones han de impregnar toda la investigación para encontrar el tema, buscar escenarios, ver y escuchar lo que otros no pueden o no quieren y para reconstruir y narrar el resultado de la investigación como una historia.

Consiste en descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando las expresiones de los participantes: sentimientos, pensamientos y reflexiones, tal y como son sentidos y expresados por los mismos y no como el investigador lo describe;²¹ es por esta razón que se utilizó dicha metodología, ayudando a enfatizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J. Pender.

Esta investigación fue de mucho interés porque permitió un acercamiento directo con los sujetos de investigación, logrando explorar pensamientos, sentimientos y su accionar; teniendo en cuenta que una investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de la realidad, sus sistemas de relaciones, su estructura dinámica, una descripción verbal o explicación del fenómeno estudiado, su esencia, naturaleza y comportamiento.

2.2. Abordaje metodológico

Dentro de los múltiples enfoques que tiene el abordaje cualitativo, la investigadora consideró importante utilizar uno de los enfoques emergentes de esta investigación, el estudio de caso, método que presenta un ingenioso recorte de una situación completa de la vida real, ofreciendo descripciones, interpretaciones y explicaciones de comportamientos, discursos o situaciones,²² permitiendo estudiar de forma detallada y exhaustiva un caso, para descubrir e identificar consideraciones importantes relacionadas con la situación estudiada.

Los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades; normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones y otras unidades sociales. El investigador que realiza este método, intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas.

Para la investigadora, el estudio de caso es un camino para la construcción del conocimiento, que al analizarse con detalle una unidad de un grupo determinado, dentro de un contexto real, se pueden comprender sus características con profundidad. Su principal ventaja es la profundidad a la que puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos permitiendo la generalidad de los mismos. Aunque en otro tipo de investigaciones suele objetarse que los datos tienden a ser superficiales, los estudios de caso brindan la oportunidad de llegar a conocer las condiciones, sentimientos, pensamientos, actos pasados y presentes, y el entorno de la persona.²¹

El estudio de caso implica analizar el objeto de estudio desde 7 principios de Menga Ludke y André²³ que lo caracterizan como son:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento, donde el investigador se mantiene pendiente de nuevos elementos relevantes durante el proceso del estudio; siendo la base teórica conceptual un punto de partida a través del cual estos elementos puedan ser descubiertos en nuevos aspectos o dimensiones durante el proceso del estudio.

Para el desarrollo de la investigación, en primer lugar se procedió a recopilar información de diversas fuentes bibliográficas. El marco teórico inicial sirvió como referencia, delimitando con más exactitud el objeto de estudio. Conforme se fue desarrollando la investigación, se procedió a evaluar la necesidad de recurrir a nuevas fuentes bibliográficas.

Los estudios de caso enfatizan en la interpretación del contexto, para lo cual fue necesario delimitar el contexto donde se sitúa al objeto (cuidado del adulto mayor autovalente), de tal manera poder caracterizar, describir y analizar el cuidado de este grupo etario relacionado a la percepción de beneficios de la acción, barreras para la acción, autoeficacia y afectos relacionados a la actividad. En el presente estudio se tomó en cuenta los factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyeron en la conducta promotora de salud.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma amplia y profunda a través de la estructuración de la problemática, haciendo énfasis en el análisis de la realidad y utilizando variedad de fuentes de información obtenidas en investigaciones relacionadas

con el objeto de estudio. En ningún momento se omitieron aspectos relevantes en la investigación, se corroboró en los discursos de las adultas mayores, se analizó y discutió desde las acciones más simples hasta las más complejas.

Los estudios de caso procuran representar divergentes y conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiados suscitaron opiniones diferentes, la investigadora procuró traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. Esta característica permitió conocer los factores que influyen positiva o negativamente en la conducta promotora de salud del adulto mayor, permitiéndoles manifestar sus diferentes opiniones al respecto.

Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. Para dar consecución a este principio, la investigadora recurrió a la recolección de información en diferentes momentos y situaciones. Debido a la naturaleza del objeto de estudio y con el fin de enriquecerlo, se utilizaron técnicas e instrumentos de recolección de datos como el cuestionario sociodemográfico, la entrevista semiestructurada a profundidad y un cuestionario sobre conductas del adulto mayor autovalente en su autocuidado, permitiendo la discusión del problema encontrado.

Los estudios de caso revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales. La investigadora se sirvió de experiencias vividas y observadas durante los años de su formación académica y experiencia profesional en el primer nivel de atención para la descripción de la realidad encontrada que se quiso estudiar, realizando generalizaciones naturales con los resultados obtenidos.

Los estudios de caso utilizan lenguaje asequible en relación con otros relatos de investigación. En el presente estudio se procuró que los relatos presentados mantuvieran un estilo narrativo y descriptivo, un lenguaje claro, preciso y conciso, que concedan a la investigadora claridad y coherencia para poder ser entendida e interpretada por cualquier lector.

El estudio de caso implica analizar el objeto de estudio y en aras de una mejor comprensión del abordaje metodológico, se enuncian a continuación las 5 fases propuestas por Andrade²⁴ que guardan estrecha relación con la investigación: exploratoria, planeamiento, recolección de datos y evidencias, análisis de resultados y presentación del informe.

La primera fase *exploratoria*, consiste en la definición clara y precisa del tema, enunciando las cuestiones orientadoras. Es probablemente el paso más importante de toda investigación científica, pues una pregunta mal formulada puede comprometer todo el estudio.

Esta fase fue desarrollada cuando se eligió el tema de investigación, el mismo que surgió a partir de la realidad observada por la investigadora durante su experiencia profesional en establecimientos del primer nivel de atención; asimismo, el contacto con fuentes bibliográficas, la conducción acertada de la asesora, los aportes de los docentes y maestrantes, permitieron moldear la idea base para luego definir y delimitar con mayor claridad el objeto, sujetos de estudio y contexto.

A partir de la premisa propuesta, nacieron nuevos elementos como producto de la revisión bibliográfica que finalmente permitieron establecer los objetivos propuestos que debían direccionar la investigación a lo largo de todo su proceso, de tal manera que los resultados obtenidos a la conclusión del trabajo, fueran los esperados por la investigadora.

La segunda fase es el *planeamiento* realizado a partir de lecciones derivadas del marco teórico y las características del caso. Incluye la construcción de un protocolo de aproximación con el caso y todas las acciones que se desarrollarán para completar el estudio. El protocolo es un conjunto de códigos, términos y procedimientos suficientes para replicar el estudio, o aplicarlo en otro caso que mantiene características similares con el caso de estudio original.

Esta fase es la correspondiente a la redacción y formulación del proyecto de investigación, donde se procedió a realizar una búsqueda minuciosa de la información necesaria para la elaboración del marco teórico, se eligieron los autores que aportarían el marco teórico, se ubicaron los antecedentes y se determinó el tipo de investigación y abordaje metodológico. En esta etapa también se plasmó el diseño de los instrumentos de recolección de datos como son: la entrevista semiestructurada a profundidad y el cuestionario sociodemográfico, permitiendo la discusión del problema encontrado.

En el trabajo de investigación, además, se consideraron los detalles y criterios que debían regir en la investigación, como la determinación de los sujetos de estudio, con los respectivos criterios de inclusión o exclusión, y el escenario para el trabajo de campo. De igual forma, fue necesario detallar minuciosamente el proceso de

desarrollo de la investigación, de tal manera que los lectores obtengan una idea general suficiente para aplicar el trabajo en otra realidad. Para la formulación del proyecto, se consideraron también principios éticos y criterios de rigor científico, de tal manera que la expresión final del mismo tuviera la validez científica suficiente para ser considerado un trabajo referencial.

La tercera fase la constituye la *recolección de datos y evidencias*, existiendo dos tipos de datos, los primarios que son los recogidos directamente de la fuente y los secundarios que son los datos ya recolectados que se encuentran organizados en archivos, banco de datos y anuarios estadísticos. Dependiendo del objeto de estudio, el investigador podría dar mayor énfasis a la investigación cuantitativa, o en otro caso, el enfoque cualitativo en el que se buscará describir, comprender y explicar el comportamiento, palabras y situaciones.

Esta fase corresponde al desarrollo del trabajo de campo propiamente dicho, en este caso, la técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada a profundidad. Previa a su aplicación, se realizó la validación de la entrevista con pruebas piloto aplicadas a dos adultos mayores de otro centro de salud, de esta manera corroborar si la misma permitía cumplir con los objetivos propuestos. Basándonos en los resultados se optó por corregir la redacción de algunas preguntas para una mejor comprensión de las mismas.

Posterior a ello, para poder iniciar la recolección de la información, la investigadora acudió al Centro de Salud José Olaya, donde se entrevistó con la coordinadora de la Etapa de Vida del Adulto Mayor, quien dio a conocer la investigación, los objetivos a

alcanzar y el permiso correspondiente para la ejecución. Ella atentamente aceptó y dio el pase correspondiente.

De igual forma, a través de la Escuela de Postgrado USAT, se presentó la CARTA N° 014 – 2014 – USAT – EP al director del centro de salud, solicitando autorización para desarrollar la ejecución del proyecto de tesis (VER ANEXO N° 06). Se autorizó el desarrollo del mismo con el OFICIO N° 166 – 2014/LAM.RED CH. /CSJO (VER ANEXO N° 07).

Posteriormente, previa coordinación con la licenciada enfermera responsable de la *Etapa de vida del adulto mayor*, se acudió a la OSBAM del Centro de Salud José Olaya en donde se explicó a las adultas mayores los fines que perseguía la investigación. Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se coordinó con cada adulta mayor sobre el lugar, fecha y hora, previa disponibilidad horaria de las mismas, aceptando todas ellas aplicar la entrevista en sus domicilios, quienes acondicionaron un ambiente tranquilo y libre de distracciones. Cada entrevista tuvo un promedio de duración de 30 minutos y se llevó a cabo con la mayor espontaneidad y disposición de las entrevistadas.

Las entrevistas fueron reproducidas inmediatamente concluidas para evitar su inequívoca transcripción. El proceso de transcripción tuvo un promedio de tiempo, las mismas fueron leídas y releídas para luego ser presentadas y aprobadas. Durante la investigación, únicamente se tomó en cuenta las fuentes primarias, es decir, que la información obtenida al aplicar las entrevistas provino únicamente de lo manifestado por los sujetos de estudio.

La cuarta fase es el *análisis de resultados*, según esta etapa no hay una guía única para analizar los resultados de un estudio de esta

naturaleza. La mayor parte de evaluaciones y análisis de datos es realizado paralelamente con el trabajo de recolección. Las triangulaciones de datos o el encadenamiento de evidencias, eventualmente realizadas junto con el trabajo de campo darán fuerza, confiabilidad y validez a los hallazgos de la investigación y las conclusiones.

En esta fase la información obtenida fue en primera instancia transcrita, manteniendo su integralidad. Se leyeron y analizaron los discursos, realizando un análisis profundo de los datos que se obtuvieron en los discursos, empleando el método de recorte e identificación por colores de los discursos con significados análogos. Se obtuvieron fragmentaciones significativas relacionadas directamente con el objeto y objetivos de estudio. Posteriormente, se agruparon por similitud contextual dando origen a 4 categorías y 1 subcategoría preliminar; para finalmente quedar estructuradas y ser interpretadas a la luz del marco teórico permitiendo la construcción de conocimiento.

La quinta y última fase es la *presentación del informe*. Se estableció que terminada la recolección de datos se procediera a la elaboración del informe final, uniendo y analizando la información, para luego tornarla disponible en una presentación, considerando en su redacción el modelo de la estructura, y siguiendo el esquema de presentación de investigaciones cualitativas requerida por la institución donde se desarrolle.

Los capítulos, secciones y subsecciones de la investigación pueden ser organizadas bajo varios enfoques: con la estructura *analítica lineal*, cuando tiene una secuencia de puntos estándar; estructura cronológica, cuando se guía por una secuencia de

capítulos y secciones que describen la historia del estudio de caso; o estructura de la incertidumbre, en el que las respuestas o los resultados del estudio de caso son presentados en el capítulo inicial, y el resto del estudio son relatados en los capítulos y secciones subsecuentes.

La redacción se elaboró utilizando el modelo de la estructura analítica lineal, es decir, siguiendo el esquema de presentación de trabajos cualitativos requerido por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo - Perú. Guiado por una secuencia de ítems que incluyen el tema, introducción, marco teórico conceptual, marco metodológico, análisis y discusión, consideraciones finales y recomendaciones, las mismas que se redactaron al finalizar el análisis y discusión de las categorías. Finalmente, se incluyó las referencias bibliográficas (estilo vancouver) en estricto orden y los anexos, que corroboraron lo sustentado.

2.3. Sujetos de la investigación

En el estudio cualitativo, los informantes, participantes o sujetos de investigación resultan elementos imprescindibles. Ellos aportan la mayor parte de información primaria sobre el problema de investigación. Son las personas a quienes con más frecuencia se observa, pregunta, solicita información oral, por escrito o se le pide documentos. Desde este punto de vista, con los sujetos se obtiene el grueso de la información que permite al investigador comprender el problema y realizar acertadas interpretaciones.²⁵

En la presente investigación, los sujetos de estudio fueron 13 personas adultas mayores pertenecientes a la OSBAM “Corazón de Jesús” del Centro de Salud José Olaya. Considerándose como

criterios de inclusión: Adultos mayores autovalentes de 60 a 85 años de edad, activos saludables o con alguna afección no invalidante como Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus, con permanencia mayor de 1 año en la OSBAM, con capacidad mental adecuada para responder interrogantes y desear de forma voluntaria participar en el estudio de investigación.

Para conocer mejor el perfil de los sujetos de investigación, se aplicó un cuestionario sociodemográfico, buscando retratar la realidad de manera personalizada y posteriormente estos datos fueron tratados en conjunto para un análisis más profundo (VER ANEXO N° 02). A continuación se presenta el cuadro síntesis:

CUADRON° 01: SINTESIS DEL PERFIL SOCIODEMOGRAFICO										
Seudónimo	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Religión	Grado de Instrucción	Estado Civil	Vive con	Ocupación	Enfermedad actual	Ingreso económico
Rosa	74	F	Queroo tillo - Cutervo	Católica	Primaria completa	Casada	Cónyuge	Comerciante	Hipertensión Arterial	<750 soles
Margarita	75	F	Santa Cruz	Católica	Primaria completa	Viuda	Familia	Ama de casa	Hipertensión Arterial	<4500 soles
Violeta Tricolor	83	F	Piura	Católica	Primaria completa	Viuda	Hijo	Ama de casa	Ninguna	>750 soles
Dalia	65	F	Motupe	Católica	Secundaria completa	Soltera	Hija y Nieto	Ama de casa	Ninguna	<750 soles
Hortensia	68	F	Pomalca	Católica	Primaria completa	Casada	Familia	Ama de casa	Hipertensión Arterial	>750 soles
Azuena	67	F	Lima	Católica	Primaria completa	Viuda	Familia	Ama de casa	Hipertensión Arterial	750 soles
Girasol	69	F	Piura	Evangelica	Primaria incompleta	Casada	Familia	Ama de casa	Hipertensión Arterial	<750 soles
Orquidea	78	F	Chota - Cajamarca	Católica	Secundaria incompleta	Viuda	Hija y Nieto	Ama de casa	Hipertensión Arterial	<750 soles
Jazmín	81	F	Olmos	Católica	Primaria completa	Viuda	Familia	Comerciante	Ninguna	750 soles
Magnolia	73	F	Chiclayo	Católica	Primaria completa	Casada	Familia	Ama de casa	Ninguna	<750 soles
Azalea	75	F	Talara - Piura	Católica	Secundaria incompleta	Casada	Familia	Ama de casa	Hipertensión Arterial	<750 soles
Macadamia	72	F	Cutervo	Evangelica	Primaria incompleta	Casada	Familia	Comerciante	Hipertensión Arterial + Diabetes	<750 soles
Primavera	85	F	Huancabamba	Católica	Primaria completa	Casada	Familia	Ama de casa	Ninguna	>750 soles

Como se aprecia en el cuadro, son 13 personas adultas mayores identificadas con un seudónimo, quienes asisten habitualmente a la OSBAM “Corazón de Jesús” del Centro de Salud José Olaya; y que aceptaron voluntariamente participar y responder preguntas del cuestionario sociodemográfico de la presente investigación, obteniendo así características de su perfil. Los resultados obtenidos fueron: 13 personas adultas mayores con edades comprendidas desde los 65 a 85 años, todas ellas de sexo femenino (100%), provenientes en su mayoría de distritos de los departamentos de Cajamarca, Piura y Chiclayo.

Se evidencia además que del 100% de adultas mayores, el 84.62% pertenecen a la religión católica y el 15.38% a la religión evangélica. Referente al grado de instrucción, el 61.54% cuenta con primaria completa, el 15.38% con primaria y secundaria incompleta, y el 7.69% con secundaria completa. Asimismo, 53.85% de adultas mayores son casadas, el 38.46% viudas y el 7.69% solteras, quienes en su mayoría viven con familiares (cónyuge, hijo (a), nietos). Se observa además que el 76.92% son amas de casa y el 23.08% comerciantes (cuentan con una pequeña bodega en su casa o puesto de comestibles en el mercado).

Así también, el 53.85% de adultas mayores presentan hipertensión arterial, el 7.69% diabetes mellitus, y el 38.46%, según manifestaron, carecen de enfermedades a la actualidad. Referente a sus ingresos económicos, el 53.85% de adultas mayores refiere poseer menos de 750 soles mensuales, el 15.38% igual a 750 soles, el 23.08% mayor a 750 soles y el 7.69% menor a 1500 soles. Como se puede

apreciar la gran mayoría presenta ingresos menores a un sueldo mínimo vital, y no logra satisfacer sus necesidades básicas. En consecuencia esto se convierte en una gran limitante en el cuidado de la salud.

2.4. Escenario

La Red de Salud Chiclayo actualmente cuenta con 13 Micro redes (Micro Red Chiclayo, José Leonardo Ortiz, Pimentel, San José, La Victoria, Cayaltí - Zaña, Pósope, Pomalca, Reque - Lagunas, circuito de Playa, Oyotún, Chongoyape y Picsi) y 62 establecimientos de salud, de los cuales, 21 establecimientos son de categoría (I – 1), 14 establecimientos de categoría (I – 2), 20 establecimientos de categoría (I – 3), y 7 establecimientos de categoría (I – 4).

La Micro Red de Servicios de Salud de Chiclayo cuenta con siete establecimientos de salud, estos son: Centro de Salud José Olaya (I – 4), Centro de Salud Túpac Amaru (I – 3), Centro de Salud Jorge Chávez (I – 3), Centro de Salud San Antonio (I – 3), Centro de Salud Cerropón (I – 3), Centro de Salud José Quiñónez Gonzáles (I – 3) y Puesto de Salud Cruz de la Esperanza (I – 2).

El escenario en el cual se desarrolló la investigación fue la Organización Social de Base del Adulto Mayor (OSBAM) “Corazón de Jesús”, del Centro de Salud José Olaya. Esta organización fue creada hace siete años, en el mes de octubre de 2007, en un ambiente del Centro de Salud José Olaya, iniciando con tres adultos mayores y como responsable un profesional de enfermería. Posteriormente, esta organización pasó a funcionar en el Comedor del Pueblo Joven José Olaya, a la actualidad viene funcionando en el Club de Madres del pueblo joven José Olaya, que pertenece a la parroquia San Juan María Villaney.

La OSBAM cuenta con 34 adultos mayores inscritos, de los cuales vienen participando entre 18 a 20 adultos mayores autovalentes, activos saludables y con enfermedades como Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus, cuyas edades oscilan entre los 60 a 85 años de edad. Esta organización a cargo de un profesional de enfermería, responsable de la *Etapas de vida del adulto mayor*, busca mejorar y mantener las condiciones de salud del adulto mayor a fin de promover un envejecimiento activo saludable. Y viene desarrollando actividades preventivas promocionales como sesiones educativas sobre cuidados básicos, consejerías, evaluación nutricional, caminatas, ejercicios, vacunación, manualidades y actividades recreativas como paseos.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

La metodología de recolección de datos aparece como un punto clave que determina prioritariamente el valor de los estudios. Cualquiera que sea el interés de un método de análisis, es evidente que el tipo de información recolectada, su cualidad y pertinencia determinan la validez de los resultados obtenidos y análisis realizados.²⁶

Partiendo del abordaje metodológico, estudio de caso, la investigadora reflexionó sobre las técnicas más apropiadas que adoptaría para la recolección de datos en consonancia con la naturaleza del objeto en estudio y los objetivos. Se consideró importante utilizar el cuestionario sociodemográfico, la entrevista semiestructurada a profundidad y un cuestionario sobre conductas del adulto mayor autovalente en su autocuidado.

El cuestionario sociodemográfico, el mismo que suministró información relevante respecto al perfil de los sujetos de estudio. Asimismo, la técnica más apropiada para la recolección de los datos fue la entrevista semiestructurada a profundidad, que consistió en la obtención de información mediante una conversación con los sujetos de estudio. Se basó en las respuestas directas que los sujetos brindaron a la investigadora en una situación de interacción comunicativa.

Esta entrevista adoptó la forma de un diálogo, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando forma en nuestra mente, adquirimos las primeras impresiones con la observación de sus movimientos, sigue la audición de su voz, los gestos y la amplia gama de contextos verbales, además se caracteriza por basarse en un modelo intermedio entre la entrevista libre y totalmente cerrada y dirigida por el profesional. Mediante esta técnica fue posible acceder al conocimiento de hechos o situaciones reales, así como a las expresiones de deseos, expectativas, limitantes y creencias que forman el mundo interno de las personas.²⁷

La validación del instrumento estuvo dada por la prueba piloto aplicada a 2 adultos mayores autovalentes, pertenecientes a un Grupo del Adulto Mayor de otro Centro de Salud del MINSA, quienes cumplieron los criterios de inclusión, permitiendo verificar la comprensión de las preguntas y rectificar algunas de ellas para una mejor comprensión de las mismas.

2.6. Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se procedió a presentarlo a la instancia correspondiente del Centro

de Salud José Olaya – Chiclayo; dicha institución emitió la autorización correspondiente para el desarrollo de la investigación.

Posteriormente, se acudió a la OSBAM, previa coordinación con la licenciada enfermera responsable de la Etapa de Vida del Adulto Mayor, en donde se explicó a las adultas mayores sobre la investigación y fines que perseguía. Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se coordinó con cada adulta mayor sobre el lugar, fecha y hora, previa disponibilidad horaria de las mismas, aceptando todas ellas aplicar los instrumentos en sus domicilios, quienes acondicionaron un ambiente tranquilo y libre de distracciones. Se dio a conocer a cada una de ellas los objetivos, criterios éticos y de rigor científico que rigen la investigación, a través del consentimiento informado (VER ANEXO N° 01).

Este documento informado contiene una parte específica donde las adultas mayores, por su propia voluntad, firmaron como evidencia de su aceptación a participar de la investigación. Evidenciando en algunas de ellas resistencia a firmar el consentimiento; sin embargo, se explicó al respecto que se realizaba únicamente con fines de estudio, sobre la privacidad y anonimato, logrando despejar dudas y la firma correspondiente.

Seguidamente, se aplicó el cuestionario sociodemográfico (VER ANEXO N° 02) con la finalidad de obtener información relevante respecto al perfil de los sujetos de estudio. Luego, se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad (VER ANEXO N° 03), utilizando una serie de preguntas (guía temática) y abordándolas con cada uno de los participantes. El periodo de recolección de datos estuvo comprendido de mayo a julio del 2014. En promedio se

realizaron 13 entrevistas delimitadas en número por el principio de saturación y redundancia al no encontrar significados diferentes.

En cada una de las visitas a las adultas mayores se tuvo muy presente la necesidad de interactuar con cada una de ellas. La entrevista se caracterizó por ser flexible, dinámica, con tiempo promedio de 30 minutos; la información se registró en grabadora de voz, previo consentimiento de los sujetos de estudio. El cometido de la entrevistadora consistió en motivar a cada adulta mayor a expresarse con libertad y responder las interrogantes planteadas.

Luego la investigadora transcribió tal cual la narración oral, con la finalidad de mantener las ideas en su máxima fidelidad. Se llevó a cabo la lectura y relectura de los discursos, se analizaron los mismos, se obtuvieron fragmentaciones significativas relacionadas directamente con el objeto y objetivos de estudio. Consecutivamente, se agruparon por similitud contextual dando origen a 4 categorías y 1 subcategoría.

Se aplicó también a cada adulta mayor un cuestionario de 69 oraciones, dividido en dos ítems (aspecto biológico y psicosocial), que permitió conocer las conductas del adulto mayor autovalente en su cuidado (VER ANEXO N° 04). Para la elaboración del cuestionario, la investigadora consideró los ítems del Cuestionario de Estilos de Vida de Nola J. Pender y Escala de Autocuidado en el Adulto Mayor para un envejecimiento con bienestar (Z. LEITÓN).

2.7. Análisis de los datos

Posterior a la recolección de la información se procedió a realizar el análisis cualitativo de los datos, una actividad ardua e intensa que demandó de la inventiva y perspicacia de la investigadora. El análisis de datos es una técnica de investigación

destinada a formular inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a su contexto. El análisis de datos cualitativos, según Burns²⁸, consta de tres etapas: descripción, análisis e interpretación.

El análisis va más allá de la descripción, pues se usan métodos para transformar los datos. Con el análisis, el investigador identifica las características y describe las interrelaciones entre ellas. Realizar el análisis, implica la revisión y aprovechamiento de los discursos, de manera pormenorizada, y considerándose para ello las tres etapas propuestas por Burns.

En la primera etapa de preanálisis, se organizó el material a analizar, se diseñaron y definieron los ejes del plan que permitieron estudiar los datos y realizar el análisis de las entrevistas. En esta etapa se aplicaron los instrumentos de recolección de datos, luego se transcribieron los discursos tratando de familiarizarse en todo momento con el contenido de los mismos y buscando obtener unidades de significados en relación al objeto de estudio.

Una vez culminada cada entrevista, se procedió a la transcripción, escuchando atentamente las mismas (grabación), prestando atención en el contenido de la conversación y tono de voz, para no solo entender sino internalizar los discursos, de tal manera que la familiaridad con los mismos permitieran una mejor contextualización semántica facilitando su análisis.

En la segunda etapa de codificación se realizó una transformación de datos iniciales a datos útiles. Según Burns²⁸, es aquí donde se realiza el filtro de discursos, fragmentación de los mismos y extracción de unidades de significado. De ahí que las operaciones implicadas serán la fragmentación del texto, es decir, el

establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos.

En esta etapa se ejecutó la limpieza de los discursos, fragmentación de los mismos, identificación por colores y extracción de unidades de significado. Una vez determinadas las unidades de significado, se agruparon las mismas, según similitud de los contenidos dando lugar a la codificación y agrupamiento.

En la tercera y última etapa de categorización, se organizaron y clasificaron las unidades obtenidas en grandes categorías y subcategorías²⁷. Una vez obtenidos los datos se procesaron con el análisis de contenido temático, codificando y clasificando los temas que dieron origen a categorías y subcategorías. Igualmente, en esta última etapa la interpretación de los datos permitió a la investigadora conocer e interpretar la realidad reflexionada.

2.8. Criterios éticos

En la presente investigación se aplicaron los principios de la Ética Personalista de Sgreccia²⁹, los cuales se apoyan en la antropología y teoría del acto moral, intentando mantener un equilibrio entre la virtud y deber, lo que permite centrarse en la persona humana. Estos principios son guías generales de acción. Su especificación en el acto requiere la aplicación de la virtud de la prudencia, la cual presupone el recto conocimiento práctico y recta intención. Desde esta perspectiva, la función de la bioética no es tanto construir códigos de conducta sino formar profesionales conscientes capaces de encarar el conjunto de decisiones a tomar.

En la Bioética Personalista, el principio general de respeto por la persona y su dignidad se concreta en la aplicación de los siguientes principios:

El *Valor fundamental de la vida*, según este principio, la vida física se expresa en la corporeidad, la cual forma parte integrante de la persona, es la encarnación, epifanía, el elemento consustancial de la persona en su totalidad. La destrucción de la vida física representa la ofensa más grave a la persona, a su mismo ser. Y esto vale desde el primer instante de constituirse su corporeidad, desde el momento de su fecundación, en que se constituye la persona en su unidad orgánica y única. En la investigación, este principio fue aplicado mediante la identificación de los sujetos de estudio con seudónimos, respetando y considerando en forma absoluta a cada persona como una unidad íntegra y única, escuchando y respetando sus opiniones sin cuestionamientos.

El *Principio terapéutico de la totalidad*, es el que justifica y fundamenta toda intervención médico-sanitaria a partir del cuidado de la salud como prevención o rehabilitación hasta los cuidados paliativos. El principio de la globalidad se basa sobre el hecho de que la vida física en la persona humana constituye un organismo unitario en el que las distintas partes (funciones, órganos, tejidos y células) no tienen significado si no se las considera en la unidad del todo y por su conexión con la totalidad unificada. Este principio requiere para su aplicación correcta condiciones precisas que se refieren al tipo de intervención, resultado, proporcionalidad de riesgo y consentimiento. Se ha extendido, más allá de la estructura orgánica, la inclusión del bienestar psicosomático de la persona. En definitiva, en todo momento de la investigación, se aplicó este principio al

considerar integralmente a la persona: expresiones, sentimientos y emociones.

El *Principio de libertad y responsabilidad*, el concepto de libertad, no se puede entender sin el contenido del acto y sin responsabilidad, especialmente en el campo bioético en que se actúa sobre seres vivos, condiciones de vida, el hombre mismo y generaciones futuras. Para la aplicación de este principio, se tuvo en cuenta el consentimiento informado y se respetó la decisión de cada participante de responder o no a las preguntas planteadas; además se les explicó sobre el tratamiento de la información, dándoles a conocer de la existencia de la absoluta reserva y confidencialidad.

El *Principio de sociabilidad, socialización y subsidiaridad*, implica la condición de la persona como ser social, como “ser con” otros. En este caso la sociabilidad tiene su fin en la consecución del bien común, la propia vida y la de los demás. Es así que la sociabilidad y subsidiaridad derivan del deber del respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás en cuanto la persona es fuente y fin de la sociedad.

Las personas por naturaleza necesitan de la sociedad y están llamadas a realizarse en sociedad. Todo profesional preparado y aprobado por la sociedad deberá ejercitar su profesión en servicio de la persona y, en nombre de la sociedad está llamado a promover el bien. La sociedad, a su vez, deberá proveer y emplear recursos para el bien social primario, que es la defensa y promoción de la vida y salud de las personas.²⁹ Según este principio, la investigadora tuvo en cuenta la efectividad de la investigación para la sociedad, las contribuciones que pueden salir de ella para el mejoramiento del

Programa del Adulto Mayor en cada establecimiento de salud, así como el impacto social al desarrollar la investigación.

2.9. Criterios de rigor científico

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto que los investigadores permanentemente deben garantizar y que los profesionales de la salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios.³⁰ La calidad de un estudio está determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con la que se realizó, por tanto, en la presente investigación se tuvieron en cuenta los criterios de Lincoln y Guba, los cuales permitieron evaluar el rigor y calidad científica de nuestro estudio:

La *credibilidad* se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participan en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado, esta se da mediante observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes, recolectando información que originará hallazgos reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

En la presente investigación se aplicó este criterio a través de la verificación de los sujetos de estudio, y consistió en retornar en una segunda oportunidad hacia algunos de los integrantes de la muestra, dando ellos conformidad sobre la transcripción e interpretación de sus declaraciones; por tanto, se dio acceso a que el informante corrigiera posibles errores de interpretación.

La *Transferibilidad*, que consistió en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos, se le conoce también como *generalización naturalística*. Lincoln y Guba indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa, la audiencia o lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita describir el escenario y características de los participantes con minuciosidad, rescatando lo útil y relacionado con el objeto de estudio.

La *confirmabilidad o auditabilidad* se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información que se logra cuando otro u otros investigadores pueden seguir la pista al investigador original y llegar a hallazgos similares. Los datos originales como las grabaciones, transcripciones e instrumentos de recolección de datos fueron archivados por la investigadora estando a disposición de quien desee auditar la investigación. En consecuencia la presente investigación evidencia objetividad, rectitud y honestidad de la información recolectada.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Después de transitar por la recolección de datos, sistematización y ordenamiento de los mismos, llegamos al capítulo más importante, donde se proyecta recrear el conocimiento existente relacionado a nuestro objeto de estudio y generar uno nuevo a través del análisis y discusión de las categorías obtenidas. Las mismas que asintieron una mayor especificidad en la descripción y análisis del cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J. Pender. A continuación se presentan las categorías obtenidas:

1. **Categoría 1º:** El adulto mayor frente a experiencias previas de autocuidado.
2. **Categoría 2º:** La incorporación a la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”: autoeficacia percibida para la acción.

3. **Categoría 3°:** Enfermería, adulto mayor y familia: barreras percibidas para promocionar la salud.

4. **Categoría 4°:** Los estilos de vida del adulto mayor como conducta promotora de salud.

4.1. Beneficiando la salud mediante la actividad física y cuidado nutricional.

Seguidamente, las categorías fueron analizadas pretendiendo dar respuesta al objeto y objetivos señalados en la presente investigación.

Categoría 1°: El adulto mayor frente a experiencias previas de autocuidado

Donde quiera que viva alguien hay un registro que se inscribe en el tiempo. Este envuelve a la persona y deja huella en la piel, en el pensamiento y espíritu. Hay tiempos de seguridad e incertidumbre, de trabajo y ocio, un tiempo para nacer, vivir, morir. El tiempo ordena la vida en infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez; y silenciosamente envejecemos a través del tiempo.³¹

Al llegar a la vejez, el ser humano lleva consigo su pasado, tiene un futuro, pero su presente es el ser mismo, aunque ese presente tiene la riqueza de toda una vida que puede ser la diferencia entre vivir la vejez con bienestar o sin él. "Envejecer no es solo un factor de vida, sino un proceso. Desde que nacemos envejecemos, los cambios no se presentan de un día para otro, se presentan paulatinamente mientras pasamos de una etapa a otra en dicho proceso".³²

El envejecimiento comprende modificaciones físicas, psicológicas y sociales según el estilo de vida y el contexto en que se desarrolló la persona en etapas anteriores; y aparece como consecuencia del paso del tiempo.

Siendo los factores culturales, educativos, socioeconómicos, las actitudes, experiencias, expectativas y adaptación en su diario vivir, diferentes y únicos, dándole el carácter de individualidad y heterogeneidad a esta última etapa de la vida.

Muchas son las teorías que han estudiado el proceso de envejecimiento. Sin embargo, todas coinciden en reconocer que son el estilo de vida y el medioambiente los que determinan en gran medida un buen envejecimiento, por lo que podemos decir que es la propia persona la gran responsable de construir un envejecimiento saludable.

Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la OMS es motivar a las personas para que tengan como meta ser saludables, sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario. En este planteamiento, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dichos objetivos.

Pero ¿qué es el autocuidado? Etimológicamente se presenta conformado por dos palabras: *auto* del griego «auto» que significa 'propio o por uno mismo', y *cuidado* del latín «cogitatus» que significa 'pensamiento'⁵³. Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo. Desde este punto de vista, podemos considerar que autocuidado es asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de la propia salud.

Según Coppard, el autocuidado comprende "todas aquellas acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar su salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud"⁵⁴. Orem, en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como 'la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para

mantener la vida y bienestar'. Afirma que "el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales."³²

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

Para la investigadora, el autocuidado es el propio acto que realiza la persona para el mantenimiento de su vida, salud y bienestar; a través de la práctica de estilos de vida saludables. Autocuidado significa también conocerse, quererse y cuidarse; lo cual parte por aprender a aceptar las huellas que el tiempo va dejando en nuestro cuerpo y tener siempre la capacidad de amar nuestra persona.

El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias personales y sociales, comportamientos previos y características adquiridas que influyen en creencias, costumbres y participación en comportamiento de promoción de salud. La evidencia de lo descrito se traduce en los siguientes discursos:

Yo ya pertenecía al Seguro Social [Centro del Adulto Mayor], entonces cuando iba me daban terapia, me pasaban a la nutricionista, con ese ritmo trataba yo de mejorar mi salud...bueno... [se queda pensando] me cuidaba de no estar solo en el trabajo, me decían: 'usted, tiene que tomar baños de sol, comer su fruta, tomar sus alimentos a proporciones!' esa parte sí lo cumplía, sí... (ROSA)

Bueno, yo me cuidaba y estaba pendiente para evitar caídas, caminaba bien y comía alimentos que no me hacían daño, sin grasa... (PRIMAVERA)

Antes como no sabía de los alimentos, yo comía de todo, por ejemplo, carnes rojas, grasosas. Pero luego me diagnosticaron hipertensión, iba al seguro para que me den mi medicina, me explicaban sobre los alimentos que debía consumir... desde que tengo hipertensión, trato de cuidarme. (AZALEA)

Con estos discursos se pone en evidencia que la forma de autocuidarse, y como lo afirma Pender¹⁰, se encuentra influenciada por conductas previas (actitudes y comportamientos) y factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales como son: la edad, sexo, automotivación, estado de salud percibido, grado de instrucción, nivel socioeconómico, rol que desempeña la persona, entorno, entre otros.

Como el envejecimiento es individual, es muy importante tener en cuenta “el autoconcepto, la autoestima y autodeterminación que son considerados como componentes básicos del autocuidado”.³⁵

El autoconcepto es el conjunto de pensamientos, ideas, creencias, opiniones y percepciones respecto de nosotros mismos en base a la autoobservación o autoconocimiento de cada persona de sus componentes orgánico, psicológico, social y espiritual. La autoestima es la valoración que tiene la persona de sí misma. La autodeterminación es la toma de decisiones a nivel personal en todos los aspectos de la vida de la persona.³⁹

De acuerdo a lo expuesto, para obtener conductas promotoras de salud, es importante que la persona adulta mayor tenga autoestima, autoconcepto y autovaloración positiva. Así también, la autodeterminación abarca el cumplimiento de metas en las múltiples esferas del ser humano partiendo del autoanálisis y autoafirmación, originando su transformación y desarrollo personal a partir del disfrute de su condición humana.

Para la investigadora el autocuidado en el adulto mayor es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en su vida

cotidiana. Por tanto, el autocuidado en este grupo etario es una práctica que involucra líneas de crecimiento para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de habilidades afectivas, cognitivas y sociales.

Sin embargo, a pesar de que la persona adulta mayor autovalente tiene la capacidad física y mental necesaria para realizar actividades de autocuidado; a través de conocimientos adquiridos por medio de experiencias en su vida cotidiana y de situaciones que afectan su salud;¹⁵ no siempre realiza prácticas de autocuidado (ya sea por desconocimiento) o las realiza inadecuadamente (por escaso conocimiento, influencia de amistades o desinterés), como se aprecia en los discursos subsiguientes:

(...) yo no me cuidaba porque no tenía experiencia, nadie me orientaba... me dedicaba más en hacer los alimentos, tener limpia la casa, viendo la ropa de mis hijos. Me decían que esa era la manera de hacer ejercicio, haciendo mis cosas, yendo a comprar, subiendo y bajando las escaleras. Esos eran mis ejercicios, después yo no hacía otros ejercicios [sonríe]...no sabía sobre los ejercicios... (HORTENSIA)

El cuidado no era el adecuado, estaba oscura [Se queda pensando] yo desconocía... (MAGNOLIA)

Bueno, no tenía concepto del verdadero cuidado que debería tener... el cuidado que me realizaba no era el adecuado, el cuidado que yo tenía, a mi idea, lo hacía... (DALIA)

Antes no nos explicaban, no nos interesaba aprender... no realizaba ejercicios, no conocía sobre alimentación adecuada... yo me cuidaba haciendo uso de plantas de hierba santa que es muy bueno para limpiarnos el cuerpo... cuando tenía algún dolor iba y tomaba pastillas o las personas me decían '¡yo he tomado y me hizo bien!', entonces compraba. Posiblemente, no era bueno, pero a veces uno por dejarse llevar, fácilmente utiliza... también iba a la farmacia y compraba medicamentos... (GIRASOL)

Al observar los testimonios de las adultas mayores frente a experiencias previas de autocuidado, se deduce que el desconocimiento o escaso conocimiento en prácticas de alimentación saludable, ejercicio

físico, medicación responsable, se debe en su mayoría al bajo nivel educativo, escasos recursos económicos e influencia del entorno. Siendo que el 61.54% de las adultas mayores cuenta con primaria completa, el 15.38% con primaria y secundaria incompleta, y solo el 7.69% con secundaria completa. A su vez, más del 50% de adultas mayores percibe ingresos que están por debajo del salario mínimo; siendo insuficientes para mantener una buena calidad de vida e independencia.

No obstante, de acuerdo con Anzola y Leitón,^{15, 31} esta carencia de cuidado no solo es responsabilidad de la persona adulta mayor, sino que involucra a otros actores sociales como son la familia, el Estado y sociedad en general, a fin de mejorar la calidad de vida de los que envejecen. Desde esta perspectiva, podemos mencionar que la vida de la persona adulta mayor experimenta cambios, debe enfrentarse a enfermedades; y adoptar nuevas conductas de vida saludable para disminuir los riesgos a complicaciones, evidenciando la necesidad del cuidado para el mantenimiento de la salud y bienestar.

En la visión de Boff, el cuidado es más que un acto, es una actitud. Sin el cuidado dejamos de ser humanos, es el modo de ser, es la forma como la persona se estructura y se realiza en el mundo con los otros y establece relaciones de convivencialidad para contribuir con su desarrollo y bienestar consigo mismo, con la familia, su entorno social y naturaleza.³⁶

Desde este punto de vista, es en la vejez del ser humano donde el cuidado se hace más necesario para vivir con bienestar, entendido este como un concepto asociado a la felicidad, armonía y satisfacción de sus necesidades vitales, espirituales y sociales. La mejor contribución al autocuidado consiste en fomentar estilos de vida saludables, de manera que los adultos mayores eviten algunos problemas de salud o estén mejor capacitados para enfrentarlos.

Para cuidarse es necesario conocer lo que es mejor para uno mismo, o por lo menos saber aquello que es perjudicial. “A medida que se aprende a reconocer todo aquello que nos perjudica, tenemos la posibilidad de evitarlo o minimizarlo”.⁸

Waldow contribuye con la afirmación cuando dice que el cuidado personal, relativo a la dimensión del sujeto mismo, comprende el cuidar de sí y que el conocimiento promueve una mejor autoestima, confianza en sí y en la vida, incluyendo el cuidar de la salud, del espíritu, intelecto, tiempo, recreación y otros.⁵⁷

Waldow también expone algunas sugerencias para cuidar de sí, como: actuando auténticamente, reconociendo los valores y principios a través de la autorreflexión y desarrollando estilos de vida (prácticas de cuidado como alimentación adecuada, ejercicio físico, exámenes de salud periódicos y otros). De esta manera, “el cuidado se convierte en existencial, es como un espejo, refleja nuestra manera de actuar, nuestra actitud frente al mundo, nuestra forma de ser”.⁸

De lo descrito anteriormente, se infiere que los adultos mayores poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de autocuidado y para incorporar a su vida diaria conductas de salud que fomenten su bienestar integral. El autocuidado convierte a la persona de edad avanzada en motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y participación de los recursos de la comunidad, puede encontrar solución a la mayoría de sus problemas. Nunca es tarde para iniciar medidas preventivas y cambios en los estilos de vida perjudiciales para la salud.

En este sentido, el autocuidado puede fomentarse proporcionando a los adultos mayores y familiares información sobre conductas de salud que favorecerían su bienestar y cómo utilizar más eficazmente los servicios sociales y de salud. El adulto mayor no debe ser sólo un destinatario de los servicios de salud, sino que debe convertirse en el foco o centro de esos servicios.

Médicos, enfermeros, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, gerontólogos, entre otros profesionales, cumplen acciones dirigidas a la atención de la salud del adulto mayor, pero de todas las profesiones de las ciencias de la salud, enfermería es la que asume el cuidado como la esencia del ejercicio profesional. La definición de enfermería que ofrece el Consejo Internacional de Enfermería, expresa que:

*La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.*⁵⁸

Son las enfermeras y enfermeros quienes, mediante importantes procesos educativos, han profesionalizado el arte del cuidado de la vida de las personas y los colectivos, convirtiendo el cuidado en la base conceptual de la profesión. García y Martínez afirman que “el saber enfermero se configura como un conjunto riguroso y sistemático de conocimientos sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado, el cual constituye la función propia de la profesión”.⁵⁸

Categoría 2º: La incorporación a la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”: autoeficacia percibida para la acción

Pensar en la vejez no es muy frecuente ni gratificante para muchas personas, sobre todo, para aquellas consideradas muy jóvenes y que olvidan que aún queda una etapa por vivir. Pero pensar en la vejez implica prepararse para disfrutar de esta última etapa de la vida; y una de las formas de prepararse es comenzando por aprender a mejorar los estilos de vida que llevamos.⁵⁹

De acuerdo con García⁴⁰ se podría decir, sin temor a equivocarse, que una vida con sentido es una vida que tiene cubiertas una serie de necesidades básicas. Entre ellas se encuentran las necesidades sociales, como son las de “pertenencia a un grupo, de estar integrado en el mismo y de identificarse con él”; y aún se podría llegar a decir más: si se llegasen a cubrir las necesidades de supervivencia (alimentación, vestido, entre otras) sin dar respuesta a las necesidades sociales, posiblemente no se estaría haciendo nada o, por lo menos, muy poco, ya que el deseo de la persona se podría resumir en que merece la pena vivir mientras la vida valga más que la muerte.

En este sentido, la integración social da orientación y valor a la vida, tal como se aprecia en los siguientes discursos:

Una de las señoritas (enfermeras) llegó a mi trabajo, me invitó, y me dijo 'estamos por formar un grupo del adulto mayor, nos gustaría que usted también pertenezca!'... ¡Me fui! Iniciamos 4, luego éramos 12, 14, estuvimos bastante tiempo con esta cantidad, algunas vienen y se retiran, otras vienen y se quedan... Yo continúo. (ROSA)

(...) en el adulto mayor llevo desde que se inició, sigo en el grupo, ahí estoy siempre y me siento muy bien... muy motivada, orgullosa y contenta [sonríe]. Me da mucho gusto que nos tengan en cuenta, hay personas que no salen para nada, lo pasan tristes en su casa, yo estoy acostumbrada, no puedo quedarme en mi casa... a mí me gusta estar en Adulto, de mi casa siempre me voy con una fuerte pesadez o cansada, quizás; pero cuando estoy allá [en el grupo] ya vengo tranquila. (MARGARITA)

(...) después que ingresé al grupo me sentía muy muy contenta porque nos tratábamos como familia. Yo llevo seis años, y durante este tiempo fue una bonita experiencia, se me ha hecho un hábito, tengo que ir a mi grupo y voy... (JAZMÍN)

Llevo casi ocho años en el grupo y me siento muy motivada porque nos dan un poquito más de aliento, explicaciones; uno se siente más motivada para cuidar de su salud. Nos ayuda a cambiar de actividad, ya que en la casa hay mucho quehacer [sonríe]. (DALIA)

El primer discurso nos muestra que el adulto mayor es invitado, por un profesional de enfermería, a integrar un Programa del Adulto Mayor y por decisión propia formar parte de él. La oportunidad que tiene de pertenecer a un programa le significa un recurso, un soporte de apoyo, reuniéndose y demostrando su sociabilidad, de querer “sentirse bien”. Tal

como lo afirma Córdova, “el hecho de que la población anciana vaya en aumento, deriva en la necesidad de desarrollar planes de acción para el cuidado en el ámbito de la salud y lo social, garantizando un cuidado que dignifique en su calidad de persona”.⁶

Desde este punto de vista, el profesional enfermero, como influencia interpersonal en el cuidado del adulto mayor, debe asumir la responsabilidad de garantizar un contexto decoroso para el adulto mayor, llevando una vida digna con calidad. La labor de enfermería está encaminada a ayudar a este grupo etario en el proceso de adaptación por medio del fomento de su independencia, integración con su medio, creación de una imagen positiva de la vejez y el permitir sentirse útil, promoviendo así un envejecimiento saludable.

Los discursos subsiguientes demuestran que el optimismo, identificación, motivación y tiempo de permanencia en un programa (OSBAM); son instrumentos muy valiosos para lograr un envejecimiento saludable. Persiguen que el adulto mayor tenga un mayor control e interés sobre su salud y, de ser posible, la conserve y mejore. El Grupo del Adulto Mayor, a cargo de un equipo interdisciplinario, incluye un programa múltiple que engloba a otros de gran importancia dirigidos a mejorar la calidad de vida, tales como: autocuidado, integración social, recreación y tiempo libre, entre otros.

En relación a las teorías del envejecimiento, la del enfoque social trata de comprender y predecir el envejecimiento satisfactorio y bienestar de los adultos mayores. Entre ellas tenemos la teoría de la actividad propuesta en 1969 por Havighurst, quien afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación y que, salvo por los cambios fisiológicos inevitables, esa persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la adultez.

Esta teoría afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y autorrealización y, por tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el adulto mayor. Recalca que la actividad social es esencial para el funcionamiento de la persona de edad avanzada, y que la continuidad de las funciones sociales es imprescindible para mantener el autoconcepto positivo, lo cual implica una correlación directa entre la satisfacción con la vida, asumiendo múltiples funciones y actividades sociales.

Propugna que la satisfacción vital se vincula con roles familiares, laborales y sociales, de modo que si se dejan de realizar, menor será la satisfacción del sujeto. Solo es feliz quien se siente activo y útil.⁴¹ La mejor forma de envejecer radica en realizar nuevos roles, o en mantener los anteriores de manera oportuna.

Enfatiza además que la actividad social es esencial para el equilibrio biopsicosocial, mejora las relaciones interpersonales, da oportunidad de enfrentar la actitud aisladora de la sociedad, así como trascender los límites físicos y cognitivos y la terminación de papeles propios de la vejez⁴². El principio básico de esta teoría es la satisfacción, la cual está vinculada a roles familiares, sociales y laborales; al prolongar la actividad, se prolonga también la adultez media; la actividad depende del estado de ánimo y la satisfacción al tipo de actividad.

Nos reunimos, tenemos momentos libres, conversamos, hacemos actividades por el día de la madre, celebramos el cumpleaños de algunas de las amiguitas, realizamos un compartir, yo lo tomo como un Club Social, que tenemos el día señalado para reunirnos, nos entretiene, porque estar solo en la casa o trabajo, me parece no es saludable. (ROSA)

Me gusta ir por distraerme, uno se siente libre, camina dos o tres cuadras parece que uno ha salido de la cárcel porque las cuatro paredes nos tienen ya aburridos, las mismas cosas vemos, no conversamos con otras personas, en cambio, al ir allá, uno conversa... cambia de carácter, uno se vuelve más joven participando... (ORQUÍDEA)

Llevo dos años en el grupo, con mis amigas salimos de paseo, celebramos la navidad, año nuevo, cumpleaños. En el adulto mayor nos reunimos para conversar, dialogar, nos relajamos bastante. (AZALEA)

Acorde con Leitón,³¹ los adultos mayores permanecen muy satisfechos con su vida si continúan activos y participan en actividades sociales. Estas personas están complacidas de ajustarse a los cambios de la vida y su alto grado de participación social es la clave de un buen envejecimiento, autorrealización y es la mejor manera de trascender en la vejez. Sin embargo, si bien es cierto que múltiples actividades sociales y permanecer activo trae satisfacción, de acuerdo a lo que plantea esta teoría, también es cierto que la vida será intrascendente, si lo que se realiza carece de sentido.

Las actividades recreativas producen beneficios para la personalidad del adulto mayor, ya que proporcionan una renovación vivificante, un reto, un estímulo, un cambio de ideas, aventura y socialización, que en conjunto ayudan a mejorar el funcionamiento mental, estado de ánimo y bienestar.

Cuando llega miércoles me voy a las cuatro o antes (Al Grupo). Me siento contenta, me da alegría, ya encontramos a las hermanitas (amigas), nos abrazamos, reímos, hacemos chistes...es una manera de distraerme. A veces estoy en mi casa, me pongo a pensar y llorar. No sé me da pena, me acuerdo de cosas, cuando estoy solita me pongo triste. Por eso me da alegría irme, para estar con las amiguitas (HORTENSIA)

La recreación forma parte de los cuidados para un envejecimiento saludable. Consiste en toda forma de experiencia o actividad que proporciona al ser humano sentimientos de libertad, olvido de sus tensiones, reencuentro consigo mismo y satisfacciones, sin obligación, restricción y presión alguna. Con la recreación se ven beneficiados los huesos, músculos, la salud mental, el bienestar psicológico, los hábitos de sueño y hasta las funciones intelectuales. En ella se pueden incluir actividades al aire libre, oraciones, deporte, paseos, actividades sociales y artísticas, manualidades, costura y otros quehaceres.³⁹

Llevo dos años en el grupo, con mis amigas salimos de paseo, celebramos la navidad, año nuevo, cumpleaños. En el adulto mayor nos reunimos para conversar, dialogar, nos relajamos bastante. (AZALEA)

(...) Yo sé tejer, bordar. Yo compro mis lanitas, cintas, las llevo y vendo. Les enseño también [al grupo], pero somos varias que sabemos tejer y enseñamos a las demás... (JAZMÍN)

(...) me han enseñado a tejer, bordar; yo me acostumbré así, cada vez que nos vamos, llevamos nuestro tejido. Nos enseñamos entre nosotras. (MACADAMIA)

Las relaciones sociales que pueda establecer el adulto mayor es sin duda un factor distintivo para favorecer los lazos amicales, fortaleciendo su autoestima, identidad y pertenencia a un grupo. Siendo así, los Programas del Adulto Mayor representan una forma de apoyo social y constituyen un valioso recurso para completar, o a veces suplir las necesidades de conocimiento, afecto y compañía que muchas veces es negada en el seno familiar.⁸

Resulta necesario recordar que el adulto mayor es un ser social ante todo, que necesita de los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse, alcanzar una adecuada autoestima e interdependencia, y desempeñar diferentes roles dentro de una sociedad globalizada, cada vez más compleja y cambiante.⁶

Cada persona presenta estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones. Si estas costumbres no causan alteraciones en el estado de salud de la persona, se puede seguir manteniéndola; pero de lo contrario no. Es ahí donde el profesional de enfermería y según Leninger en su teoría sobre los Cuidados Culturales, menciona que “es el enfermero quien se centra en actividades de cuidado con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas a mantener o recuperar su bienestar de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente”.¹⁰

El enfermero es quien promueve la salud a nivel comunitario y emplea diversas estrategias, entre ellas la educación; la cual es una herramienta clave para la promoción de la salud. Pérez define “la educación

sanitaria como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables”.⁴⁵

Recuerdo el ánimo que tienen las enfermeras, psicólogas, señoritas estudiantes; la buena intención de enseñar para que uno aprenda y lo ponga en práctica... (ORQUÍDEA)

La OMS sintetiza que la educación sanitaria tiene como uno de sus objetivos generales ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver problema de salud; y dentro de los específicos modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud y promover conductas nuevas positivas favorables.

Si bien la salud es una de las principales preocupaciones en la tercera edad, la prevención de la enfermedad resulta fundamental en el adulto mayor por cuanto repercute de forma decisiva en la calidad de vida. La atención geriátrica debe ser contemplada desde una óptica interdisciplinar, siendo muy positiva la consideración de atención socio – sanitaria, desde el punto de vista de la educación sanitaria.

La educación sanitaria es, además, un instrumento de trabajo de valor incalculable para mantener y mejorar el nivel de salud de la población; esto quiere decir que sus ámbitos de aplicación correspondientes deben abarcar los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y, por tanto, a la persona sana como enferma. Obteniendo el nivel de prevención primaria como principales objetivos el mantenimiento y la promoción de la salud, dirigiendo sus esfuerzos hacia el establecimiento de programas destinados a erradicar hábitos de vida insanos, así como a potenciar aquellos que ayudan a mantener y elevar el estado de salud.⁴⁵

Como ejemplo, y siempre referidos a la población adulta mayor, se pueden citar aquellos destinados a conseguir una mejor alimentación, a mantener mínimas pautas higiénicas, a asegurar una correcta vacunación, e incluso la tan frecuente práctica de automedicación. Igualmente, es

fundamental en este nivel de prevención impulsar la actividad física, potenciando la correcta utilización del ocio y tiempo libre. Así lo demuestran las adultas mayores en sus discursos:

Nos dan charlas con folletos grandes sobre tuberculosis, algunas sobre alimentación, otras sobre la vida familiar, el aseo; últimamente, nos han demostrado el lavado de pies, recorte de uñas... también las enfermeras nos vacunan... Todo esto nos hace olvidar el cansancio. Uno con las enfermedades se va a la dejadez... el estar arrumadas (sin visita, sin salida, solamente pensando en el trabajo de la casa)... allí nos hacen recordar que uno no debe dejarse, tener otro aspecto... Yo quisiera que continúe esta asociación para beneficio de todos, gracias a Dios está organizado, me quedaría hasta cuando pueda asistir, reconozco que es un beneficio para uno mismo... (ROSA)

Nos han enseñado a tener control en la alimentación (consumir calcio, leche, soya, huevos, verduras, frutas)... también sobre el aseo diario, cómo limpiar nuestros dientes, nuestro cuerpo a diario, pies, uñas... me gusta ir porque uno dialoga, conversa, nos visitan también estudiantes de las instituciones... (GIRASOL)

Yo llevo en el Adulto Mayor muchos años, me encuentro muy a gusto, por eso no lo puedo dejar... las enfermeras vienen a tomarnos la presión, hablarnos de los alimentos, cómo vamos a cocinarlos, balancearlos... doy gracias a Dios porque me encuentro acá, participamos en todo lo que nos enseñan las enfermeras, psicólogas, doctores... (MARGARITA)

A veces llegaban los doctores, psicólogos, nos enseñaban cómo hacer nuestros ejercicios, cómo debería ser nuestra alimentación, no comer cualquier cosa porque nos hace daño, como grasas, harinas; todo eso nos decían las enfermeras... tener cuidado de no resbalarnos, a amarrar bien el pasador del zapato, no caminar de prisa... (HORTENSIA)

Cabe recalcar que la educación sanitaria en la última etapa de la vida, en los distintos niveles de prevención, contribuye a la consecución de objetivos como son el de mejorar la calidad de vida y mantener al adulto mayor en su medioambiente habitual, favoreciendo la adaptación, integración familiar y la reinserción social en lugar de interrumpirla; propiciando, en este colectivo, hábitos de vida saludables y dotándoles de recursos a través de la información y el proceso de aprendizaje.⁴⁵

La educación sanitaria persigue además que el adulto mayor sepa cómo contribuir a mantener su nivel de salud, ocupar su tiempo, preocuparse, o mejor, ocuparse de algo (su propio cuidado); en definitiva,

se trata de dotarle de un rol de responsabilidad en el mantenimiento de su salud. Veamos los siguientes testimonios:

(...) nos hablan sobre la alimentación, qué debemos comer en el desayuno, almuerzo y comida. Comer huevo sancochado, poca carne, vaso de leche en la mañana, avena, dos pancitos solamente y pocas frituras...también sobre cómo debemos asearnos... y ahora con las explicaciones de las enfermeras sabemos un poquito más de cómo cuidarnos mejor... (DALIA)

(...) antes desconocía, pero después que entré al Adulto Mayor nos dijeron que debíamos comer frutas, ensaladas, verduras, porque eso nos hace bien... no hacía ejercicio, pero desde que funciona el grupo empezaron a llegar las señoritas enfermeras, realizamos ejercicios, es relajamiento para uno... yo me siento más relajada, más entusiasta... (AZUCENA)

En el Adulto Mayor nos han ayudado bastante en cuanto a la salud, sobre todo cómo debemos alimentarnos. Antes comíamos por comer, pero ahora es diferente, comemos más saludable... me siento muy bien, si no fuera por los ejercicios, estaría inútil... (MAGNOLIA)

Los testimonios demuestran que la eficacia percibida por parte de las adultas mayores en temas de educación para la salud es una evaluación de la habilidad de uno de llevar a cabo un curso de acción en particular. Entre mayor la eficacia percibida, más vigorosas y persistentes se encuentran las personas para participar en un comportamiento, aun enfrentándose a obstáculos y experiencias adversas.¹⁵

La autoeficacia, definida por Bandura, es una evaluación de las habilidades de uno de lograr un cierto nivel de cumplimiento, mientras tanto, la expectativa de resultado es la evaluación de una consecuencia probable. Las percepciones de habilidad y competencia en un dominio en particular motivan a individuos a participar en aquellos comportamientos en los cuales sobresalen.

Las emociones de eficacia y habilidad son probables a motivar a uno

participar en el comportamiento de meta más frecuentemente que cuando la emoción es de ineptitud y falta de habilidad. De los estudios revisados del Modelo de Promoción de la Salud, el 86% proveyeron apoyo para la importancia de autoeficacia como determinante del comportamiento para la promoción de salud.

En el Modelo de Promoción de la Salud, la autoeficacia percibida es influenciada por el afecto relacionado a la actividad. Entre más positivo el afecto, mayor la percepción de eficacia. Sin embargo, esta relación es recíproca, a mayores percepciones de eficacia incrementa el afecto positivo.

Con una adecuada preparación en esta última etapa de la vida, identificando la autoeficacia percibida, los adultos mayores no solo serán más productivos y saludables; sino que estarán en mayor capacidad de aportar a la sociedad y futuras generaciones. Lo mejor es prepararse para tener una vida plena y placentera aceptando los cambios que vendrán.

Desde este punto de vista, no se debe considerar únicamente a los adultos mayores como receptores de la educación sanitaria, pues también pueden intervenir como sujetos activos de la misma, potenciando de esta manera su propia autoestima, identidad y el sentimiento de utilidad social, al dotarles de una verdadera responsabilidad.

Categoría 3º: Enfermería, adulto mayor y familia: barreras percibidas para promocionar la salud

Los adultos mayores son ciudadanos y, como tales, tienen derecho a la promoción de su salud con calidad, respeto y calidez; también tienen deberes en el mantenimiento y cuidado de su salud. Por ello, tal como lo afirma el Ministerio de Salud (MINSA) “es importante e impostergable que los sectores encargados de atender las necesidades de este grupo

poblacional unan esfuerzos para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en la promoción y prevención integral de su salud”.⁴

Es política del Estado Peruano atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores. La inversión en el cuidado de la salud de esta población reduce los costos sanitarios, la incidencia de la morbilidad, y sus consecuencias como la discapacidad y mortalidad. Existen ocho lineamientos para la atención integral de salud del adulto mayor, siendo cuatro los relacionados con la promoción de la salud:

Promover el acceso universal de las personas adultas mayores a una atención integral y diferenciada a los servicios de salud; reorientar la organización de los servicios de salud de atención integral al adulto mayor con enfoque en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para un envejecimiento activo y saludable; fortalecer el desarrollo de capacidades técnicas de los recursos humanos del Sector en la atención integral de salud de los Programas del Adulto Mayor (PAMs); y promover la comunicación y educación para la salud de las personas adultas mayores, familia y comunidad.⁴

La atención integral de salud a este grupo etario debe fomentar el pleno desarrollo de sus capacidades y potencialidades para disfrutar de un envejecimiento activo y saludable. La organización de los servicios de salud debe corresponder a la categoría del establecimiento de salud, en donde los puestos y centros de salud destinen acciones prioritariamente a actividades preventivo-promocionales con la implementación de espacios diferenciados, horarios específicos, atención preferencial, privacidad, confidencialidad de la consulta y respeto a la persona.

Los prestadores de salud son considerados como la piedra angular para brindar un servicio de calidad con respeto por el usuario, y constituyen uno de los principales agentes de cambio, deben estar sensibilizados, y tener la actitud, aptitud y destrezas para lograr una comunicación adecuada con los adultos mayores y su entorno familiar y

social; desarrollar intervenciones de promoción y protección de salud del adulto mayor; propiciar, conformar y trabajar en equipo interdisciplinario (enfermero, médico, odontólogo, psicólogo, trabajador social, nutricionista, técnico de enfermería, agente comunitario) el abordaje intra y extramural de los cuidados de salud de los adultos mayores.

A nivel intramural, se deberá contar con servicios adecuados o diferenciados de atención de salud del adulto mayor y adaptarse a las necesidades y requerimientos de las personas adultas mayores, tomando en cuenta el contexto familiar y comunitario. Y a nivel extramural, la organización del trabajo para la atención del adulto mayor comprende acciones como: las visitas domiciliarias, seguimiento de los adultos mayores, trabajo intersectorial, formación de redes de soporte social, trabajo conjunto con los adultos mayores, creación de círculos/centros del adulto mayor.

Por último, promover la comunicación y educación para la salud son herramientas muy importantes para lograr adultos mayores comprometidos en el cuidado de su propia salud. Con este fin se deberán desarrollar planes de comunicación y educación, de acuerdo a la realidad local con enfoque intercultural y participación amplia de los actores sociales involucrados en la temática del adulto mayor. Involucrando también a la familia como proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el adulto mayor.

Las direcciones regionales de salud y redes de salud en coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud; y con participación activa y continua de la comunidad están a cargo de: sensibilizar a autoridades, responsables de instituciones públicas, privadas y comunidad en general para el desarrollo de promoción y protección de

salud de las PAMs; formular, planificar, desarrollar y evaluar programas de educación para la salud; diseñar y difundir mensajes educativos preventivos promocionales dirigidos a las PAMs, contemplando interculturalidad; realizar campañas de educación para la salud utilizando medios masivos de comunicación regional y local.

De lo descrito en líneas anteriores, se infiere que la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores en el marco de los Lineamientos de Política para este grupo etario y los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores responde a “la decisión política de atender las necesidades de salud de los adultos mayores con un enfoque de integralidad, equidad, solidaridad, interculturalidad, calidad y pleno respeto a sus derechos, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable”.⁵

En los establecimientos del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, no existen profesionales de la salud, entre ellos profesionales de enfermería, contratados exclusivamente para desarrollar actividades tanto intra como extramurales con adultos mayores; el limitado número de recurso humano enfermero responsable de la etapa de vida del adulto mayor y de otras estrategias sanitarias, dificulta una óptima atención a las necesidades de salud de este grupo etario.

El trabajo aislado del equipo de salud, deficientes condiciones de trabajo expresadas en bajos salarios, ausencia de motivación e incentivos por el desempeño laboral, ambientes reducidos y con escasos recursos materiales y financieros para promocionar la salud del adulto mayor, sobrecarga laboral y falta de tiempo; así como la inestabilidad laboral del profesional responsable del programa del adulto mayor originan grandes limitaciones y obstáculos para el logro de objetivos. Evidenciadas estas limitaciones y obstáculos, muchas veces, en el descontento de los adultos

mayores, como es el caso de algunas adultas mayores que integran la OSBAM “Corazón de Jesús”, tal como se detalla en los siguientes discursos:

(...) antes nos reuníamos los miércoles y sábados, pero ahora un día, porque casi no van las enfermeras... todo está en que lleguen las enfermeras, porque como le digo cambian, rotan, no tenemos enfermeras fijas, realizamos actividades con estudiantes, internas y serumistas... (DALIA)

Las enfermeras nos han abandonado, va un grupo de estudiantes un tiempo y luego se van, yo les digo '¡no nos abandonen!' La enfermera encargada del grupo no va, no tiene tiempo porque realiza varias actividades en el centro de salud... (HORTENSIA)

Cuando a veces nos vamos, no hay nadie que nos enseñe, estamos sentadas, necesitamos de las señoritas enfermeras, ojalá no nos abandonen... nosotros queremos más ejercicios, que nos enseñen bien, con el ejercicio uno se siente mejor... hasta el año pasado hemos realizado paseos, este año ninguno... ahora ha ingresado otra señorita enfermera, va a hacer su serums, nos ha ofrecido hacer ejercicio, va a estar con nosotros por un año... (PRIMAVERA)

(...) yo quisiera que haya una enfermera perenne con nosotros... (JAZMÍN)

Los discursos expresan la necesidad de contar con un profesional de enfermería perenne en la organización; la sobrecarga laboral (profesional responsable de la etapa de vida del adulto mayor y de otras estrategias sanitarias), la falta de tiempo y la escasa integración interdisciplinaria son las grandes limitantes para organizar, dirigir, ejecutar y evaluar acertadamente planes estratégicos inmersos en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, según necesidades de este grupo poblacional.

Sin embargo, los discursos nos demuestran una vez más que enfermería como profesión, poseedora del conocimiento especializado sobre el cuidado, por el contacto directo y cercanía con la persona; así como por su notable presencia en el primer nivel de atención, se convierte en principal agente dentro del equipo interdisciplinario encargada de motivar a los adultos mayores a mantener su salud, mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, logrando independencia para satisfacer sus necesidades básicas.

Así como existen barreras para promocionar la salud por parte de enfermería (barreras externas), también los hay por parte del adulto mayor para acudir al Programa del Adulto Mayor (barreras internas):

No acudo a todas las actividades programadas porque me olvido, no tengo tiempo, tengo que hacer otras cosas como actividades de la casa y ya no voy. Tal vez, estoy desmotivada (VIOLETA TRICOLOR)

(...) a veces viajo, voy a Lima, Saltur a ver a mi familia y no voy al grupo dos o tres miércoles... a veces llega familia a mi casa y no voy... (HORTENSIA)

(...) a veces no he podido ir porque mi mamá está mayorcita y tengo que cuidarla, ella tiene 91 años... (AZUCENA)

(...) a veces un problemita u otra cosa y no voy, me desanimo y no voy, me quedo con las ganas... (MACADAMIA)

Las barreras percibidas según los discursos serían: el tiempo, múltiples actividades en el hogar, la desmotivación, viaje, familia y otros. Pender menciona que “las barreras inmersas en el aprendizaje pueden resultar de varias fuentes: valores, creencias y actitudes personales; falta de motivación, bajo autoconcepto; o inadecuadas habilidades cognitivas o psicomotrices”.¹³ Sea cual fuere la fuente, si la persona exhibe una falta de progreso por barreras dentro del individuo, la familia, grupos sociales relevantes o el medioambiente, deberán ser exploradas.

Las barreras deberán ser identificadas y aminoradas o eliminadas antes de que el progreso pueda continuar. Las maneras de manejar obstáculos a un comportamiento saludable debería ser parte integral del plan de educación para la salud. De esta manera, los problemas son enfrentados sistemáticamente, y el progreso puede ser evaluado periódicamente. La persona puede no tener conciencia de lo que está inhibiendo el progreso o no querer compartir tal información con el enfermero. Un ambiente de confianza facilitará la comunicación entre la persona y el enfermero referente a obstáculos vivenciados.

Pender refiere que “las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto pueden facilitar o impedir comportamientos”. “Las influencias de situación sobre el comportamiento para la promoción de salud incluyen a las percepciones de opciones disponibles, características de demanda, y características estéticas del medioambiente dentro del cual se propone que el comportamiento tome lugar”.¹⁵

En el Modelo de Promoción de la Salud, las influencias de situación han sido reconceptualizadas como influencias directas e indirectas sobre el comportamiento de salud. De los estudios revisados del Modelo de Promoción de la Salud, el 56% reportaron influencias situacionales como factores significantes de predicción de comportamiento para la promoción de salud. Similar resultado se observa en los discursos de los adultos mayores en estudio:

(...) como me dijo una vez el doctor, de cualquier manera tus alimentos que no te falten; pero así quisiera, no me alcanza; la leche cuesta tres soles, ya no compro, a veces no como fruta o verdura porque no alcanza... Mi esposo tiene edad, 85 años y yo 72 años. Como dice mi esposo, el día que hay comemos y cuando no hay, no hay; así lo vamos pasando... cuando me acuerdo practico lo que aprendo, porque no hay tiempo, me levanto temprano a preparar el desayuno a mi esposo y nieto que se va al colegio y me olvido de los ejercicios. Yo soy la que hago todos los quehaceres de la casa... (MACADAMIA)

(...) anteriormente salía a caminar a las seis de la mañana, pero ahora como está mi hija ya no salgo a caminar, tengo que ayudarla a cocinar porque entra a las siete a trabajar... (HORTENSIA)

Se destacan dentro de las influencias situacionales como factores significantes para el autocuidado y promoción de la salud: el dinero, su ausencia significa una gran limitante para satisfacer algunas necesidades básicas como las nutricionales (ingesta de frutas, verduras, lácteos); el visitar al médico, oftalmólogo u odontólogo cada seis meses o una vez al año para un chequeo general; el escaso tiempo, debido a labores domésticas de las amas de casa (preparación de alimentos para familiares

como esposo, hijos, nietos y limpieza del hogar); y otras relacionadas a cambios propios de la vejez, como disminución de la función sensorial y cognitiva:

Me imposibilita el que no veo muy bien, eso me ha hecho caer ayer. Tengo que andar con cuidado... (ORQUÍDEA)

No realizo caminatas porque sufro del tobillo, me duele y se inflama, si no, sería bonito... nos dicen que hagamos ejercicios mínimo media hora, no me alcanza el tiempo [sonríe] porque tengo que hacer la limpieza y el desayuno... (ROSA)

(...) a la hora de levantarme debo realizar ejercicios, media hora, varias veces a la semana, a veces me olvido... (PRIMAVERA)

Para el profesional de enfermería, las influencias de situación son una pieza clave para el desarrollo de nuevas estrategias y a la vez efectivas para facilitar la adquisición y mantenimiento de comportamientos para la promoción de salud en adultos mayores. Desde este punto de vista, la educación para la salud aporta el modelo PRECEDE “Factores que predisponen, refuerzan y facilitan la conducta saludable en el contexto de un diagnóstico y evaluación educacional”, propuesto por Green (1980):

Este modelo permite planificar intervenciones educativas en salud, considerando una variedad de factores que influyen en las conductas de las personas, de tal forma que las estrategias que se utilicen apunten a dichos factores. Es un recurso que sirve para analizar las conductas desfavorables para la salud, identificar los factores personales y del ambiente que las predisponen, facilitan y refuerzan, para planificar intervenciones educativas, organizacionales y de políticas de salud, que desde diferentes ángulos apunte a cambiar esa conducta dañina para la salud.⁴⁴

Según la (OPS),⁴⁵ el propósito inicial de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) era que “los pueblos del mundo alcanzaran un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente productiva”. Dos de sus principios básicos fueron lograr la accesibilidad y cobertura universal en salud, y el compromiso,

participación y autosustentabilidad de personas y comunidades. En este contexto, el concepto de autocuidado de la salud toma oficialmente un lugar preponderante en los servicios de salud:

Emerge como uno de los recursos críticos para dar respuesta a las demandas de extensión de cobertura de servicios de salud y a la contención de los costos implicados en dichos servicios. Se postula en forma explícita que en la sociedad posindustrial el individuo, la familia y los grupos comunitarios tienen el derecho a la salud, pero a la vez son los responsables en última instancia de buscar y utilizar los medios para prevenir enfermedades, alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud y bienestar integral. Para que estos postulados se hagan realidad, deben converger políticas, recursos y voluntades de ciudadanos y gobiernos (OPS/OMS, 2003).

El compromiso de incorporar a las personas en la toma de decisiones para la prestación de servicios abarca dos dimensiones del autocuidado: En la primera, el autocuidado se extiende hasta el posicionamiento de los ciudadanos en la estructura de los servicios de salud, rebasando la esfera individual y familiar. La segunda dimensión se refiere a “la accesibilidad a los servicios de salud, la cual implica un fuerte componente cultural”.⁴⁵

Así, el autocuidado de salud incluye las acciones aceptadas culturalmente por la personas para mantener un buen estado de salud. Estas acciones deben ser reconocidas por las instituciones prestadoras de atención de salud y equipo interdisciplinario, facilitando el acceso oportuno de los adultos mayores a atenciones médicas semestrales y/o anuales, incrementado el porcentaje de este grupo etario con acceso a servicios públicos de salud.

Si bien es cierto, tal como se evidencia en los discursos anteriores, existen barreras e influencias situacionales percibidas por parte del adulto mayor para promocionar su salud; sin embargo, el equipo interdisciplinario de salud, y en él enfermería, debe aminorar las mismas, mediante la aplicación de estrategias asertivas y trabajo en equipo. Ello

motivará al adulto mayor, integrante de la OSBAM, continuar asistiendo a las actividades programadas, adquirir compromiso con la ejecución de un plan de acción y lograr una conducta promotora de salud.

Las personas son más probables de comprometerse a participar en comportamientos de promoción de la salud cuando otras personas significantes para ellos modelan al comportamiento, esperan la ocurrencia del mismo, y proveen ayuda y apoyo para permitirlo. La familia es importante fuente de influencia interpersonal que puede incrementar o disminuir el compromiso a la participación en comportamientos para la promoción de la salud⁴³.

El ser humano, como afirma Leitón,⁵¹ se prodiga cuidado para una mejor calidad de vida; sin embargo, esto no se daría en su plenitud sino se encuentra inmerso en un mundo de relación, pues en él se humaniza y transforma. Una de las formas del ser humano de relacionarse con el mundo, es a través de la familia. Dentro de la sociedad, la familia como unidad autoorganizativa, siempre ha tenido y tiene un papel básico y fundamental en las funciones de protección, cuidado colectivo y atención hacia sus miembros.

En ella existen sentimientos de solidaridad, amor, respeto, comprensión, comunicación, reciprocidad e integración que se manifiestan en el compartir responsabilidades, ofrecer retribuciones y ayuda mutua como parte de las obligaciones familiares. Funciona además como agente socializador y es responsable de la adquisición del sentido de identidad, ciudadanía y equilibrio emocional, fundamentales para el desarrollo del ser humano.

En este contexto, como refiere Cornachione, citado por Leitón, “la familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, porque es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el adulto mayor. De allí la necesidad del cuidado en la vejez desde el espacio familiar”.⁴⁶ Es decir, “la familia debe favorecer

en la persona el sentimiento de ser cuidado, querido, que se preocupen por él, que es valorado y estimado, y que es miembro de una red de obligaciones mutuas".⁴⁷ Por lo expuesto, el cuidado del adulto mayor en la familia es de vital importancia, porque es un elemento fundamental para la calidad de vida en la vejez.

El factor familia es clave para el adulto mayor, vivir con la familia y seguir ligado a ella lo fortalece emocional y afectivamente. La convivencia familiar presupone: amor, espíritu solidario y de servicio, respeto, tolerancia, actitud de apertura ante los valores de los demás y englobándolo todo, capacidad de comunicación, con la cual superamos prejuicios y resistencias mutuas.

De acuerdo con Leitón,³¹ el amor de la familia se concretiza estableciendo redes de solidaridad, cooperación hacia el otro que en la vejez es indispensable para el bienestar y salud del adulto mayor, porque evidencia la necesidad vital de contar con el apoyo de la familia, y a través de la conversación de sus necesidades emerge el cuidado solidario frente a nuevas experiencias de vida. Así mismo, la familia actúa como ente protector, tal como se expresa en los siguientes discursos:

Sí, sí, mis hijas son muy buenas conmigo. Cuando estoy delicada me llevan al médico inmediatamente, me van controlando si tomo mi medicina. Sobre la alimentación me dicen que no coma mucho dulce, me miden, antes me comía buen pedazo de torta, ahora me dan medido [sonríe]. También no quieren que vaya sola a comprar las cosas, me dicen: "¡te vayas a caer!, ¡te vayas a caer!" (ROSA)

(...) tengo una hija, ella me ve si yo me siento mal... mi única hermana viene a verme y ayudarme... mi esposo se preocupa por mí, me trae mis pastillas para la presión y diabetes, eso no me falta, porque tomo todos los días... (MACADAMIA)

La necesidad de afecto es aún más sensible y la familia, a través de los hijos y nietos, constituye el principal sistema de apoyo afectivo y social que tiene la persona mayor. Sin olvidar que los hijos tenemos una gran responsabilidad con nuestros padres, más aún si son adultos mayores, pues ellos merecen las mejores atenciones en el transcurrir de sus años, y ello debe ser demostrado a través de un triple deber: acogerlos, asistirlos y

valorar sus cualidades, de esta manera poder vivir sus últimos años con dignidad.

Al respecto, es importante recordar lo enfatizado por Wojtyła: el adulto mayor tiene que continuar viviendo en el seno familiar y en donde la comunicación y el calor humano sean efectivos, favoreciendo un envejecimiento activo, desmitificando la identificación de la vejez como un período en el cual solo se encuentra presente la enfermedad, invalidez e inutilidad.⁴⁸ Asimismo, recalca el derecho a encontrar dentro de su familia, un ambiente que le facilite vivir sus últimos años de vida serenamente y con bienestar, ejerciendo actividad compatible con su edad y permitiendo participar en la vida social.

Según Kahn y Antonucci, referido por Sacramento y Sánchez, lo que la familia contribuye a sus miembros puede ser llamado soporte, apoyo social familiar. Desde esta perspectiva, la teoría del apoyo social familiar, considera que él es una transacción interpersonal que se brinda según las necesidades de la persona en forma de apoyo emocional, valorativo, informativo y apoyo instrumental. Este apoyo instrumental está referido a conductas que ayudan directamente a la persona necesitada, como son dinero, medicamentos, ayuda y compañía, en cualquier circunstancia que lo requieran.⁵¹

Es en la vejez y sobre todo cuando el adulto mayor vivencia alguna enfermedad o situación difícil, donde el apoyo económico recobra mucha importancia. Así se evidencia en los siguientes discursos:

Mi hija sí me ayuda, cuando tengo algún dolor, ella me da para hacerme ver con el doctor. En la alimentación, me apoya para comprar las cosas. (DALIA)

Sí cuento con el apoyo de mis hijos. Ellos me cuidan, me dicen que no coma cualquier cosa porque me va a hacer mal. Me compran mi medicina para la presión alta, vitaminas... conversan conmigo... (AZALEA)

Como acentúa Villaseca, citado por Leitón:

La familia es el recurso más grande que tiene la persona adulta mayor, algunos autores sostienen, que el adulto mayor se refugia en su familia en lugar de separarse de ella, porque ayuda a hacer frente a muchas necesidades sociales, emocionales, económicas y de salud con las que se encuentra el ser humano en la vejez. También, la capacidad de la familia de demostrar emociones, permite

*establecer una relación de empatía, comprensión y aceptación dentro de ella, facilitando al adulto mayor su adaptación y aceptación a las declinaciones propias de la edad, asegurando integración social, fortaleciendo su autoestima y disminuyendo su vulnerabilidad.*⁴⁹

Concretamente, al reflexionar sobre la familia como fuente de influencia en el cuidado del adulto mayor, Rosa, Macadamia, Dalia y Azalea removieron sentimientos de afecto, apreciándose un proceso de interrelación equitativa donde se brinda y recepciona cariño, afecto y ayuda. De esta manera, las buenas relaciones familiares refuerzan la capacidad de asumir responsabilidades, de cumplir funciones esenciales como el cuidar y compartir, el amor, protección y seguridad, constituyendo un factor importante en la vida de las personas mayores en estudio.

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

Si bien es cierto, la familia es el lugar insustituible para formar al ser humano íntegro, configurar y desarrollar la individualidad y originalidad del mismo siendo vital y trascendental para el pleno desarrollo de la calidad de vida de las personas; cuando este lazo familiar se desintegra afecta directamente el estado emocional, espiritual, económico y demás dimensiones, originando desequilibrio en la vida de la persona.

Los esposos de edad avanzada valoran el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos como también el respeto y los intereses comunes. Sin embargo, nos damos cuenta que el desinterés e indiferencia de algunos hijos para con sus padres, se evidencia cada día

más, y esto se confirma con los discursos que a continuación se presentan, afectando muchas veces el estado emocional, psicológico y hasta físico, que conllevaría a un desequilibrio en su calidad de vida; por ello no debemos olvidar que es esta etapa de la vida que necesita de más amor y protección ya que durante toda nuestra existencia nos prodigaron lo mejor de sí con abnegación:

Yo vivo solo con mi hijo, él sale a trabajar, llega a comer, luego se va y regresa a dormir [mirada triste y ojos llorosos]... a la cuenta que vivo solita... mis hijas cada una en su casa con sus esposos e hijos... necesito más apoyo de mi familia para motivarme más. (VIOLETA TRICOLOR)

(...) yo hago el desayuno y almuerzo porque mi hija trabaja y viene a la una a comer... no tengo apoyo, cada uno trabaja, vienen cansados, en la noche tengo que servirles el lonche, luego mis hijos van a ver televisión en su cuarto... cuando me levanto enferma (mareos, dolor de cabeza) y mis hijos no me apoyan, me siento mal, me pongo a llorar [ojos llorosos]. (HORTENSIA)

Mi esposo es bien ingrato, no participa en el cuidado de mi salud, me ve que estoy acá, viene por tiempos y se va con su familia, pero yo lo dejo, porque estamos en una edad, él más avanzada... necesito que mi familia esté más al pendiente de mí, conversen conmigo, porque me siento sola. (MAGNOLIA)

Estos discursos demuestran, como lo declara Leitón,³¹ que dentro de la vida familiar se vive muchas veces las disonancias a través del descuido. La falta de cuidado hace que la convivencia familiar y la vida del adulto mayor transcurran en el escaso o nulo apoyo familiar, afectando el bienestar y limitando una mejor calidad de vida en la vejez. Se espera que la familia produzca cuidados, protección, afectos, construcción de identidades y vínculos de pertenencia capaces de promover un mejor bienestar entre sus miembros y efectiva inclusión social.

La familia como sistema multigeneracional, crece y desarrolla a través del tiempo una historia familiar. Ocurre que la familia no es una estructura homogénea, sino una organización relacional muy compleja con tres, cuatro o más generaciones y se tienen que adaptar simultáneamente a diferentes cambios en el ciclo de vida familiar. En las familias multigeneracionales, es posible que las diversas necesidades e intereses experimentados por las diferentes generaciones se contrapongan en determinados momentos y circunstancias provocando tensiones dentro del seno familiar que afecta el bienestar

Desde este punto de vista, la insatisfacción por ausencia de apoyo familiar y afecto, originaría en los adultos mayores posibles respuestas de encierro, aislamiento, angustia y hasta depresión. De ahí que resulta importante la protección que reciba el adulto mayor de su familia, porque esta constituye el pilar fundamental de su vida. Las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y armonía de las relaciones intrafamiliares, el bienestar y la seguridad de las personas mayores.

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

Según Boff, citado por Leitón,⁵¹ “el cuidado en la familia es un principio esencial de ser familia, y, un modo de ser esencial, siempre presente, irreductible, originario, ontológico e imposible de ser totalmente desvirtuado”. “El cuidado atraviesa la organización y constitución del ser humano”. Es por eso que la familia lucha por su supervivencia actualmente, “el cuidado está ligado a una actitud, desvelo y resguardo, para asegurar la existencia amorosa entre sus miembros y consecuentemente el bienestar y satisfacción en la vida”.

Categoría 4º: Los estilos de vida del adulto mayor como conducta promotora de salud

Para Córdoba, estilo de vida es un componente de la calidad de vida, y en ese sentido se define como estilos de vida saludable. Que según Maya, citada por Córdoba, corresponde a “los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar”.⁵⁰ La autora señala también que los estilos de vida “son determinados por la presencia de factores de riesgo o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de comportamientos individuales, sino también de la naturaleza social”.

La calidad de vida humana puede ser examinada en tres niveles diferentes: a nivel macro (población), nivel meso o conceptual (residencias, hogares) o nivel micro (individuos o personas). Es en este último nivel donde la enfermera puede trabajar de manera más directa. En gran parte, el estilo de vida de cada persona está determinado por el patrón de conducta de su vida diaria, condicionada por múltiples factores que inducen a comportarse de cierta manera y tiene gran influencia en su salud.⁶

Desde este punto de vista, cada persona debe procurar llevar una vida equilibrada y para lograrla, coincidiendo con lo expresado por Pender, es necesario el compromiso con un plan de acción (prevención) que incluya una buena dieta alimenticia, buenos hábitos de higiene, actividad física, ingesta adecuada de medicamentos, entre otros, para así favorecer conductas promotoras de salud y evitar el riesgo de futuras enfermedades o complicaciones de las existentes.

Los estilos de vida ofrecen una visión completa e integral de la persona, ella es quien debe optar por acciones que encaminen hacia la promoción de estilos de vida saludables, originándose estos a partir del cambio de conductas negativas. Pender lo confirma, cuando señala que los intentos de cambio deben pretender la suspensión de conductas nocivas para la salud a la adopción de conductas saludables.

Es así, que las personas adultas mayores en estudio llevaron consigo en un inicio estilos de vida inadecuados, como se evidencia en los discursos de la *Categoría N.º 01*; no obstante, (sin intentar cambiar o alterar sus comportamientos, siempre y cuando su conducta no constituya un riesgo para su integridad) pese a limitaciones, obstáculos, barreras percibidas para la acción e influencias situacionales (*Categoría N.º 03*), la OSBAM, a cargo de un profesional de enfermería, procedió a la ejecución de actividades relacionadas con el cuidado de la salud, a través del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Es meritorio mencionar que gran parte de las personas adultas mayores, en estudio, integran la OSBAM desde hace más de dos años, incluso desde su creación, lo que ha motivado en ellas el cambio de conductas (que a continuación se detallan); y a asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, adoptando de esta manera estilos de vida saludables. Como afirma Pender, “entre mayor el compromiso a un plan específico de acción, más probable el mantenimiento de comportamiento para la promoción de salud a largo plazo”.¹³ La subcategoría siguiente analiza ese hecho:

Subcategoría: Beneficiando la salud mediante la actividad física y cuidado nutricional

Zambrano argumenta que las personas adultas mayores son más sedentarias que los otros grupos etarios, por lo tanto van acumulando masa más fácilmente que los jóvenes más activos. La reducida actividad física contribuye con la pérdida de masa muscular, disminución del flujo sanguíneo, potencia muscular, e incrementa la incapacidad funcional, favoreciendo a elevar las caídas y deterioro de la función respiratoria.⁵¹

Según Matsudo, citado por Zambrano, el ejercicio en adultos mayores es muy importante porque influye en el mantenimiento de masa ósea y tejido muscular preservando la capacidad funcional y evita la fragilidad a que está expuesta la gente mayor. A su vez, Papalia sostiene que “el ejercicio es una forma de actividad física caracterizada por ser un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, que se realiza para mejorar o mantener uno o más componentes de la forma física”.⁵¹

Para Pender, la actividad física es esencial para una vida sana, energética y productiva, debido a sus efectos positivos que a continuación se detallan:

A nivel cardiopulmonar (reduce la presión sanguínea, disminuye el colesterol y triglicéridos, incrementa la circulación sanguínea); a nivel oncológico e inmunológico (reduce la incidencia de tipos seleccionados de cáncer y mejora el pronóstico de post-tratamiento para cáncer); a nivel endocrino y metabólico (mejora la tolerancia a la glucosa, disminuye la grasa corporal y reactividad a factores de estrés psicosociales); a nivel músculo esquelético (incrementa la masa muscular); y a nivel psicosocial (mejora el autoconcepto, imagen corporal, disminuye la ansiedad y depresión e incrementa el estado general de ánimo y bienestar psicológico).¹³

Cuando las personas dejan su vida activa, disponen de uno de los valores más hermosos y codiciados: el tiempo. Este a su total disposición se les escapa de las manos por no saber qué hacer, por no estar preparadas para desarrollar actividades relacionadas con el cuidado de su salud, como la actividad física, eso se evidenciaba en un inicio en las personas adultas mayores, en estudio, es decir, antes de la incorporación a la OSBAM y de la ejecución de actividades programadas. Así se comprueba en los discursos de los adultos mayores:

Yo realizo ejercicios en la mañana, un cuarto de hora [hace la demostración]. También realizo caminatas, me gusta caminar... como me quedo solita en las mañanas en la casa, yo practico, prendo mi música y empiezo a bailar... si no hay ejercicios, somos como un trapo viejo, el cuerpo necesita estar ágil, yo era bien floja, donde me quedaba sentada, me ponía a dormir y eso es malo

*para mi salud... muy bien me siento, si no fuera por los ejercicios, estaría inútil...
(MAGNOLIA)*

(...) en las mañanitas realizo ejercicios de respiración, para el corazón [realiza demostración]... a la semana tres o cuatro veces, media hora... porque si no el cuerpo no se agiliza... también realizo caminata, a la semana tres veces, me doy vuelta a la manzana... me hace bien caminar... (GIRASOL)

(...) me voy a dar mi vueltita media hora, porque es bueno caminar para la salud. Los ejercicios los realizo en la mañana, más de media hora, a las 5:00 a.m.,... aeróbicos, mover las manos, pies, cabeza, estiramiento de cuello, piernas... (AZUCENA)

Los discursos demuestran que realizar actividad física ocasiona en las adultas mayores, entusiasmo, su ánimo cambia y se sienten felices; pero esta sensación no solo se percibe en la dimensión psicológica, sino también se manifiesta en la dimensión física. La actividad física regular puede incrementar fuerza y agilidad y prevenir caídas entre adultos mayores e incrementar su independencia en actividades de la vida cotidiana.

Este cambio de comportamiento en el 61.54% de adultas mayores en estudio (VER ANEXO N°08), se relaciona con la toma de conciencia que han adoptado al incrementar no solo el nivel de conocimiento sobre la importancia de la actividad física; sino también, en la puesta en práctica de la misma, modificando de esta manera hábitos, modos de vida y mejorando significativamente su nivel de autocuidado.

El mantenimiento de la actividad física regular es principalmente dependiente de fuentes de motivación personal, familiar y social dentro del ambiente diario de la persona; el estar motivados permite la ejecución de conductas orientadas a modificar o mantener el curso de la vida. A su vez, este mantenimiento, como señala Pender, se logra mediante la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad, por parte de la persona que la ejecuta.

Basado en la teoría cognitiva social de Bandura, existe una relación entre la autoeficacia y el afecto relacionado con la acción. McAuley y Courneya (citados por Pender) encontraron que la respuesta afectiva positiva durante el ejercicio fue un factor de predicción significativa de eficacia post ejercicio. Esto es consistente con la propuesta de Bandura, para quien las respuestas emocionales y sus estados fisiológicos inducidos durante un comportamiento servían como fuentes de información de eficacia. Por lo tanto, el afecto relacionado con actividad es propuesta tanto como influencia directa en comportamientos de salud como indirecta por medio de la autoeficacia y compromiso con un plan de acción.¹³

Todas las evidencias y realidades científicas actuales muestran que en el envejecimiento no solo cuenta la cantidad sino también la calidad de la vida. Estilos y formas de vida saludable y principalmente mantenerse activos, conduce a mayor longevidad, agregan más años de independencia y protegen contra la comorbilidad en los últimos años. Es decir, la gente no desea vivir más tiempo, solamente para tener más años de enfermedad e infelicidad; los años agregados deben ser los más sanos.⁵³

En este contexto, Falque resalta que la adecuada promoción de la salud y nutrición no solo agrega años a la vida, sino vida a los años. Es decir, que si el objetivo es prevenir la aparición o complicación de la enfermedad y discapacidad, los esfuerzos preventivos deben comenzar precozmente en la vida. Los profesionales de salud y especialmente los enfermeros y nutricionistas tienen no solo la oportunidad sino también la obligación de ampliar y mejorar los servicios de asistencia y atención nutricional que proporcionan a los adultos mayores. Los programas de promoción de la salud para la población anciana tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo.⁵³

Explica además que una alimentación correcta, que cumpla con las leyes de la alimentación (calidad, cantidad, adecuación, armonía) puede

disminuir los cambios relacionados con el propio proceso de envejecimiento e influir directamente en el estado de salud de la persona; dando lugar a una mejor calidad de vida e induciendo a la prevención de numerosas enfermedades e incapacidades. La nutrición juega un importante papel en el proceso de envejecimiento, permitiendo que nuestro organismo reciba y utilice sustancias químicas (nutrientes esenciales como hidratos de carbono, lípidos o grasas, proteínas, vitaminas, sales minerales, agua) de los alimentos y energía para vivir.

Tal como infiere Sedó, la atención nutricional debe estar encaminada a garantizar una adecuada alimentación del adulto mayor de acuerdo con sus necesidades y posibilidades. Siempre debe prevalecer el respeto a las opiniones de los mayores respecto a su propia alimentación; de la misma forma, es a través de procesos educativos que se deben propiciar cambios en el estilo de alimentación de las personas mayores, los cuales deben adoptarse de forma voluntaria y respetarse la decisión.⁵⁴ Lo expresado en líneas anteriores se constata en la mayoría de las declaraciones de las adultas mayores:

Primeramente, tomo extracto de verdura, después quinua con kiwicha y lo endulzo con stevia. En vez de pan, hago encebollado con yuca, mote, camote o papa... a eso de las diez u once de la mañana como fruta, todos los días, también tomo mi jugo de naranja con magnesol... en el almuerzo mi sopa de verduras, de pollo, carnerito, ires no!... arroz con chileno, pescadito... Todos los días no como verduras, solo tres veces por semana... En la noche tomo lonche, café o té... (HORTENSIA)

En el desayuno tomo avena con galletas, huevo pasado. En el almuerzo, arroz con verduras, pescado frito o sancochado. En la noche un pan o sándwich con un vaso de leche... las frutas las consumo a las diez de la mañana, dejando un día, las verduras casi a diario. Antes consumía frituras, ahora no, porque nos hace daño. (GIRASOL)

...consumiendo poca sal, poco condimento, más verduras, porque sufro de presión alta. Yo desayuno a las 8:00 a.m, tomo leche, pan con queso, tortilla de huevo con tomate... almuerzo arroz, alverjita serrana, habas, frijolito, yo cambio las menestras (variedad). Frutas casi todos los días, verduras también... la alimentación aunque no tan rica, pero sana. (ORQUÍDEA)

Todos los días hago mi ensaladita... yo practico lo que aprendo, eso es lo primero, todo lo que nos enseñan las enfermeras hay que repetirlo en la casa... (MARGARITA)

...yo como pollo o pescado sancochado con verdura porque el aceite es muy dañino, usamos un poquito... frutas y verduras, las consumo a diario... Todos los días hago mi caldo con verduras, arroz con menestra y mi ensalada, de tomar jugo de frutas como carambola... (AZUCENA)

Desde este punto de vista, la dieta, como factor de riesgo para el desarrollo de la mayoría de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles en la etapa del adulto mayor, puede modificarse y convertirse en un factor protector en vez de ser un factor de riesgo. Para que ocurra esto se requiere de una sólida educación con una adecuada orientación nutricional acorde a los ingresos económicos, sin olvidar que un autoconcepto positivo crea un ambiente psicológico que fomenta a la persona adulta mayor a cuidarse y controlar lo que consume.

Al aplicar el cuestionario sobre conductas del adulto mayor autovalente en su autocuidado, en el ítem nutricional se obtuvo que el 76.92% de adultas mayores siempre escoge una dieta baja en grasas y colesterol y solo el 23.08% lo realiza a veces. Asimismo, el 69.23% siempre limita el uso de alimentos que contienen azúcar; el 61.54% siempre consume vegetales todos los días y nunca consume dulces, postres, gaseosas o chocolates; el 69.23% siempre ingiere de 1 a 2 litros de agua diariamente.

El 30.77% de adultas mayores consume 2 a 3 porciones de frutas todos los días y el 69.23% las consume a veces, siendo la gran limitante la situación económica. Conllevando además a que el 61.54% consuma a veces 2 a 3 porciones de leche, yogurt o queso cada día. Sin embargo, el 69.23% consume carnes blancas como pescado, huevos, menestras, cereales, todos los días y mantienen su peso ideal.

De acuerdo con Pender, los enfermeros, como profesionales claves de la salud, necesitan asumir responsabilidad por utilizar un conocimiento actualizado y emergente para ayudar a personas mayores a beneficiar su salud mediante hábitos de actividad física y cuidado nutricional, que duren a lo largo de sus vidas. Tanto la actividad física como el cuidado nutricional deberán ser parte integral del estilo de vida, si la persona desea tener efectos óptimos en su salud. El mantenimiento de una condición física puede ser placentera y llena de beneficios para personas de todas las edades y contribuir significativamente a la extensión de la longevidad y mejora de la calidad de vida.

CONSIDERACIONES FINALES

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender ayuda a apoyar la práctica de enfermería y ser una propuesta para llevar a cabo el cuidado de enfermería en el contexto de promoción de la salud relacionado con el cambio de comportamiento y mejoramiento de calidad de vida de las personas adultas mayores.

A su vez, como afirma Alves, este modelo permite integrar la ciencia de la conducta de enfermería, identificando los factores que influyen en los comportamientos saludables. También es una guía para explorar la motivación o desmotivación de las personas mayores a participar en comportamientos que promuevan el autocuidado en el envejecimiento saludable.

Para la investigadora, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias personales y sociales, comportamientos previos y características adquiridas que influyen en creencias, costumbres y participación en comportamientos de promoción de salud. La forma de autocuidarse se encuentra influenciada por conductas previas (actitudes y comportamientos) y factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales como son: la edad, sexo, automotivación, estado de salud percibido, grado de instrucción, nivel socioeconómico, rol que desempeña la persona, entorno, entre otros.

En relación a experiencias previas de autocuidado, se deduce que el desconocimiento o escaso conocimiento de las adultas mayores en prácticas de alimentación saludable, ejercicio físico y medicación

responsable, se debe en su mayoría al bajo nivel educativo, escasos recursos económicos e influencia del entorno. Sin embargo, esta carencia de cuidado no solo es responsabilidad de la persona adulta mayor, sino que involucra a otros actores sociales como son la familia, el Estado y la sociedad, a fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Desde esta perspectiva, se puede mencionar que la vida de la persona adulta mayor experimenta cambios, debe enfrentarse a enfermedades, adoptar nuevas conductas de vida saludable para disminuir los riesgos a complicaciones; y así evidenciar la necesidad del cuidado para el mantenimiento de la salud y bienestar.

El cuidado se convierte en existencial, es como un espejo, refleja nuestra manera de actuar, nuestra actitud frente al mundo, nuestra forma de ser y el autocuidado convierte a la persona de edad avanzada en motor de su propio bienestar; y con el apoyo familiar y participación de los recursos de la comunidad puede encontrar solución a la mayoría de sus problemas.

Nunca es tarde para iniciar medidas preventivas y cambios en los estilos de vida perjudiciales para la salud. Médicos, enfermeros, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, nutricionistas cumplen acciones dirigidas a la atención de la salud del adulto mayor, pero de todas las profesiones de las ciencias de la salud, enfermería es la que asume el cuidado como la esencia del ejercicio profesional.

El profesional enfermero como influencia interpersonal en el cuidado del adulto mayor debe asumir la responsabilidad de garantizar un contexto decoroso para el adulto mayor, para que lleve una vida digna con calidad y en el primer nivel de atención. La oportunidad que tiene este grupo etario de pertenecer a un programa le significa un recurso, un soporte de apoyo, reuniéndose y expresando su sociabilidad, de querer sentirse bien, tal como se evidenció en los discursos de las adultas mayores

participantes.

Las actividades recreativas originan beneficios para la personalidad del adulto mayor, ya que proporcionan una renovación vivificante, un reto, un estímulo, un cambio de ideas, aventura y socialización, que en conjunto ayudan a mejorar el funcionamiento mental, estado de ánimo y bienestar. Los testimonios señalaron que la eficacia percibida por parte de las adultas mayores en temas de educación para la salud es una evaluación de la habilidad de uno de llevar a cabo un curso de acción en particular. Entre mayor sea la eficacia percibida, más vigorosas y persistentes se encuentran las personas para participar en un comportamiento, aun enfrentándose a obstáculos y experiencias adversas.

Con una adecuada preparación en esta última etapa de la vida, identificando la autoeficacia percibida, los adultos mayores no solo serán más productivos y saludables; sino que estarán en mayor capacidad de aportar a la sociedad y futuras generaciones. Lo mejor es prepararse para tener una vida plena y placentera aceptando los cambios que vendrán.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores, en el marco de los Lineamientos de Política para este grupo etario y los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, responde a la decisión política de atender las necesidades de salud de los adultos mayores con un enfoque de integralidad, equidad, solidaridad, interculturalidad, calidad y pleno respeto a sus derechos, para contribuir a un envejecimiento activo y saludable. Sin embargo, actualmente en los establecimientos del MINSA del primer nivel de atención no existen profesionales de la salud, entre ellos profesionales de enfermería, contratados exclusivamente para desarrollar actividades tanto intra como extramurales con adultos mayores; el limitado número de recurso humano enfermero responsable

de la etapa de vida del adulto mayor y de otras estrategias sanitarias, dificulta una óptima atención a las necesidades de salud de este grupo etario.

Por tanto, se hace necesario contar con un profesional de enfermería perenne en la OSBAM, siendo la sobrecarga laboral (profesional responsable de la etapa de vida del adulto mayor y de otras estrategias sanitarias), la falta de tiempo y la escasa integración interdisciplinaria, las grandes limitantes para organizar, dirigir, ejecutar y evaluar acertadamente planes estratégicos inmersos en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, según necesidades de este grupo poblacional.

Así como preexisten limitaciones y obstáculos para promocionar la salud por parte de enfermería (barreras externas), también los hay por parte del adulto mayor para acudir al Programa del Adulto Mayor (barreras internas), entre ellos: el tiempo, múltiples actividades en el hogar, la desmotivación, viaje, familia y otros. Destacan también dentro de las influencias situacionales como factores significantes para el autocuidado y promoción de la salud: el dinero, significando la ausencia del mismo una gran limitante para satisfacer algunas necesidades básicas como las nutricionales o visitar al médico; el escaso tiempo, debido a labores domésticas como amas de casa (preparación de alimentos para familiares como esposo, hijos, nietos y limpieza del hogar); y otras relacionadas a cambios propios de la vejez, como disminución de la función sensorial y cognitiva.

Para el profesional de enfermería, las influencias de situación son una clave muy importante para el desarrollo de nuevas estrategias y a la vez efectivas para facilitar la adquisición y mantenimiento de comportamientos para la promoción de salud en adultos mayores. El

cuidado integral de la persona de edad avanzada incluye el involucrarla activamente, en unión de su familia, en el proceso dinámico y continuo de su cuidado; ello significa determinar el logro de metas, identificar nuevas metas, reordenar prioridades e iniciar otras acciones.

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, porque es la proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el adulto mayor. El factor familia es clave para el adulto mayor, vivir con la familia y seguir ligado a ella lo fortalece emocional y afectivamente.

Reconocer a la familia como fuente de influencia positiva para el adulto mayor es reafirmar su autoestima y ofrecerle un nuevo significado a su existencia para prolongar sueños y esperanzas. Ese medio familiar es el que favorece un adulto mayor para sí y para la sociedad, y garantizará una larga vida con calidad física y mental.

Gran mayoría de las personas adultas mayores en estudio integran la OSBAM desde hace más de dos años, incluso desde su creación, lo que ha motivado en ellas el cambio de conductas y asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, adoptando de esta manera estilos de vida saludables. Como afirma Pender, entre mayor el compromiso a un plan específico de acción, más probable el mantenimiento de comportamiento para la promoción de salud a largo plazo.

Realizar actividad física ocasiona en las adultas mayores entusiasmo, su ánimo cambia y se sienten felices. Este cambio de comportamiento en el 61.54% de adultas mayores en estudio, se relaciona con la toma de conciencia que han adoptado al incrementar no solo el nivel de conocimiento sobre la importancia de la actividad física; sino también, en la puesta en práctica de la misma, modificando de esta

manera hábitos, modos de vida y mejorando significativamente su nivel de autocuidado.

El monitoreo, seguimiento y sesiones demostrativas motivacionales son esenciales para ayudar a los adultos mayores al cuidado de su propia salud. Programas caseros de ejercicio son de mucha ayuda, pero también es necesario continuar con programas estructurados ofrecidos por los Centros y Programas del Adulto Mayor. Las actividades en grupo son interesantes para este grupo etario, como se evidenció en los discursos, quienes solicitaron continuar desarrollando diversas actividades, entre ellas programaciones periódicas de actividad física y contar siempre con la presencia de un profesional de enfermería en cada reunión.

Es importante rescatar que de acuerdo a las categorías y resultados obtenidos al aplicar el cuestionario sobre conductas del adulto mayor autovalente en su autocuidado, las adultas mayores beneficiaron su salud desde su incorporación a la OSBAM y al sentir motivación para cuidar de la misma mediante la adopción de comportamientos saludables, como la actividad física y cuidado nutricional, a pesar de la existencia de barreras percibidas para promocionar la salud.

Finalmente, es necesario continuar reforzando algunos aspectos como: visitar al médico geriatra, nefrólogo, cardiólogo, oftalmólogo y odontólogo por lo menos una vez al año; evitar acudir al farmacéutico o curandero ante una enfermedad (respeto de creencias y costumbres, siempre y cuando no atente contra la salud del adulto mayor); incorporar a la familia en la OSBAM e involucrarla en el disfrute del tiempo libre y cuidado de la salud del adulto mayor; continuar con un programa de ejercicios planificados y la ingesta de una dieta rica en cantidad y calidad. No olvidando el desarrollo de actividades programadas en la OSBAM con la presencia del equipo interdisciplinario de salud.

RECOMENDACIONES

A las Instituciones Formadoras:

Planificar, ejecutar y dar continuidad a programas con adultos mayores autovalentes, involucrando en este accionar a docentes y estudiantes de las diversas escuelas profesionales de la salud (enfermería, medicina, odontología, psicología, nutrición y asistado social) con la finalidad de mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Realizar investigaciones con adultos mayores en el área de Promoción de la Salud, aplicando el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y diversas metodologías, entre ellas de tipo acción participación, permitiendo la transformación de su realidad y mejora de su calidad de vida.

Planificar y ejecutar estudios de investigación similares con adultos mayores jubilados, de zonas rurales, o de organizaciones, de esta manera implementar programas e incrementar el disfrute de una vejez

satisfactoria; ya que una vida de excesos y malos hábitos acelerará los procesos de deterioro del envejecimiento y, por lo tanto, limitará las oportunidades de una vejez con calidad de vida.

Que los resultados de los Programas del Adulto Mayor sean difundidos a la comunidad científica, con el objetivo de conocer las diversas estrategias y efectos que origina la implementación del mismo, con la aplicación de diferentes metodologías de investigación.

A las Instituciones de Salud:

Fortalecer Programas del Adulto Mayor con énfasis en el cuidado de la propia salud e incorporar a la familia en los mismos, como ente partícipe, proveedora principal de cuidados y fuente de sostén preferida por el adulto mayor.

Capacitar periódicamente al equipo interdisciplinario de salud que brinda cuidados al adulto mayor, con la finalidad de asumir acertadamente su rol de facilitador en la promoción de la salud, persuadiendo y orientando para que este grupo etario opte por el cuidado de su propia salud.

Aplicar encuestas sobre nivel de satisfacción a todos los adultos mayores que integran Programas del Adulto Mayor de cada establecimiento de salud, con el objetivo de medir el nivel de satisfacción y en base a ello implementar mejoras.

Utilizar medios de comunicación para difusión de la importancia de los Programas del Adulto Mayor y el disfrute de un envejecimiento con bienestar.

A las Municipalidades:

Dar continuidad a los Centros Integrales de Atención a la persona Adulta Mayor (CIAM) en zonas rurales y urbanas, a cargo de un equipo interdisciplinario de salud, con la finalidad de brindar diversos servicios y programas a favor de las personas adultas mayores, considerando la realidad local y conociendo las principales características y necesidades de este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. [sede Web]*. Chile. [acceso 12 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S3.pdf
- (2) Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Situación de la niñez y del adulto mayor. Enero – febrero – marzo 2013. Informe Técnico N° 02. [Sede Web]*. Perú. 2013. [Acceso 15 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=16595.pdf>
- (3) Sánchez A. Perú: Estimaciones y proyecciones de población económicamente activa, 2000 – 2015. [Sede Web]*. Perú. 2011. [Acceso 10 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.inei.gov.pe/web/NotaPrensa/Attach/12472_e.pdf
- (4) Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de la personas adultas mayores. Dirección General de Salud de las Personas. Perú; 2005. P1-43.
- (5) Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud. Perú; 2006. P1-40.
- (6) Córdova N, Lavado S. Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo. 2010. [Tesis Maestría en Enfermería]. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú; 2012.
- (7) Carrasco J, Díaz M. Modificando prácticas en salud ambiental a través del Modelo de Nola Pender en la Comunidad Educativa Ricardo Palma - Mórrope, 2011 – 2012. [Tesis Maestría en Enfermería]. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú; 2013.
- (8) Alves A. Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender. Río de Janeiro. [Tesis Maestría en Enfermería]. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. 2010. [acceso 30 de noviembre del 2013]. Disponible en: http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2594
- (9) Stark M, Chase C, De Young A. Barriers to Health Promotion in Community Dwelling Elders. Universidad de Michigan 2010. Journal of Community Health Nursing. Taylor & Francis Group, LLC. [artículo en Internet]*. 2010. [acceso 30 de noviembre del 2013]**; Vol.27 (No.4): [ISSN

0737-0016; P175 - 186***]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1080/07370016.2010.515451>

(10) Marriner A, Alligood A. Modelos y teorías en enfermería. 5.^a ed. Madrid – España. Elsevier España, S.A. 2003. pp. 625-635.

(11) Víctor S, Lopes M, Barbosa L. Diagrama de análisis del modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender. Sao Paulo - Brasil. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Escuela Paulista de Enfermería. [artículo en Internet]*. [acceso 2 de diciembre de 2013]**; 2005; Vol.18 (No.3): [ISSN 0103-2100; P235-40***]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026606002>

(12) Aristizábal G, Blando D, Sánchez A, Ostiguín R. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. México. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [artículo en Internet]*. [acceso 14 de setiembre de 2013]**; 2011; Vol.8 (No.4): [P. 1-23***]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

(13) Pender N. Y Col. Health Promotion in Nursing Practice. Flesht Edition; 2011.

(14) Muga M y Muro I. Experiencias de la enfermera al promocionar la salud en una micro red de servicios de salud, Chiclayo - Perú. [Tesis licenciatura]. Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2010.

(15) Anzola E. Enfermería gerontológico: conceptos para la práctica. Washington, D.C: OPS. E.U.A; 1993. pp. 3-63.

(16) Romero A. Dirección General de Personas Adultas Mayores. Por un envejecimiento activo, productivo y saludable. Cartilla 1. Lima – Perú: Editorial Impactum Creativos; 2004.

(17) Medellín G. Atención primaria de la Salud Crecimiento y Desarrollo del ser humano. Tomo II. Washington D.C.E.A; 1995.

(18) Wojtyła K. Carta del Santo Padre Juan Pablo II a los ancianos. España: Librería Editrice; 1999.

(19) Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS; 1993.

(20) Tójar J. Investigación cualitativa: comprender y actuar. 1.^a ed. Madrid: La Muralla; 2006. pp. 140 - 175.

(21) Polit D. Y Col. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6.^a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2000. p. 715.

- (22) Salking N. Métodos de Investigación. 3.^a ed. México: Prentice Hall; 1999. p. 380.
- (23) Ludke M. El estudio de caso: su potencial en educación. 6.^a ed. Sao Paulo - Brasil: Editorial EPU; 1986.
- (24) De Andrade G. Estudio de caso: uma estratégia de pesquisa. Sao Paulo - Brasil: Editora ATLAS S.A; 2006.
- (25) Rodríguez G. y Col. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. Granada – España; 1996.
- (26) Abric J. Núcleo central de las representaciones sociales. Ed. Vozes Petrópolis – Brasil; 1996.
- (27) Santisteban J. Manual para la evaluación del aprendizaje estudiantil: conceptos, procedimientos, análisis e interpretación para el desarrollo educativo. México: Editorial Trillas, S.A. de C.V; 2004.
- (28) Burns N. Y Col. Investigación en enfermería. Madrid - España. Elsevier España, S.A. 2005.
- (29) Sgreccia E. La Bioética Personalista. En Vida y Ética. Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires. Vol.2; 2001. pp.13 - 14.
- (30) Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia. Corporación Editora Médica del Valle. 2003. [acceso 20 de noviembre de 2013]; vol.34 (No.3):164-167. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3460/1/rc03025.pdf>
- (31) Leitón Z, Gómez, L. El cuidado singular durante el envejecimiento y vejez. 1.^a ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. pp. 11-222.
- (32) Leitón Z, Ordoñez Y, Villanueva M. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de información para profesionales. Lima – Perú: Sinco Editores; 2003. p. 19.
- (33) Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. In: Salgado F y Díaz M. Mejoramiento del autocuidado del adulto mayor del pueblo joven Luis Alberto Sánchez, Chiclayo - Perú. [Tesis licenciatura]. Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2009. p. 23.
- (34) Coppard L. La Autoatención de la salud y los ancianos. In: Anzola Pérez. Enfermería Gerontológico: Conceptos para la práctica. Washington, D.C: OPS; 1993. p. 27.
- (35) Dirección General de las Personas Adultas Mayores. Promoción de la Salud y el Autocuidado de las Personas Adultas Mayores. In: Salgado F y Díaz M. Mejoramiento del autocuidado del adulto mayor del pueblo joven Luis Alberto Sánchez, Chiclayo - Perú. [Tesis licenciatura]. Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2009. p. 25.

- (36)** Boof L. Saber Cuidar – Ética do Humano-compaixao pela terra. In: Leitón Z, Gómez, L. El cuidado singular durante el envejecimiento y vejez. 1a ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. p. 14.
- (37)** Waldow R. O Cuidado na Saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos. In: Alves A. Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender. Río de Janeiro. [Tesis Maestría en Enfermería]. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. 2010. [acceso 30 de noviembre del 2013]. Disponible en: http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2594
- (38)** Quintero M. Cuidados y cuidadores. En: La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2.ª ed. Washington, D.C. OPS; 2011. pp. 67-70.
- (39)** Alpízar I. Prepararse para la vejez. In: Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). Población adulta mayor: experiencia y sabiduría en nuestro presente. Costa Rica. [artículo en Internet]*. 2005. [acceso 30 de agosto de 2014]**; (No. 4): [ISSN 1659-1674; P10 - 12***]. Disponible en: <http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/revista%20aportes.pdf>
- (40)** García M, Rodríguez C, Torenja Á. Y Col. Enfermería geriátrica. Ediciones DAE. Barcelona – España; 2012. p. 26.
- (41)** Papalia D, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del Adulto y Vejez. En: Leitón Z, Gómez, L. El cuidado singular durante el envejecimiento y vejez. 1.ª ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. pp. 24-25.
- (42)** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. In: Leitón Z, Gómez, L. El cuidado singular durante el envejecimiento y vejez. 1a ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. p. 24.
- (43)** Pérez A. Enfermería geriátrica. Madrid – España: Editorial Síntesis, S.A. de C.V; 2000. pp. 459-476.
- (44)** Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera L, Jaimovich J, Et Al. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina; 2006. pp. 13-22.
- (45)** Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud; 2003. En: Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera L, Jaimovich J, Et Al. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina; 2006. pp. 13-22.
- (46)** Cornachione M. Psicología del Desarrollo. Vejez, aspectos biológicos, psicológicos y sociales. In: Leitón Z, Gómez, L. El cuidado singular durante el

envejecimiento y vejez. 1.^a ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. pp. 147, 156.

(47) Sacramento H, Sánchez M. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. In: Leitón Z, Gómez, L. El cuidado singular durante el envejecimiento y vejez. 1.^a ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. p. 147.

(48) Wojtyła K. Carta de los Derechos de la Familia. España: Librería Editrice; 1983.

(49) Villaseca P. El senescente y su familia. In: Leitón Z, Gómez, L. El Cuidado Singular durante el envejecimiento y vejez. 1.^a ed. Trujillo - Perú: Editorial EDUNT; 2012. p. 151.

(50) Maya L. Los estilos de vida saludables: componentes de la Calidad de vida. In: Córdova N, Lavado S. Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo. 2010. [Tesis Maestría en Enfermería]. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú; 2012. pp. 71-72.

(51) Zambrano R. Valoración nutricional del adulto mayor. In: Quintero M. Cuidados y Cuidadores. En: La Salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2.^a ed. Washington, D.C. OPS; 2011. p. 92.

(52) Papalia, D. Desarrollo Humano. 9 a ed. Mc Graw Hill Interamericana, S.A. México; 2005.

(53) Falque L. Nutrición y vida activa: de la prevención a las necesidades nutricionales. In: Quintero M. Cuidados y cuidadores. En: La Salud de los adultos mayores: Una visión compartida. 2.^a ed. Washington, D.C. OPS; 2011. pp. 110-125.

(54) Sedó P. La atención nutricional y la promoción de bienestar del adulto mayor. [Sede Web]. Costa Rica; 2000. [Acceso 7 de diciembre de 2014]. Disponible en:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD021.pdf>

ANEXOS



ESCUELA DE
POSTGRADO
USAT

ANEXO N.º 01
CUIDADO DEL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE DESDE EL MODELO DE
NOLA J. PENDER - CHICLAYO, PERÚ. 2013.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....
..... identificado (a) con DNI
N.º....., expreso que después de haber sido informado (a) sobre la
investigación titulada *Cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de
Nola J. Pender. Chiclayo-Perú, 2013*, cuyo objetivo es caracterizar, describir y
analizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J.
Pender; y que será realizada por la Lic. Enf. Flor Cecilia Salgado Montenegro,
estudiante de Maestría en Enfermería en la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, de la ciudad de Chiclayo, contando con el
asesoramiento de la Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete, me comprometo a
responder verazmente las preguntas de la entrevista que se me realice.
Autorizando, además, que estas sean grabadas por la investigadora, para lo cual se
me asignará un seudónimo en resguardo de confidencialidad a mis declaraciones,
las que podrán publicarse como parte de la investigación.

Respecto a los datos proporcionados por mi persona, me asisten los
derechos de acceso, rectificación y cancelación, si estos no se ajustan a lo que yo
he querido expresar. Asimismo, si alguna de las preguntas me ocasionara
alteración psíquica o física podré negarme a contestarla, contando con la
aceptación de la investigadora.

Por lo expuesto en líneas anteriores, otorgo mi consentimiento para ser
partícipe de la presente investigación que ayudará a lograr los objetivos trazados.
Finalmente refrendo mi firma.

Chiclayo....., de..... de 2014

Firma de la Investigadora

Firma del Participante



ESCUELA DE
POSTGRADO
USAT

ANEXO N.º 02

CUIDADO DEL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE DESDE EL MODELO DE NOLA J. PENDER. CHICLAYO-PERÚ, 2013

CUESTIONARIO SOCIO - DEMOGRÁFICO

INSTRUCCIONES: El presente instrumento tiene como objetivo recolectar información para fines únicamente de la investigación, por lo tanto, se solicita a usted emitir datos verdaderos al respecto.

DATOS PERSONALES:

1. **Edad:** años
2. **Sexo:** Masculino 1 Femenino 2
3. **Lugar de Nacimiento:** Distrito _____ Provincia _____
4. **Religión que practica:** _____
5. **Grado de Instrucción:** _____
6. **Estado Civil**
 - Soltero (a) 1
 - Casado (a) 2
 - Divorciado (a) 3
 - Conviviente 4
 - Viudo (a) 5
7. **¿Con quién vive?**
 - Vive con familia 1
 - Vive con cónyuge de similar edad 2
 - Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima 3
 - Vive solo y carece de hijos o viven lejos 4

8. Ocupación:

- Jubilado 1
- Desocupado 2
- Ocupación actual 3

Dónde: _____

9. ¿Padece de alguna enfermedad?

- Sí 1
- No 2

10. ¿Qué tipo de enfermedad?

- Hipertensión Arterial 1
- Diabetes 2
- Otra enfermedad 3

11. ¿Desde cuándo la padece?

- Menos de 6 meses 1
- De 6 meses a 1 año 2
- De 1 año a 2 años 3
- De 2 a 3 años 4
- Más de 3 años 5

12. Situación Económica

- Dos veces el salario mínimo vital 1
- Menos de 2, pero más de 1, salario mínimo vital 2
- Un salario mínimo vital 3
- Ingreso irregular (menos del mínimo vital) 4
- Sin pensión, sin otros ingresos 5



ANEXO N.º 03

CUIDADO DEL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE DESDE EL MODELO DE NOLA J. PENDER. CHICLAYO-PERÚ, 2013

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

INSTRUCCIONES: La presente entrevista ha sido diseñada con el objetivo de caracterizar, describir y analizar el cuidado del adulto mayor autovalente desde el Modelo de Nola J. Pender. La información que usted proporcione será utilizada únicamente con fines investigativos, garantizando la confidencialidad de sus aportes.

I. DATOS INFORMATIVOS:

1. **Seudónimo:**
2. **Fecha:**
3. **Tiempo de duración de la entrevista:**

II. PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. **¿Cómo se cuidaba usted antes de formar parte de la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”?**
2. **¿Cuál es su experiencia al participar en la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”?**
3. **¿Practica usted lo que aprende en la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”?**
4. **¿Se siente motivado al participar en la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”? y ¿se siente motivado al cuidar de su salud?**
5. **¿Cuenta con el apoyo de su familia para realizar actividades relacionadas con el cuidado de su salud?**
6. **¿Acude a las actividades programadas por la enfermera en la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”? ¿Qué situación (es) le imposibilita participar o acudir a las actividades programadas?**

ANEXO N.º 04

**CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTAS DEL ADULTO MAYOR
AUTOVALENTE EN SU AUTOCUIDADO**

Instrucciones: Este cuestionario basado en el cuestionario de Estilos de Vida de Nola J. Pender y Escala de Autocuidado en el Adulto Mayor para un envejecimiento con bienestar (Z. LEITON) contiene oraciones acerca de las conductas del adulto mayor autovalente sobre su cuidado. Por favor responda cada oración y trate de no pasar por alto ninguna. Indique la frecuencia con que usted se dedica a cada conducta, marcando con una ASPA (x) la respuesta que considere.

S= Siempre, AV= Algunas veces, N= Nunca

Seudónimo: -----

A. ASPECTO BIOLÓGICO	S	AV	N
CUIDADO CON LOS OJOS			
1. Realizo manualidades o lecturas en sitios iluminados (iluminación artificial o natural)			
2. Ilumino bien mi hogar, especialmente por las noches.			
3. Me lavo las manos antes de tocar mis ojos.			
4. Visito al oftalmólogo por lo menos una vez al año.			
5. Acudo al médico inmediatamente si presento alteración o pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc.			
6. Utilizo remedios caseros o medicamentos indicados por familiares, amigos o en farmacia			

ante cualquier molestia de los ojos como dolor, inflamación, lagrimeo o supuración.			
CUIDADO CON LOS OÍDOS	S	A7	N
7. Limpio el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabellos, palitos de fósforos, etc.			
8. Evito los ruidos fuertes.			
9. Uso remedios caseros o medicamentos indicados por familiares, amigos o en farmacia en caso de mareos o zumbido de oídos.			
10. Acudo al médico si presento disminución de agudeza auditiva (cuando no escucho bien o hago esfuerzo para entender las conversaciones).			

CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS	S	A7	N
11. Realizo baño completo diariamente.			
12. Cuando no me doy un baño completo, realizo higiene de cara, brazos, axilas, pies y genitales.			
13. Utilizo crema o aceite de bebés para su piel			
14. Seco mi piel suavemente y me aseguro que los pliegues del cuerpo queden bien secos.			
15. Observo mi piel por lo menos 1vez/mes en busca de lesiones, grietas, aparición o cambio en los lunares, manchas o enrojecimiento.			
16. Camino sin zapatos.			

17. Realizo el recorte de mis uñas de manos y pies semanalmente.			
18. Seco bien mis pies especialmente entre los dedos después de lavarlos.			
CUIDADO CON EL VESTIDO	S	AV	N
19. Me cambio de ropa todos los días.			
20. Uso ropa adecuada a la estación y de acuerdo a mis necesidades.			
21. Me cambio de medias todos los días.			
CUIDADO CON LA BOCA	S	AV	N
22. Me cepillo los dientes o dentadura postiza después de cada comida.			
23. Visito al odontólogo cada 6 meses o por lo menos cada año y cuando lo necesita.			
24. Cambio de cepillo dental cuando las cerdas están gastadas o abiertas. Se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuánto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses.			

CUIDADO NUTRICIONAL	S	AV	N
25. Escojo una dieta baja en grasas y en colesterol.			
26. Consumo papas fritas, tortillas, mantequilla, hot dog, hamburguesas.			
27. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).			

28. Consumo dulces, postres, gaseosas, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.			
29. Ingiere 1 a 2 litros de agua diariamente.			
30. Como de 2 a 3 porciones de frutas todos los días.			
31. Como vegetales todos los días.			
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt o queso cada día.			
33. Como carnes blancas como pescado, huevos, menestras, cereales, todos los días.			
34. Consumo alcohol o fumo.			
35. Mantengo mi peso ideal o el recomendado en el Centro de Salud. IMC: -----			
CUIDADO EN EL SUEÑO	S	AV	N
36. Duermo en forma continua por lo menos 4 horas en la noche.			
37. Me levanto y acuesto todos los días a la misma hora.			
38. Consumo alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir.			
39. Antes de dormir: Leo, escucho música, veo películas agradables, medito o rezo para favorecer su sueño.			
40. Tomo medicamento para dormir sin indicación médica.			
ACTIVIDAD FÍSICA	S	AV	N
41. Sigo un programa de ejercicios planificados como ejercicios, gimnasia o caminatas por lo			

menos 3 veces/ semana (30 minutos)			
CUIDADO CON LA SALUD	S	AV	N
42. Voy al médico 1 vez al año para un chequeo general.			
43. Voy al médico solo cuando estoy enfermo/a.			
44. Voy al farmacéutico, curandero, familiares cuando estoy enfermo/a o tengo alguna molestia.			
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.			
46. Pido información a los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí mismo (a).			
47. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.			
48. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.			
49. Estoy consciente de los que es importante para mí en la vida.			

B. ASPECTO PSICOSOCIAL	S	AV	N
50. Realizo actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.)			
51. Realizo actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.)			

52. Me reúno con mi familia (esposo (a), hijos, nietos, hermanos, parientes) para conversar, aconsejar o disfrutar del tiempo libre.			
53. Me reúno con amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.			
54. Me mantengo interesado en aprender cosas nuevas.			
55. Practico algún ejercicio para relajarme.			
56. Transmito mi experiencia, habilidades y talento a mis familiares, amigos o a quien me lo pida.			
57. Hago todo lo posible para adaptarme ante algo nuevo o al cambio.			
58. Acepto mi vida con triunfos y fracasos			
59. Me enfrento con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.			
60. Mantengo un buen sentido del humor, río, soy optimista y vivo con alegría.			
61. Tengo deseos de seguir viviendo.			
62. Brindo y recibo muestras de cariño de mis familiares y amigos.			
63. Me adapto ante la ausencia o pérdida de mi pareja, hijos, familiares o amigos.			
64. Acepto de buen agrado mi nuevo rol dentro de la familia.			
65. Expreso sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc.			
66. Me preocupo por mantener una			

buena apariencia persona (limpio/a, arreglado/a).			
67. Cuando pienso en la muerte tengo miedo.			
68. Cuando pienso en la muerte la acepto como algo natural de la vida.			
69. Fortalezco mi espiritualidad y mi fe en la vida diaria y busco ayuda espiritual en la iglesia o grupo religioso cuando lo necesito.			

ANEXO N. ° 05

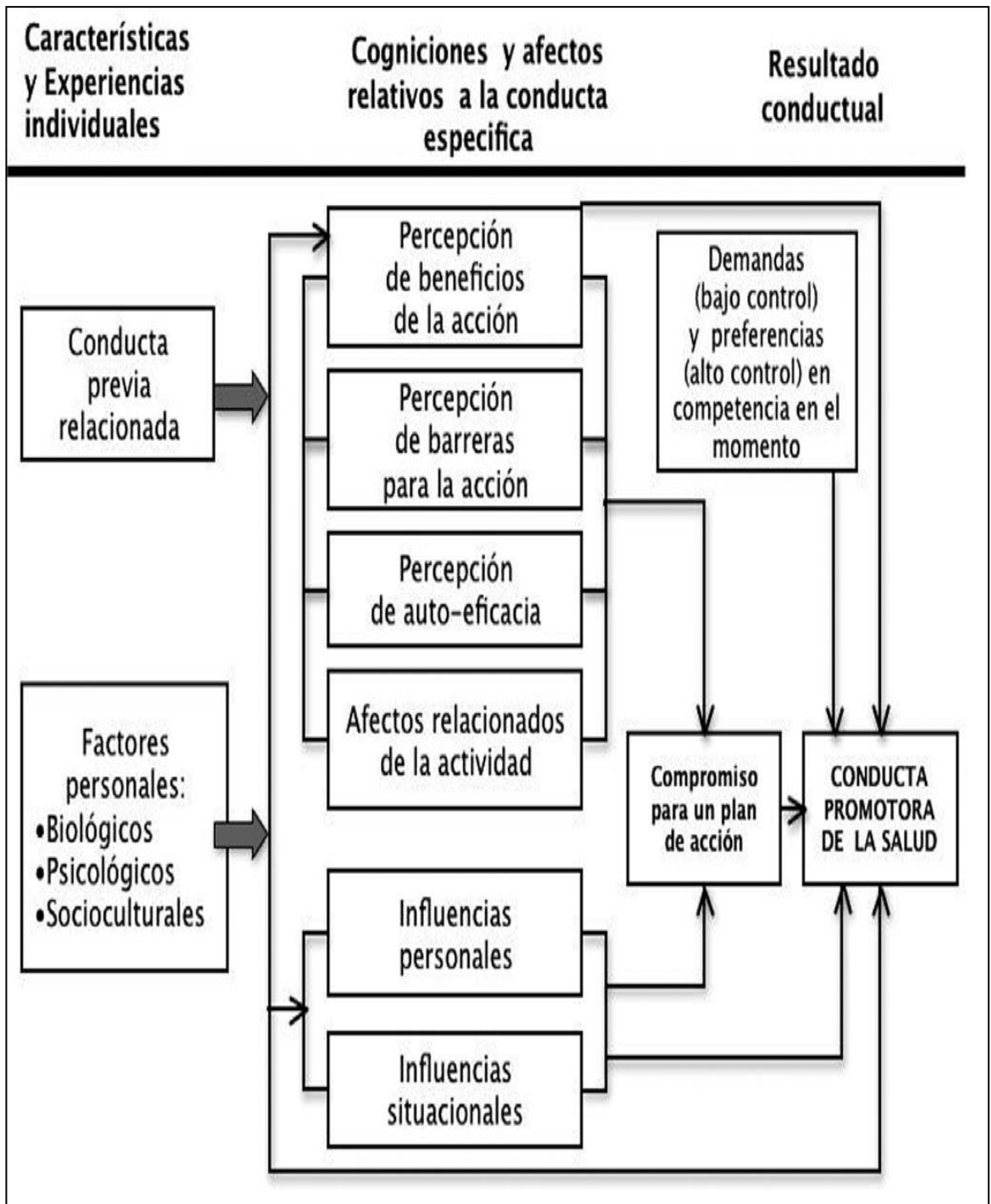


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud revisado. De Pender NJ, 1996



ESCUELA DE POSTGRADO
Resolución N.º 095- 2013 - USAT - EP
Chiclayo, 25 de abril de 2014

Visto el informe de sustentación de proyecto de tesis de las estudiantes de la Maestría en Enfermería de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo presentado por la Coordinación del Programa; y

Considerando:

Que según las *Normas Académicas y Administrativas aprobadas de los Programas de Maestría y Doctorado*, el diseño, ejecución y sustentación del trabajo de investigación destinado a la obtención del grado académico de Magíster o Doctor, deberá seguir los lineamientos y plazos establecidos por la Escuela de Postgrado USAT.

Que la sustentación del Proyecto de Tesis titulado "Experiencias y conductas del adulto mayor autovalente sobre su cuidado desde el Modelo de Nola J. Pender - Chiclayo, Perú. 2013", de la maestrante **Flor Cecilia Salgado Montenegro** se desarrolló el día 7/02/2014, a horas 1:00 p.m., en el aula 111 de la USAT; ante el siguiente jurado calificador:

Presidente: Dr. Fredy Polo Campos
Secretaria: Mgtr. Angélica Vega Ramírez
Asesora-Vocal: Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete

Se resuelve:

- 1º Aprobar el Proyecto de Tesis de la maestrante **Flor Cecilia Salgado Montenegro**, titulado "Experiencias y conductas del adulto mayor autovalente sobre su cuidado desde el Modelo de Nola J. Pender - Chiclayo, Perú. 2013".
- 2º El proyecto en mención está apto para continuar con la ejecución y posterior informe de tesis que conllevará a la obtención del grado académico de Magíster.

Regístrese, comuníquese y archívese



ESCUELA DE POSTGRADO
SECRETARÍA ACADÉMICA

Mgtr. Verónica Chumacero Ancajima
Secretaría Académica
Escuela de Postgrado



ESCUELA DE
POSTGRADO

Dr. Jorge Cardich Pulgar
Director de Escuela de Postgrado
USAT

USAT, formamos personas y mejores profesionales

Av. Panamericana Norte 855 - CHICLAYO
Central telefónica: (074) 606200 Fax: (074) 606201
www.usat.edu.pe



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Gerencia Regional de Salud
Centro de Salud "José Olaya"
-Chiclayo -



AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMATICO"

Chiclayo, 14 de mayo del 2014

OFICIO N° 166 -2014/LAM.RED.CH./CSJO.

DOCTOR.
JOGE CARDICH PULGAR
Director Escuela de Postgrado USAT
Presente.-

Asunto: AUTORIZA DESARROLLAR PROGRAMA DE MAESTRIA
Refer. : CARTA N° 014-2014-USA-EP.

Por intermedio de la presente me dirijo a Ud. para expresarle el saludo institucional y así mismo estoy dando respuesta al documento de la referencia dirigido por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de esta Ciudad, en el cual esta jefatura del Centro de Salud José Olaya **autoriza** a que la señorita: **Flor Cecilia SALGADO MONTENEGRO** desarrolle el Proyecto de tesis del programa de Maestría en Enfermería en la fecha indicada.

Es propicia la ocasión para testimoniarle mi especial consideración.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
C.S. "JOSÉ OLAYA"
Jefe Abilio Huamán
MAG. CHUANO
O.M.P. 45578

JAH./mcsjo.
STB/secretaria

ANEXO N. ° 08

CONSOLIDADO DE CUESTIONARIO
CONDUCTAS DEL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE EN SU AUTOCUIDADO

A. ASPECTO BIOLÓGICO								
CUIDADO CON LOS OJOS	S	% A.	AV	%	N	%	TOTAL	%
Realizo manualidades o lecturas en sitios iluminados (iluminación artificial o natural)	11	84.62	2	15.385	0	0	13	100
Ilumino bien mi hogar, especialmente por las noches	12	92.31	1	7.692	0	0	13	100
Me lavo las manos antes de tocar mis ojos	8	61.54	5	38.462	0	0	13	100
Visito al oftalmólogo por lo menos una vez al año	6	46.15	3	23.08	4	30.77	13	100
Acudo al médico inmediatamente si presento alteración o pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc	10	76.92	1	7.692	2	15.38	13	100
Utilizo remedios caseros o medicamentos indicados por familiares, amigos o en farmacia ante cualquier molestia de los ojos como dolor, inflamación, lagrimeo o supuración	1	7.69	0	0	12	92.31	13	100

A.

CUIDADO CON LOS OÍDOS	S	% A.	AV	%	N	%	TOTAL	%
Limpio el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabellos, palitos de fósforos, etc	5	38.46	4	30.77	4	30.77	13	100
Evito los ruidos fuertes	10	76.92	3	23.08	0	0	13	100
Uso remedios caseros o medicamentos indicados por familiares, amigos o en farmacia en caso de mareos o zumbido de oídos	0	0	1	7.69	12	92.31	13	100
Acudo al médico si presento disminución de agudeza auditiva (cuando no escucho bien o hago esfuerzo para entender las conversaciones)	11	84.62	0	0	2	15.38	13	100

A.
A.
A.
A.
A.
A.
A.
A.

CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Realizo baño completo diariamente	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Cuando no me doy un baño completo, realizo higiene de cara, brazos, axilas, pies y genitales	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Utilizo crema o aceite de bebés para su piel	6	46.15	7	53.85	0	0	13	100
Seco mi piel suavemente y me aseguro que los pliegues del cuerpo queden bien secos	13	100	0	0	0	0	13	100
Observo mi piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, aparición o cambio en los lunares, manchas o enrojecimiento	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Camino sin zapatos	0	0	0	0	13	100	13	100
Realizo el recorte de mis uñas de manos y pies semanalmente	6	46.15	5	38.46	2	15.38	13	100
Seco bien mis pies especialmente entre los dedos después de lavarlos	10	76.92	3	23.08	0	0	13	100
CUIDADO CON EL VESTIDO	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Me cambio de ropa todos los días	10	76.92	3	23.08	0	0	13	100
Uso ropa adecuada a la estación y de acuerdo a mis necesidades	13	100	0	0	0	0	13	100
Me cambio de medias todos los días	13	100	0	0	0	0	13	100
CUIDADO CON LA BOCA	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Me cepillo los dientes o dentadura postiza después de cada comida	4	30.77	9	69.23	0	0	13	100
Visito al odontólogo cada 6 meses o por lo menos cada año y cuando lo necesita	3	23.08	3	23.08	7	53.85	13	100
Cambio de cepillo dental cuando las cerdas están gastadas o abiertas. Se confirma la respuesta, si se	10	76.92	2	15.38	1	7.69	13	100

pregunta después de cuanto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses								
CUIDADO NUTRICIONAL	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Escojo una dieta baja en grasas y en colesterol	10	76.92	3	23.08	0	0	13	100
Consumo papas fritas, tortillas, mantequilla, hotdog, hamburguesas	0	0	4	30.77	8	69.23	13	100
Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Consumo dulces, postres, gaseosas, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos	0	0	5	38.46	8	61.54	13	100
Ingiero 1 a 2 litros de agua diariamente	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Como de 2 a 3 porciones de frutas todos los días	4	30.77	9	69.23	0	0	13	100
Como vegetales todos los días	8	61.54	5	38.46	0	0	13	100
Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt o queso cada día	4	30.77	8	61.54	1	7.69	13	100
Como carnes blancas como pescado, huevos, menestras, cereales, todos los días	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Consumo alcohol y/o fumo	0	0	0	0	13	100	13	100
Mantengo mi peso ideal o el recomendado en el Centro de Salud	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100

CUIDADO EN EL SUEÑO	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Duermo en forma continua por lo menos 4 horas en la noche	13	100	0	0	0	0	13	100
Me levanto y acuesto todos los días a la misma hora	8	61.54	5	38.46	0	0	13	100
Consumo alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir	0	0	0	0	13	100.00	13	100
Antes de dormir: Leo, escucho música, veo películas agradables, medito o rezo para favorecer su sueño	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100

Tomo medicamento para dormir sin indicación médica	0	0	0	0	13	100	13	100
--	---	---	---	---	----	-----	----	-----

ACTIVIDAD FÍSICA	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Sigo un programa de ejercicios planificados como ejercicios, gimnasia o caminatas por lo menos 3 veces/ semana (30 minutos)	8	61.54	4	30.77	1	7.69	13	100

CUIDADO CON LA SALUD	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Voy al médico 1 vez al año para un chequeo general	5	38.46	8	61.54	0	0	13	100
Voy al médico sólo cuando estoy enfermo/a	11	84.62	1	7.69	1	7.69	13	100
Voy al farmacéutico, curandero, familiares cuando estoy enfermo/a o tengo alguna molestia	1	7.69	2	15.38	10	76.92	13	100
Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Pido información a los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí mismo (a).	11	84.62	2	15.38	0	0	13	100
Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	11	84.62	2	15.38	0	0	13	100
Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida	13	100	0	0	0	0	13	100

B. ASPECTO PSICOSOCIAL

ASPECTO PSICOSOCIAL	S	%	AV	%	N	%	TOTAL	%
Realizo actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.)	5	38.46	8	61.54	0	0	13	100
Realizo actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.)	3	23.08	6	46.15	4	30.77	13	100

Me reúno con mi familia (esposo (a), hijos, nietos, hermanos, parientes) para conversar, aconsejar o disfrutar del tiempo libre	3	23.08	8	61.54	2	15.38	13	100
Me reúno con amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Me mantengo interesado en aprender cosas nuevas	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Practico algún ejercicio para relajarme	6	46.15	6	46.15	1	7.69	13	100
Transmito mi experiencia, habilidades y talento a mis familiares, amigos o a quien me lo pida	9	69.23	4	30.77	0	0	13	100
Hago todo lo posible para adaptarme ante algo nuevo o al cambio	13	100	0	0	0	0	13	100
Acepto mi vida con triunfos y fracasos	11	84.62	2	15.38	0	0	13	100
Me enfrento con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Mantengo un buen sentido del humor, río, soy optimista y vivo con alegría	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Tengo deseos de seguir viviendo	13	100	0	0	0	0	13	100
Brindo y recibo muestras de cariño de mis familiares y amigos	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Me adapto ante la ausencia o pérdida de mi pareja, hijos, familiares o amigos	8	61.54	4	30.77	1	7.69	13	100
Acepto de buen agrado mi nuevo rol dentro de la familia	13	100	0	0	0	0	13	100
Expreso sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100
Me preocupo por mantener una buena apariencia persona (limpio/a, arreglado/a).	13	100	0	0	0	0	13	100
Cuando pienso en la muerte tengo miedo	1	7.69	2	15.38	10	76.92	13	100

Cuando pienso en la muerte la acepto como algo natural de la vida	13	100	0	0	0	0	13	100
Fortalezco mi espiritualidad y mi fe en la vida diaria y busco ayuda espiritual en la iglesia o grupo religioso cuando lo necesito	12	92.31	1	7.69	0	0	13	100

CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES

COGNICIONES Y AFECTOS RELATIVOS A CONDUCTA ESPECÍFICA

RESULTADO CONDUCTUAL

Conducta relacionada previa
 Actitudes y comportamientos – dedicación exclusiva a labores del hogar. Cuidado inadecuado/Reconoce escaso conocimiento o desconocimiento, desinterés por aprender. Uso de plantas medicinales, automedicación.

Factores Personales
 biológicos, psicológicos y socioculturales como son: la edad (60-85 años), sexo (prevalencia femenino), automotivación, estado de salud percibido, bajo nivel educativo (61.54% con primaria completa, 15.38% con primaria y secundaria incompleta, y solo el 7.69% con secundaria completa), escasos recursos económicos (50% por debajo del salario mínimo), rol que desempeña la persona, entorno.

Percepción de beneficios de la acción: Incorporación a la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”, pertenencia al grupo, integración, identificación y distracción. Motivación para cuidar de la salud y bienestar. Desarrollar planes de acción, garantizar un contexto decoroso para el adulto mayor, creación de una imagen positiva de la vejez y el permitir sentirse útil, promoviendo así un envejecimiento saludable.

Percepción de barreras para la acción: No existen profesionales de enfermería contratados específicamente para desarrollar actividades intra y extramurales con adultos mayores; limitado número de recurso humano enfermero (a) responsable de la etapa de vida del adulto mayor y de otras estrategias sanitarias, escasa integración interdisciplinaria; deficientes condiciones de trabajo expresadas en bajos salarios, ausencia de motivación e incentivos por el desempeño laboral, ambientes reducidos y con escasos recursos materiales y financieros para promocionar la salud del adulto mayor; sobrecarga laboral y falta de tiempo; así como la inestabilidad laboral. El tiempo, múltiples actividades en el hogar, la desmotivación, viaje, familia y otros cambios propios de la vejez, como disminución de la función sensorial y cognitiva.

Percepción de autoeficacia: Integración social, recreación, sentirse activo y útil, enfrentar con valor y entusiasmo los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez, deseos de seguir viviendo, preocupación por mantener buena apariencia personal (limpio/a, arreglado/a), interés en aprender cosas nuevas. Adoptar nuevos comportamientos y abandonar aquellos dañinos para la salud (Obtenido de Cuestionario Conductas Adulto Mayor – ANEXO N.º 08).

Afectos relacionados de la actividad: Percepción sobre estado de salud y accionar en comportamientos saludables, motivación, optimismo, nuevos retos, autonomía e independenciamiento, adquisición de nuevos conocimientos.

Demandas y preferencias en competencia en el momento
 Autocuidado construido de acuerdo a necesidades de salud, implementación de acciones.

Compromiso para un plan de acción
 Responsabilidad, perseverancia, practicar lo aprendido, lograr el cuidado de su propia salud.

CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD

Más del 69% de las adultas mayores no solo beneficiaron su salud mediante la actividad física y cuidado nutricional; sino también, al sentir motivación para cuidar de la misma mediante la adopción de comportamientos saludables. Sin embargo, es necesario continuar reforzando algunos aspectos como: visitar al médico geriatra, nefrólogo, cardiólogo, oftalmólogo y odontólogo por lo menos una vez al año; incorporar a la familia en la OSBAM e involucrarla en el disfrute del tiempo libre con el adulto mayor. Así también, continuar con un programa de cuidados para un envejecimiento con bienestar, contando siempre con el apoyo del equipo interdisciplinario de salud.

Influencias personales: Familia, equipo interdisciplinario de salud, amistades, comunidad.

Influencias situacionales: OSBAM, participación en grupos, servicios de salud, educación para la salud. Dinero, escaso tiempo (labores domésticas), cambios propios de la vejez (disminución de la función sensorial y cognitiva).

