

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012

Tesis presentada por las Bachilleres:

**ANDREINA JULIETA CORRALES TEJADA
YULIANA RAQUEL CARITA MAMANI**

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2013**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Marzo del 2013

Andreina Julieta Corrales Tejada

Yuliana Raquel Carita Mamani



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

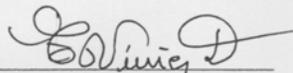
Asunto : Dictamen de Tesis:
**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL
COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE
EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, 2012**

Bachilleres: Andreina Julieta Corrales Tejada
Yuliana Raquel Carita Mamani

Fecha : Arequipa, 10 de Enero del 2013

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,


Dra. Teresa Núñez Delgado
Jurado Dictaminador


Mgter. Mirta Cardena Valverde
Jurado Dictaminador


Lic. Concepción Arizaga Tovar
Jurado Dictaminador

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**
INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL
COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE
EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE. AREQUIPA, 2012

AUTORAS : **ANDREINA CORRALES TEJADA**
YULLIANA CARITA MAMANI,

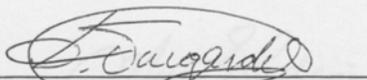
FECHA : Arequipa, 16 de noviembre del 2012

Antecedentes: La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Julio a Octubre del 2012, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Hipótesis, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal: Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Teresa Núñez Celgado


Dra. Dominga Vargas de Flores

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Delia Núñez de Alvarez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Teresa Núñez Delgado
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

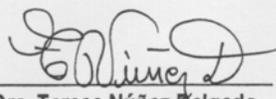
ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
"INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN DE SALUD EN EL COMPORTAMIENTO DE
PERSONAS DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE ALTO SELVA
ALEGRE. AREQUIPA, 2011"

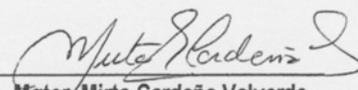
AUTORAS : ANDREINA CORRALES TEJADA
YULIANA CARITA MAMANI

FECHA : Arequipa, 06 de setiembre del 2012

Reunido el Jurado Dictaminador, revisado el Proyecto de Tesis y subsanadas las observaciones realizadas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, el presente proyecto puede ser ejecutado.

Atentamente,


Dra. Teresa Núñez Delgado


Mgter. Mirta Cardeña Valverde



"La mayoría de los seres humanos, son como hojas que caen de los árboles, que vuelan y revolotean por el aire, vacilan y por último se precipitan en el suelo. Otros, por el contrario, casi son como estrellas; siguen su camino fijo, ningún viento los alcanza, pues llevan en su interior su ley y su meta"

Buda

1961

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Flora Reyna.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Gregorio.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Yuliana Raquel Carita Mamani

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 Enunciado del Problema	14
1.2 Descripción del Problema	14
1.3 Justificación	16
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	18
4. HIPÓTESIS	50

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	51
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	51
2.1. Ámbito Geográfico	51
2.2. Ubicación Temporal	51
2.3. Unidades de Estudio	51
2.4. Universo	52
2.5. Muestra	52
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	53
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	68



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG.
1. ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD SEGÚN GÉNERO. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO 2012	54
2. ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE CORPORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	55
3. ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE DEL VESTIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	56
4. ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE DE LA ELIMINACION ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	57
5. ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE DE LA ALIMENTACION ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	58
6. ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDADES MOTORAS ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	59
7. ADULTOS MAYORES SEGÚN DESCANSO Y SUEÑO ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	60
8. ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDADES RECREATIVAS ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	61
9. ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD SEXUAL ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	62
10. ADULTOS MAYORES SEGÚN VIDA FAMILIAR ANTES Y DESPUES DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	63
11. ADULTOS MAYORES SEGÚN VIDA SOCIAL ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, JUNIO Y SETIEMBRE, 2012	64

RESUMEN

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012

Presentado por las Bachilleres en Enfermería: **ANDREINA JULIETA CORRALES TEJADA** y **YULIANA RAQUEL CARITA MAMANI**, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

OBJETIVOS

- Identificar el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa, previa la aplicación del programa de Educación en Salud.
- Identificar el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa, posterior de la aplicación programa de Educación Sanitaria.
- Establecer la influencia de la educación en salud en el comportamiento en los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa.

HIPOTESIS

Considerando que en la etapa del ciclo vital del adulto mayor se presentan cambios en las dimensiones biofísicas, psicosociales y espirituales desconocidas por ellos y que alteran su comportamiento en la vida diaria.

Es probable, que la educación en salud, influya positivamente en el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa.

METODOLOGÍA

Se utilizó como técnica el Encuesta y Observación Directa, como Instrumento se usó la Guía de Observación y formulario de preguntas, el cual fue aplicado a 48 adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre de Arequipa.

CONCLUSIONES

1. Que, los adultos mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, en porcentajes promedio menores al 50.0%, previa la educación sanitaria recibida, realizan sus cuidados personales, actividades motoras y recreativas, llevando una vida familiar buena.
2. Que, los adultos mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, en porcentajes promedio mayores del 66.6% posterior a la educación sanitaria recibida realizan sus cuidados personales, actividades motoras y recreativas mejoró su vida familiar en un 20.9%.
3. Que, la educación sanitaria influyó positivamente en el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años sobre cuidados personales, realización de actividades motoras y recreativas. En el caso de la actividad sexual, posterior a la educación sanitaria hubo una diferencia de -9 promedio

RECOMENDACIONES

1. Que, los profesionales del Centro de la Salud de Alto Selva Alegre, implementen un programa continuo de Cuidados en el Hogar dirigidos a los adultos mayores y sus familias
2. Que, el personal del Centro de la Salud de Alto Selva Alegre, incentiven la atención integral de salud de los adulto mayor mediante sesiones educativas, demostrativas, etc. aprovechando el Club del Adulto Mayor de Alto Selva Alegre.

*Andreina Julieta Corrales Tejada, Villa Antonio José de Sucre B-9 ASA Pampas Polanco Telf. 9968117990
Yuliana Raquel Carita Mamani, Urb. Independencia Americana B-13 Umacollo. Telf. 980083939*

**Arequipa – Perú
2013**

ABSTRACT

INFLUENCE OF EDUCATION IN HEALTH BEHAVIOR ADULTS 65 TO 80 YEARS OLD TREATED IN HEALTH CENTER ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012

Presented by Bachelors in Nursing: **ANDREINA JULIETA CORRALES TEJADA** and **YULIANA RAQUEL CARITA MAMANI** to obtain the professional title of nursing graduates of Catholic University of Santa Maria, located in the urbanization San Jose S/N Umacollo. Phone 251 210, Fax 054-219283, Post office box 1350, Arequipa - Perú.

OBJECTIVES

- Identify the behavior of adults aged 65 to 80 years old District of Arequipa Alto Selva Alegre, after the implementation of the Health Education program.
- Identify the behavior of adults aged 65 to 80 years old District of Alto Selva Alegre Arequipa later application Health Education program.
- Establish the influence of health education on behavior in adults aged 65 to 80 years old District of Alto Selva Alegre Arequipa.

HYPOTHESIS

Whereas the life cycle stage of the elderly are biophysical changes in dimensions, psychosocial and spiritual unknown to them and alter their behavior in everyday life.

It is likely that health education, positively influence the behavior of adults aged 65 to 80 years old District of Alto Selva Alegre Arequipa.

METHODOLOGY

Technique was used as the survey and direct observation instrument was used as the observation guide, which was applied to 48 older adults treated at the Health Centre of Arequipa Alto Selva Alegre.

CONCLUSIONS

1. That adults aged 65 to 80 years old treated at the Health Center Alto Selva Alegre, in percentages lower than the 50.0% average after received health education, conduct their personal care and recreational motor activities, leading a family life good.
2. That adults aged 65 to 80 years old treated at the Health Center Alto Selva Alegre, on average percentages of 66.6% higher after the received health education conduct their personal care and recreational motor activities improved their family life in a 20.9%.
3. That health education had a positive influence on the behavior of adults aged 65 to 80 years on personal care, motor activities and recreation. In the case of the sexual activity, health education after there was a difference of average -9

RECOMMENDATIONS

1. That professionals Health Center Alto Selva Alegre, implement a continuous program of Home Care aimed at older adults and their families through educational cycles conducted one in each semester.
2. That the nursing staff of the Health Center of Alto Selva Alegre, home monitoring conducted in order to feed back the weaknesses presented.

*Andreina Julieta Corrales Tejada, Villa Antonio José de Sucre B-9 ASA Pampas Polanco Telf. 9968117990
Yuliana Raquel Carita Mamani, Urb. Independencia Americana B-13 Umacollo. Telf. 980083939*

Arequipa – Perú
2013

INTRODUCCION

Los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento provocan deficiencias funcionales de diversos órganos del cuerpo. A este curso normal de acontecimientos se agregan cambios patológicos que llevan a la enfermedad, lo cual suele ser difícil y a veces imposible de diferenciar. Se ha podido constatar que una deficiencia en la movilidad constituye uno de los factores más importantes que impiden a un sujeto vivir una vida independiente.

Más importante que el número o tipo de enfermedades que aquejan a un individuo es la consideración de la carga que el padecimiento tiene sobre la vida del individuo, lo que se traduce en términos de funcionalidad. Con base en este criterio, las deficiencias y las enfermedades crónicas tienen diferentes consecuencias para las distintas personas a diversas edades. El peso de la enfermedad y la incapacidad puede apreciarse mejor por la capacidad que tiene la persona sola, o con ayuda para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria.

La autonomía es el grado en que varones y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo. Este concepto es muy vago, ya que trae implícitamente diversas interpretaciones culturales e individuales. La dependencia se ha relacionado con la ayuda utilizada para lograr un nivel específico de funcionamiento. Así, una persona con un alto grado de autonomía puede ser dependiente en algún aspecto. Esto complica tanto la definición como el uso del término. Para la utilización operativa de estos conceptos la OMS ha recomendado los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Independientemente de la causa que lo provoque, se desprende de lo anterior que lo que está en juego en el adulto mayor es su capacidad funcional, la cual va a afectar las actividades de la vida diaria y, por tanto, a su bienestar psicosocial.

El contenido de dicho estudio está organizado en tres capítulos: El primero contiene el Planteamiento Teórico, el segundo, el operacional y el tercero, los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2012

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) Campo y Área y Línea

- **Campo** : Ciencias de la Salud
- **Área** : Enfermería
- **Línea** : Adulto Mayor

b) Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>1. Independiente Educación en Salud</p>	<p>1. Cambios biofísicos en el adulto mayor.</p> <p>2. Cambios emocionales</p> <p>3. Sexualidad.</p>	<p>Agudeza auditiva. Agudeza visual. Fatiga muscular. Parestesias. Palpitaciones y taquicardia. Incontinencia urinaria, dispareunia. Estreñimiento. Pérdida de memoria Apetito</p> <p>Estado de ánimo Estado afectivo Estado volitivo Carácter Sueño</p> <p>Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.</p>
<p>2. Dependiente Comportamiento de adultos mayores.</p>	<p>1. Personales.</p> <p>2. Vida familiar.</p> <p>3. Vida social.</p> <p>4. Ocupación laboral.</p>	<p>Higiene corporal. Higiene del vestido Higiene de la eliminación Higiene de la alimentación Deambulacion Actividad sexual Sueño y descanso. Actividades del hogar. Actividades recreativas.</p> <p>Relación familiar Apoyo familiar.</p> <p>Relación con sus vecinos. Relación en su trabajo. Participación en eventos sociales.</p> <p>Trabaja actual. Estado de ánimo en el trabajo.</p>

c) Interrogantes Básicas

Las interrogantes en el presente estudio de investigación son:

1. ¿Cuál es el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad previa la aplicación del programa de educación en salud?
2. ¿Cuál es el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad posterior a la aplicación del programa de educación en salud?
3. ¿Cómo influye la educación en salud en el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad?

d) Tipo y Nivel de Problema

La investigación es:

Tipo : De campo

Nivel : Cuasi – Experimental, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La expectativa de vida en el hombre en las últimas décadas ha condicionado que cada vez más haya un porcentaje alto de la población asimismo, se considera el aumento de la esperanza de vida en el transcurso de tiempo en relación a épocas pasadas.¹

En este sentido, es que de la población en general, los adultos mayores han alcanzado índices considerables, así se tiene que en la Región Arequipa, según el último censo, existe un porcentaje que sobrepasa el 10% de la población total, vale decir 3'125,000 de adultos mayores que requieren de una calidad de vida óptima, a fin de prevenir enfermedades tanto agudas como crónicas, que por su constitución corporal las pueden portar y causar un aumento del deterioro orgánico, y consecuencias de invalidez física, psicoemocional y social, o bien la muerte.²

¹ ROYERE, Mario: "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud" OMS, OPS. Washington D.C.U.S.A. 1999

² Oficina Nacional de Estadística. Censo Poblacional. Arequipa 2007, pág. N° 8

En esta etapa del desarrollo del envejecimiento, es preciso diseñar técnicas de enseñanza y tutoría para el aprendizaje informal que por lo general, es de carácter inter-generacional. De similar manera, debemos reconocer que los adultos mayores además de desempeñar un rol significativo como reservorios de conocimiento y habilidades, también pueden operar como mentores y monitores del aprendizaje. Considerando que los adultos mayores continúan con actividades vinculadas con trabajos o profesiones precedentes, tiene suma importancia que el entorno del aprendizaje y los programas de formación de formadores esté vinculados con las habilidades y conocimientos que las personas de edad poseen con antelación.

También se tiene conciencia acerca de la carencia de políticas educativas y culturales para los adultos mayores, pero a partir del proceso de envejecimiento es dable observar una creciente afirmación de las personas de edad como nuevo protagonista, junto con las necesidades derivadas de la figura del "adulto mayor" en su proceso de conquista del derecho de expresión.

Las personas de edad requieren especiales tipos de enseñanza teórico práctica, vinculadas con sus necesidades y condiciones de vida. La capacitación y formación de adultos mayores deberá contribuir a que las personas adquieran seguridad y en muchos casos, las personas de edad son tratadas como personas no capaces. El resultado de esto es que los mismos pierden confianza, se hacen más vulnerables y el proceso de formación y capacitación deberá hacer desaparecer esta actitud. Oportunidades y mejores condiciones para los adultos mayores que colaboren en los procesos de aprendizaje, enriquecerán el entorno educativo.

Esta situación hace que el problema a investigar alcance una relevancia humana y social contemporánea.

Asimismo, el presente estudio tiene relevancia científica, por cuanto la investigación permite a las autoras ampliar y profundizar conocimientos relacionados a la cultura de prevención a través de la función educativa.

Según el criterio de originalidad, se tiene que el presente estudio es original, ya que el tema no ha sido suficientemente investigado en nuestro medio.

En lo personal, motivó a las autoras la realización de la presente investigación el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa, previa la aplicación del programa de Educación en Salud.
- 2.2. Identificar el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa, posterior de la aplicación programa de Educación Sanitaria.
- 2.3. Establecer la influencia de la educación en salud en el comportamiento en los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADULTO MAYOR

3.1.1. Definición

Un adulto mayor es aquella persona que ya ha alcanzado los 60 años de edad a la cual no se le puede calificar gratuitamente con el término peyorativo de “viejo”, término que nos hace pensar en el adulto mayor como una persona enferma, inútil y una carga para la familia y la sociedad.

3.1.2. Cambios que se presentan en el Adulto Mayor

A. Cambios Físicos

Con el paso de los años, se dan ciertos cambios en nuestro cuerpo, en la vista, oído, dentadura, en la piel, el cabello, etc. Por ello es importante fortalecer la autoestima para que la persona mayor acepte su nueva imagen, se quiera y valore.

B. Cambios Psicológicos

Se generan cambios en las facultades intelectuales y mentales. La persona adulta mayor debe comprender que con la edad se presentan ciertas limitaciones, que esto es normal.

C. Cambios Sociales

Nuestra sociedad mantiene prejuicios y mucho mitos relacionados con la vejez, el adulto mayor es considerado como una persona vieja, inútil y que no puede hacer nada; todo esto limita a que se pueda desarrollar en su vida personal y de participar en su comunidad.

Es importante que las generaciones jóvenes rompan con estos prejuicios y aprendan a revalorar el aporte de los mayores.

3.2. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

El proceso de envejecimiento realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómo-fisiológicas normales. Esos cambios se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible. Esas transformaciones se conceptúan de la siguiente manera:

- universales: porque se producen en todos los organismos de una misma especie;
- progresivos: porque es un proceso acumulativo;
- declinantes: porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte;
- intrínsecos: porque ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales; e
- irreversibles: porque son definitivos.

Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética y a la disminución del volumen de líquido extracelular. Esos cambios, que se evidencian en el aspecto físico y en el funcionamiento del organismo, son los responsables de la disminución del gasto cardíaco, la fuerza muscular, el flujo sanguíneo renal, la visión, la audición y el sentido del gusto. Todos esos cambios explican la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de las personas de edad avanzada.

El envejecimiento es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona; el deterioro de la visión y de la audición, por ejemplo, se presentan en distintas formas y etapas de la vida. El proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido; por el contrario, es irregular y asincrónico, no permite formular predicciones exactas y sus manifestaciones varían de un individuo a otro. El envejecimiento, así como las causas de la salud y de la enfermedad, es único en

cada persona; este carácter individual presenta otro reto para la gerontología, y más concretamente para la enfermería gerontológica, que no dispone de patrones de referencia como la pediatría, que cuenta con estándares nacionales e internacionales de crecimiento y desarrollo normales.

Sin embargo, los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de cuatro factores interrelacionados:

- el envejecimiento biológico normal;
- las enfermedades;
- la pérdida de las aptitudes; y
- los cambios sociales que se suceden durante ese período de la vida.

Algunos de los cambios que se atribuyen a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años de desuso y a la falta de actividad. La disminución de la capacidad es producto tanto del envejecimiento biológico como de la pérdida de la actividad, lo que presenta con frecuencia una "divergencia de aptitudes", entre la capacidad real y la capacidad potencial del individuo. A este respecto, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento recomendó a los Países Miembros de la ONU, promover la productividad de los adultos mayores y ayudarles a desarrollar su potencial para que continúen contribuyendo de manera positiva con los sistemas de apoyo social y se conviertan en agentes de asistencia y en portavoces de la experiencia.

3.2.1. Teorías del envejecimiento

Para explicar el proceso de envejecimiento se han formulado algunas teorías de enfoque biológico, como la teoría inmunitaria, la de los radicales libres, la del estrés y la del error, entre otras. Asimismo, se han postulado teorías de enfoque social que tratan de establecer si el individuo, capaz de adaptarse a los cambios y al deterioro inevitable del envejecimiento, puede vivir una vejez feliz utilizando su capacidad de contribución y crecimiento.

Con relación a las teorías sociales, en 1961, Cumming y Henry propusieron la teoría del compromiso o de la disociación, la cual advierte que es el mismo adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad. Esa teoría señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se vuelca en sí misma.

En 1969, Havighurst postuló la teoría de la actividad, la cual 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.

Esa teoría afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y de la auto realización y, por tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano. Esta teoría 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 auto concepto positivo.

Esto implica una correlación directa entre la satisfacción con la vida, asumiendo múltiples funciones, y las actividades sociales.

Otros estudiosos desarrollaron la teoría de la continuidad, la cual se centra en la capacidad de adaptación y de ajuste del adulto mayor, tomando en cuenta su personalidad y estilo de vida manifestado en el período adulto.

Se cree que cuando se conoce la personalidad del individuo es posible predecir las condiciones de su proceso de envejecimiento; sobre la base de este planteamiento se elaboraron cuatro tipos de personalidad y sus patrones de adaptación:

- a) La personalidad integrada, que comprende a los individuos maduros y felices que llevan a cabo actividades en diversos niveles y que van desde los altamente activos hasta los más aislados.
- b) La personalidad defensiva, que incluye a las personas que mantienen durante la vejez los mismos valores y normas de la edad adulta y se angustian por las pérdidas y los cambios que acarrea la vejez.
- c) La personalidad pasiva-dependiente, que abarca a los individuos altamente dependientes y apáticos; y
- d) La personalidad no integrada, que comprende a las personas que sufren trastornos mentales.

Uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica, Abraham Maslow, señala que la persona autor realizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades y que no exhibe tendencias hacia problemas psicológicos, neurosis o psicosis. Este tipo de persona, que Maslow llama "excepcional", ha arribado a un estado de autorrealización que es sólo posible en personas de 60 años y más.

El proceso de autorrealización, de acuerdo con los postulados de Maslow, implica el desarrollo o el descubrimiento del verdadero Yo y de las potencialidades latentes. El autor señala que el aspecto más común y universal de estas personas superiores es su capacidad de ver la vida claramente, es decir, "como es" y no "como quisiera que fuera". Son personas menos emocionales y más objetivas, que no permiten que sus esperanzas y deseos distorsionen sus puntos de vista. Como poseen una percepción superior, los adultos mayores auto realizados son más decididos y tienen mejor noción de lo que es adecuado y de lo que es inadecuado, se extiende a muchas áreas de la vida, poseen la capacidad de escuchar a otros, de admitir que no saben y de aceptar que otros les enseñen. La percepción de la persona autor realizada no está distorsionada por deseos, ansiedades, falsos

optimismos o pesimismo, posee un alto grado de tolerancia y de aceptación; es decir, son individuos completamente maduros que perciben su entorno contemplativa y decididamente.

Maslow identificó en sus investigaciones que la característica universal de las personas autor realizadas es la creatividad, casi sinónimo de salud, autorrealización y completa humanidad; las personas que han logrado la autorrealización son menos inhibidas y, en consecuencia, más expresivas, naturales y sencillas. En otras palabras, en el adulto mayor auto realizado, el subconsciente es creativo, afectuoso, positivo y saludable.

Aunque estas teorías parecen limitantes, sirven de base para comprender mejor algunas de las manifestaciones del comportamiento de las personas de edad avanzada y, de esta manera, enriqueciendo el conocimiento, es posible ofrecer un cuidado de salud integral de elevada calidad, ajustándose a la realidad específica de la vejez.

3.2.2. Envejecimiento y sociedad

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

Desafortunadamente, un número considerable de sociedades occidentales exhiben conductas compatibles con el fenómeno del "viejísimo". En dichas sociedades, la entronización de los valores individuales, el concepto de productividad, de consumismo, de juventud, de belleza, de automatización y de vitalidad, rechazan al anciano por considerarlo inútil e improductivo. A todas esas circunstancias se

suma el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo de población.

Adicionalmente a la situación descrita, en gran parte de los países en desarrollo impera el mito de que la enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento. Sin embargo, no se debe seguir compartiendo la creencia de que la vejez y la enfermedad son sinónimos; que la ancianidad hace a las personas incapaces, enfermas, propensas a perder las facultades, aisladas, rígidas en sus actitudes, incapacitadas sexualmente o imposibilitadas de razonar o recordar. Se sabe, no obstante, que los adultos mayores se enferman más frecuentemente que los jóvenes y son más susceptibles a las enfermedades crónicas que ellos; pero eso no excluye el hecho de que puedan atender al cuidado de su propia salud y disfrutar de una vida llena de satisfacciones.

Es oportuno mencionar que, aunque el envejecimiento es universal, la discapacidad no lo es, ni tampoco es forzosamente irreversible. Además, la discapacidad no es sólo producto de procesos biológicos, sino también de factores sociales, psicológicos y de conducta.

Muchos de los cambios sociales y de conducta que afectan a los adultos mayores comienzan en una etapa relativamente temprana de la vida y más tarde originan afecciones crónicas. Sin embargo, el individuo puede, en gran medida, controlarlos y modificarlos, ya que la investigación ha mostrado que es posible, a menudo, hacer retroceder varios procesos de discapacidad.

Si se toma en cuenta que la salud se percibe como la riqueza de la vida cotidiana, un desequilibrio en cualquiera de las esferas que forman el mundo de las personas de edad avanzada, puede hacer que pasen de la salud a la enfermedad en el grado e intensidad en que su capacidad de adaptación al ambiente lo determine. El equipo de salud y, más concretamente, el de enfermería gerontológica, debe tratar de restaurar el equilibrio entre el adulto mayor y su entorno, ayudándole a

desarrollar sus capacidades y potencialidades y reconociendo su experiencia, sabiduría, utilidad y valor como ser humano.

La complejidad del proceso de envejecimiento exige que la atención del adulto mayor se realice utilizando criterios coherentes, continuos y unificados, con el fin de promover, prevenir, tratar y rehabilitar su salud de manera eficiente.

La sociedad ejerce una gran influencia sobre el individuo durante su proceso de envejecimiento y, por tanto, las interacciones deben estudiarse tomando en cuenta los siguientes factores:

- el ambiente sociocultural y psicológico donde vive el adulto mayor;
- los cambios que afectan su comportamiento y su autopercepción;
- la familia y los contactos sociales que le sirven de apoyo;
- la identificación con grupos étnicos o religiosos que le brindan apoyo social;
- el efecto del incremento de la población adulta mayor sobre la sociedad; y
- la salud como determinante del bienestar.

Durante la vejez ocurren pérdidas biológicas, psicológicas y sociales que afectan y cambian progresiva o súbitamente el estilo de vida de las personas. La capacidad del individuo durante la adultez de enfrentar los cambios y las crisis, de adaptarse a las nuevas situaciones, de correr riesgos y de confrontar factores estresantes, pueden utilizarse como indicador del tipo de vejez que esa persona alcanzará.

Sin embargo, la capacidad de adaptación del adulto mayor se ve a veces comprometida por los frecuentes cambios sociales, físicos, económicos y laborales a que están expuestos. Los factores estresantes dejan huellas visibles aun en personas jóvenes, quienes pueden envejecer prematuramente a partir de ciertos períodos de crisis.

Las condiciones del ambiente físico y social en que se desenvuelve la persona tienden a acelerar o retardar su proceso de envejecimiento. Es necesario que la

sociedad considere, reconozca y acepte al adulto mayor como una persona con los mismos derechos y deberes que los adultos, jóvenes y niños, pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y socioeconómicas diferentes, las cuales deben ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias.

Algunas investigaciones sobre la salud integral de las personas de 65 años y más mostraron que no basta tener buenas intenciones y mucho amor por los ancianos para ayudarles a prevenir las enfermedades, a recuperar la salud, a adaptarse a los cambios, a rehabilitar sus deficiencias y a disfrutar de una vida digna; es preciso contar con los recursos humanos adiestrados específicamente en gerontología y geriatría. Los servicios que prestan los profesionales sin capacitación adecuada son a menudo peligrosos y antieconómicos, tanto por la falta de conocimientos pertinentes como por la incapacidad de reconocer el potencial de los adultos mayores.

Tradicionalmente, la atención de salud de la población se ha orientado hacia la recuperación y la rehabilitación del enfermo. Esta orientación ha influido sobre el personal médico, de enfermería y de otras profesiones relacionadas con la salud, para que consideren la morbilidad del anciano con-substancial a su edad y, por tanto, sinónimo de enfermedad. Esto advierte que los problemas de salud del anciano y la poli patología que ellos presentan, requieren personal profesional, técnico y auxiliar que conozca detalladamente el proceso de envejecimiento y esté capacitado para abordarlo eficazmente.

3.3. EDUCACIÓN EN SALUD

3.3.1. Educación

La educación es definida como “un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura y al

desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial.³

En consecuencia, la educación no debe convertirse en una relación de poder ni un vínculo excluyente entre las personas. La educación debe producirse en el contexto de una relación entre personas que buscan autonomía, preparados para controlar y manejar riesgos, abiertas a lo novedoso y desconocido, viviendo en su entorno social y mejorándolo, mientras van tomando conciencia de sus roles personales y sociales, a la luz de los cambios del momento⁴. La salud se constituiría como uno de los elementos claves para el desarrollo personal.

3.3.2. Salud

La salud es definida por la OMS “como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde el marco de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada como un medio para llegar a un fin, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Por ello, la salud es un recurso para la vida diaria y no el objetivo fundamental de la vida. En tal sentido, se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas de los seres humanos.

3.3.3. Promoción de la Salud

La educación para la salud cobra vigencia como estrategia o como enfoque a partir del desarrollo de la promoción de la salud.

La promoción de la salud es, “el proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos el tener mayor control sobre su salud”⁵. Por ello, constituye un proceso político, social y global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos sino también aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas,

³ Ministerio de Educación. Ley General de Educación 28044. Lima, 2003.

⁴ OMS. Informe de un comité de expertos de la OMS: Nuevos Métodos de Educación para la Salud. Ginebra. 1983.

⁵ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Lima 2005.

con el fin de acortar las brechas de la salud pública e individual. En tal sentido, la promoción de la salud involucra a la persona, la familia y la comunidad, en un proceso de cambio orientado a modificar las condiciones y los determinantes de la salud. La educación se constituiría como el proceso para establecer aprendizajes sobre los diversos aspectos de la salud.

3.3.4. Educación en Salud

En el 2009, el grupo científico de la O.M.S. sobre investigaciones en Educación para la Salud, la definió como el "Proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la Salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor Salud".⁶

Para la Organización Panamericana de la Salud, la educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.⁷

La Organización Mundial de la Salud, declara a los servicios de enfermería como el pilar fundamental de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras sobre todo las de información y educación para la salud, se mejora la calidad de la atención en diversos contextos.⁸

Donabedian, asegura que todo intento de evaluación debe estar orientado hacia la observación y la comprensión de la calidad de la atención de la enfermera, dentro de la cual está la Educación para la Salud, hace especial énfasis en la importancia de entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y el personal de enfermería; aprender a identificar y a cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la

⁴OMS. Educación para la Salud. Washington. EE.UU. 2009. p.382.

⁵ OMS. Atención primaria de salud-Educación para la salud. México. 2010.

⁶ OPS. La Educación para la Salud en el mejoramiento de la calidad de cuidados de Enfermería. EE.UU. P. 477.

salud y al bienestar de los pacientes.

Las enfermeras ejercen una importante contribución a los conocimientos, actitudes y comportamientos de los pacientes, porque están más identificadas con la planificación, ejecución y evaluación de la Educación para la Salud.⁹

La OMS indica que las actividades de Educación para la Salud deben encaminarse “a aumentar la capacidad de los individuos para participar en la acción sanitaria y de la auto-responsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable”.¹⁰

3.3.5. Objetivos de la Educación en Salud

Se consideran los siguientes:

- A. Promover la integración y participación del propio interesado en el proceso de su salud, fomentando en todo momento la toma de decisiones propias y la involucración en su propia salud.
- B. Permitir que sea el propio ciudadano el que tome sus decisiones, una vez que ha sido informado y se le facilitan los elementos de comprensión y de actuación adecuados.
- C. Promover conductas positivas favorecedoras de la salud en general.
- D. Promover el autocontrol y los autocuidados de las personas.
- E. Incentivar a los individuos a tomar sus propias decisiones por medio de la participación activa en el proceso de la salud.
- F. Fomentar actividades que inciten a la gente a querer estar sana, a saber como permanecer sanos, a hacer lo que puedan individual y colectivamente para conservar su salud y buscar ayuda cuando la necesiten.
- G. Conservar la salud de las personas a través del aumento de sus conocimientos

⁹ Carla Giglio Gallardo. Factores que limitan y condicionan el ejercicio de la educación sanitaria al paciente y al familiar: Factor Recurso- Enfermera. Chile.carlagiglio@yahoo.com. 2007.

¹⁰OMS. Informe de un comité de expertos de la OMS: Nuevos Métodos de Educación para la Salud. Ginebra. 2003.

sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sus funciones, utilidad de los Servicios de Salud y factores que actúan sobre la salud.¹¹

3.3.6. Modelos de la Educación en Salud para pacientes

Los modelos más utilizados para Educación en Salud del paciente son:

1. Modelos Tradicionales

A. Modelo Biomédico

Desarrollado en base a los principios basados en la ciencia médica clínica, por lo que los métodos son unilaterales y en función del individuo enfermo. Este modelo considera el comportamiento individual como factor etiológico de la enfermedad, por lo que su objetivo es la modificación de comportamientos individuales ya arraigados. Metodológicamente, plantea el aporte de conocimientos como elemento suficiente para conseguir la adhesión del paciente al tratamiento, prevención de complicaciones y prevención de los reingresos.

B. Modelo Informativo

Utilizado para la modificación de comportamientos, es similar al modelo biomédico en cuanto al modo de entender los determinantes del comportamiento; es decir, la falta de información como causa etiológica de la enfermedad. Toma como referencia al concepto higienista de Salud para impartir conocimientos sobre comportamientos saludables al que no sabe.

C. Modelo Persuasivo-motivacional

De corte psicologista, conocido también como modelo preventivo, actitudinal o K.A.P (Knowledge, actitudes, practicas) y redactado por O'Neill en 1979. Postula la necesidad de incluir la motivación como elemento imprescindible, posterior al proceso informativo para la consecución de determinados hábitos.

En términos generales, los tres modelos pretenden conseguir un cambio de

¹¹INSALUD. Objetivos de la educación sanitaria. España. 1989.

actitudes en los pacientes en sentido positivo a través del desarrollo de determinadas conductas, ya reforzadas, ya modificadas. Metodológicamente, propone una fuente de información que con suficiente reconocimiento social transmita la información más adecuada utilizando los mejores medios de comunicación e información veraz, completa, clara y comprensible.¹²

2. Modelo Actual

A. Modelo Pragmático o Multifactorial

Modelo asumido por la OMS. Modelo que no solo se enfoca al individuo sino también en el medio que lo rodea.

La OMS señala que “no sirve de mucha intentar modificar los comportamientos insanos de la población sin atacar al mismo tiempo las otras dimensiones económicas y sociales que inciden en el problema”¹³

Utiliza el modelo persuasivo – motivacional e informativo (información + motivación) para modificar actitudes y dejar el camino abierto para el cambio de los comportamientos.

El modelo actual tiene 3 etapas:

a. Suministro de información

- Veraz, completa, comprensible
- Usar la fuente de información más adecuada
- Repetir la información a través de varios medios

b. Cambio de actitud (motivación)

- **Actitud:** Predisposición mental adquirida y duradera, a comportarse de una forma determinada frente a objetos, personas o situaciones.

c. Cambio de conducta

¹² OMS. Modelo Persuasivo-Motivacional de la Educación Sanitaria. EE.UU. 2006.

¹³ OMS. Modelo Pragmática. Multifactorial de la Educación Sanitaria. EE.UU. 2006

- Instrucciones claras sobre cómo cambiar la conducta
- Servicios asequibles de ayuda al cambio
- Ambiente neutro o favorable

3.3.7. Campos, Ámbitos y Áreas de Aplicación de la Educación en Salud

Atendiendo el estatus Salud-Enfermedad consideraremos dos campos de acción de la Educación en Salud.

- Uno dirigido a la población sana, con capacidad de autocuidado.
- Otro dirigido a la población enferma, orientada a la recuperación de la Salud o su mejoría.

3.3.8. Utilidad de la Educación en Salud

La educación en salud influye en la satisfacción del paciente, dado que tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las indicaciones dadas a través de la Educación en Salud brindada por el médico, la enfermera, etc., y que busque activamente participar en su recuperación. Por ello se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar que la Educación en Salud sea útil y produzca incremento de conocimiento y cambio de actitudes y comportamientos en el paciente y que finalmente produzcan satisfacción en él. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con la ausencia de información comprensible.¹⁴

3.3.9. Metodología

- A. Enseñanza teórica, magistral o directiva, en la que el educador adopta una postura activa y el educando recibe el contenido de forma pasiva. La técnica didáctica fundamental es la clase magistral y su principal fin es el aporte de información o conocimientos sobre un tema dado, pero tiene como inconveniente su muy limitada capacidad para modificar actitudes y comportamientos.

¹⁴ ENTRIALGO. Nuevas Tecnologías como recurso en educación sanitaria de riesgo cardiovascular. Hospital de Cabueñes, Asturias, España. Correo electrónico: mentrial@telecable.es. 2009.

- B. Enseñanza libre, en la que el educando adopta un papel activo, desarrollando las actividades, en tanto que el educador adopta un papel pasivo interviniendo sólo como orientador y motivador en el proceso. La técnica didáctica fundamental es el ensayo–error, práctica frecuente en el ámbito de la investigación.
- C. Enseñanza práctica, activa, participativa o integradora, en la que ambos educador y educando, adoptan un papel activo. Este método es el propuesto para desarrollar la Educación para la Salud directa, pues es el que ha demostrado mayor capacidad para la modificación de valores, motivación de actitudes y generación de comportamientos saludables, se desarrolla a través de técnicas didácticas de dramatización, simulación, casos prácticos y dinámicas grupales.¹⁵

3.3.10. Medios de Educación en Salud

- A. Medios directos:** Diálogo, entrevista, clase, sesiones educativas, discusión en grupo.
- B. Medios indirectos:**
- Visuales: Carteles, prensa, folletos, pizarra, diapositivas, transparencias.
 - Audiovisuales: Cine, Video, T.V, etc.
 - Sonoros: Radio, Grabaciones, etc.

¹⁵ ENTRIALGO. Nuevas Tecnologías como recurso en educación sanitaria de riesgo cardiovascular. Hospital de Cabueñes, Asturias. España. Correo electrónico: mentrial@telecable.es. 2009.

3.4. COMPORTAMIENTO HUMANO

3.4.1. Conceptualización

El comportamiento humano es el conjunto de comportamientos exhibidos por el ser humano e influenciados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética.¹⁶

3.4.2. Características

El comportamiento de la persona (así como de otros organismos e incluso mecanismos), cae dentro del rango de lo que es visto como lo común, lo inusual, lo aceptable y por fuera de los límites aceptables.¹⁷

En sociología el comportamiento es considerado como vacío de significado, no dirigido a otro sujeto y por lo tanto una acción esencialmente humana. El comportamiento humano no puede confundirse con el comportamiento social que es una acción más desarrollada y que está dirigido a otro sujeto. La aceptación del comportamiento es relativamente evaluada por la norma social y regulada por diferentes medios de control social.

El comportamiento de la gente es estudiado por las disciplinas académicas de la psicología, la sociología, la economía, la antropología y sus diferentes ramas.

3.4.3. Comportamiento de riesgo

Lo constituyen las acciones realizadas por las personas, las que están influenciadas por el descuido, la negligencia, el desconocimiento y en muchas ocasiones, con intencionalmente negativa.

En Salud, específicamente en casos de accidentes, cuyas consecuencias son la

¹⁶ VEGA MORAN C. El Comportamiento Humano. Edit. Omega, México 2001, Pág. 23

¹⁷ SALAS MORANTE. M. El Mundo del Comportamiento Humano. Edit. Zelf. Colombia 2000, Pág. 45

producción de lesiones y trastornos orgánicos y sistémicos, dentro de ellos, los “Politraumatismos”, se dan a nivel de hogar, y a nivel comunitario: accidentes de tránsito, asaltos, violaciones, manejo de material explosivo ocurridos en la vía pública, centro de trabajo y educacionales.

1. A nivel del hogar

Los accidentes que se dan debido a la ocupación que realizan o las actividades físicas diarias, o las caídas que puedan ocurrir en el desplazamiento en su propio hogar, gradas, desniveles del piso, etc.

2. A nivel de comunidad

Los accidentes a nivel de comunidad son el resultado de comportamientos humanos caracterizados por la negligencia la intencionalidad negativa carente de valores éticos; el cultivo de hábitos nocivos como el alcohol, drogas.

Comportamientos que ocasionan agresiones físicas en asaltos, incendios, atropellos a personas por vehículos, volcaduras, violaciones, etc.

3.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR

3.5.1. Proceso de Atención de Enfermería

A. Valoración de Enfermería

Enfermería en su quehacer profesional incorpora a los conocimientos específicos aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento para establecer en el adulto mayor y en su entorno condiciones que le permitan:

- Aumentar las conductas saludables;
- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y la limitación relacionadas con la edad;
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad de la vejez, incluyendo el proceso de la muerte.

- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de la enfermedad que ocurren en la vejez.

Este es un proceso de recolección de información relevante sobre la salud integral del adulto mayor, sirve como punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería. Al decir integral, se entiende que debe obtenerse información sobre las capacidades funcionales, el estilo de vida, los valores y creencias respecto a la salud, la familia y la comunidad. Alguna de la información necesaria puede, en ocasiones, obtenerse de otros trabajadores de la salud pero debe tratar de no ser un duplicado de otras evaluaciones.¹⁸

La valoración de la enfermería debe, contribuir a dar una visión completa de cómo el adulto mayor se desenvuelve en sus actividades diarias tomando en cuenta no solo al individuo sino a la familia y a la comunidad. Para esta valoración el profesional de enfermería utilizará la entrevista, el examen físico, la observación y la información que obtenga del personal del equipo de atención. Esta valoración debe estar centralizada en las necesidades del adulto mayor.

Para tener éxito en esta primera etapa, es necesario que enfermería establezca una adecuada comunicación, la cual depende de muchos factores, entre los que están la actitud del propio profesional de enfermería el ambiente donde se desarrolla la valoración y la manera como él recibe la comunicación.

La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: el infantilismo (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etc.

No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor, esta debe ser centrada en la persona reconociendo su individualidad y también la

¹⁸ CATTORINE, P. Calidad de Vida en los últimos Instantes en Medicina y Ética. Madrid, 1995. pág. 42

heterogeneidad de este grupo de población. Hay que recordar que los adultos mayores traen con ellos una historia de una vida llena de eventos, de personas, de ambientes y de interacciones que, les hacen reaccionar de una manera muy particular.

El objetivo de la atención en Salud para el adulto mayor es mantenerlos funcionando en un nivel óptimo de acuerdo con su edad. La promoción de salud es igualmente importante para una persona muy mayor que para una joven, incluso en instituciones para cuidados agudos donde el foco de atención es la enfermedad, la enfermera debe identificar las necesidades prioritarias e introducir un programa educativo diseñado para mejorar el estilo de vida después de la hospitalización.

Las dimensiones en que las enfermeras deben centrar su atención son:

- **Dimensión Biofísica**

En esta dimensión, la enfermera debe evaluar los siguientes aspectos: el bienestar, la nutrición, la función circulatoria y la hidratación, la continencia, la funcionalidad y la independencia, la función sensorial y la función cognitiva.

- **Bienestar:** Existe un aforismo que dice que el profesional de enfermería "cura a veces, alivia a menudo, pero brinda bienestar siempre"; esto se refiere a que, sin importar el estado del paciente y su pronóstico, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de velar por su bienestar; aquí se debe valorar la presencia de dolor y sus características (incluyendo qué impacto tiene sobre el área afectiva del adulto mayor), el cuidado personal y la higiene, el estado y cuidado de la piel (haciendo énfasis en la búsqueda temprana de lesiones), la valoración del aparato buco-dental, (específicamente en su funcionalidad) y las alteraciones del sueño.¹⁹

¹⁹ CATTORINI, P. Op. cit. pág 91

- **Nutrición:** Se debe reunir información sobre la capacidad funcional para alimentarse; las fuentes de obtención de alimentos; sus actitudes, preferencias y hábitos; disponibilidad; evacuaciones y detección de problemas (constipación, diarrea, intolerancias etc.).
- **Función Circulatoria e Hidratación:** Debe reunirse información sobre el estado hemodinámico y de hidratación, tanto buscando problemas de déficit como de exceso; es aquí donde se incluyen las mediciones vitales, la evaluación de la capacidad física y el balance de fluidos.
- **Continencia:** Esta parte cobra especial importancia dada la trascendencia que tiene este aspecto sobre la calidad de vida del adulto mayor; debe investigarse lo relativo a la continencia urinaria y fecal, y a los factores condicionantes y derivados; es decir, las circunstancias, actitudes e implicaciones personales, familiares y sociales.
- **Funcionalidad e independencia:** El mantenimiento de la independencia y funcionalidad son quizá el objetivo primordial del cuidado de enfermería es por eso que durante la valoración se debe prestar especial atención a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. La funcionalidad puede verse desde muchas perspectivas; es indudable que ésta depende no sólo de factores físicos, sino que también la conforman elementos psicológicos y sociales.

Existen diferentes instrumentos y escalas para la valoración de funcionalidad e independencia, pero posiblemente uno de los más utilizados sea la escala de Katz y colaboradores (1963), que mide 6 diferentes funciones y da un puntaje de acuerdo al desempeño individual; las áreas evaluadas son: bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse de la cama, alimentarse y la continencia. A estos aspectos investigados se les puede agregar, según sea el caso, elementos menos

críticos, pero no menos importantes, tales como: salir de casa, uso de transporte, preparación de alimentos, tareas domésticas, responsabilidad en su medicación y habilidad para el manejo de sus finanzas.

- **Función sensorial:** Esta debe evaluarse tomando en cuenta los cambios normales que ocurren en los sentidos con el incremento de la edad. La información que de aquí se desprenda tiene enorme importancia, no solo para la detección temprana de problemas, sino también para la planificación de la intervención, eligiendo las vías de comunicación más adecuadas. Generalmente, los datos se obtienen durante la entrevista, y se apoyan con exámenes realizados por otro personal de apoyo o el propio profesional de enfermería.²⁰
- **Función cognitiva:** La valoración del estado cognitivo incluye la evaluación de la memoria, la orientación, el cálculo, la concentración y el juicio. La mayoría de las pruebas psicométricas son imprácticas y difíciles de administrar al adulto mayor, ya que éste está sujeto a fácil fatigabilidad, deterioro sensorial o malestar. Por esta razón se han desarrollado pruebas sencillas que miden diversos atributos de la función cognitiva. La crítica que se le hace a estas pruebas es que introducen sesgo, particularmente con variables como el nivel educacional, la esfera de los intereses personales y los factores ambientales. Otras circunstancias que pueden afectar la validez de las pruebas para evaluar el estado mental incluyen: el uso de drogas, problemas de comunicación (como las afasias), diferencias étnicas y culturales y barreras de lenguaje.

²⁰ QUINTEROS, Marcial Cira. Enfermería Gerontológico, Venezuela, 1997. Pág 38

Entre las pruebas sencillas más usadas está el Mini Examen del Estado Mental²¹ el cual evalúa la orientación, el registro en la memoria, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la habilidad para seguir una orden. Por tener una parte de escritura y lectura, esta prueba puede ser difícil para los adultos mayores iletrados, y aquellos con problema motor en las extremidades superiores o con algún problema visual. Otra prueba utilizada es el Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental²², que consiste en preguntas que evalúan la memoria remota la conciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática a esta prueba incorpora un ajuste a la puntuación por el nivel educacional.

Existen muchas otras pruebas para realizar la evaluación cognitiva; sin embargo, debe intentarse validar un instrumento que se adecue a las condiciones locales. Esto es cierto también para los instrumentos que evalúan la esfera afectiva, como las pruebas de depresión, las cuales también deben sufrir una adaptación y/o validación a la realidad local.

- **Dimensión Psicosocial.**

Las áreas a evaluar en esta dimensión son: la autoestima, la interacción social y la actitud ante las pérdidas y ante la muerte.

- **Autoestima:** Se define como el concepto que una persona tiene sobre sí misma; sus determinantes pueden ser de dos categorías: externas o internas; es decir, la autoestima emana de pensamientos y sentimientos internos o de la interacción con el medio. Muchos de los factores contribuyentes a los problemas en la autoestima observados en el adulto mayor, pueden ser asociados con cambios físicos, enfermedades crónicas o agudas, bienestar psicológico, ambiente y

²¹ FOLSTEIN y Col. 1995

²² PFEIFFER, 1986

actitudes sociales. La enfermera debe estar alerta buscando evidencia de problemas en la autoestima, traducidos en conductas tales como: pobre higiene personal, expresión triste o manifestaciones verbales de minusvalía.

- **Interacción Social:** Es un proceso natural a través del cual el adulto mayor establece algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve; como todo proceso, este es dinámico y en constante cambio. Existen factores que producen disminución en los contactos sociales del adulto mayor y que pueden conducir al aislamiento; entre los factores mencionados se citan los siguientes cambios biológicos como déficit sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva la percepción y el manejo de información cambios socioculturales tales como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de su familia, pérdida del contacto con amigos, etc. La evaluación de la interacción social del adulto mayor debe ser parte del trabajo del profesional de enfermería gerontológica con el fin de tener una idea integral de la salud del adulto mayor.
- **Pérdidas:** El mundo del adulto mayor está asociado a un proceso de pérdidas en todas las esferas que lo integran, pérdidas que lo afectan y lo pueden conducir a estados de crisis. A este respecto, Robert Butler señala que las manifestaciones de la vejez son reflejos de las enfermedades padecidas, de las pérdidas sufridas y de los efectos socioculturales producidos durante toda la vida.

Las pérdidas sociales que ocurren durante el ciclo vital de una persona pueden ser, entre otras, de tipo familiar, social o laboral. El adulto mayor puede perder status social, amigos, cónyuge, ingresos, posición dentro de la estructura familiar y posesiones materiales; si esta situación ocurre, es muy factible que se produzcan cambios en

su estilo de vida, se originen períodos de soledad y de aislamiento, de depresión, de frustración y de sensación de malestar general.

El resultado final de todas esas pérdidas se refleja en la disminución de la autoestima, de la autosuficiencia y de la capacidad de tomar decisiones y de controlar su propia vida. Esos efectos producen inercia y disminuyen la capacidad mental y en ocasiones originan crisis autodestructivas, reacciones paranoicas, cuadros, hipocondríacos, insomnio y ansiedad. Esta situación frecuente recalca la necesidad de reevaluar la función práctica de la enfermería en la atención del adulto mayor, la cual se ha basado tradicionalmente en el enfoque curativo. Es necesario impulsarla hacia el enfoque de promoción de la salud, considerando las áreas biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales como elementos de equilibrio necesario para alcanzar el bienestar. La atención del adulto mayor es usualmente a largo plazo; se trata de brindarle una vida de calidad, no necesariamente prolongada, en la que pueda utilizar al máximo sus capacidades físicas, psicológicas y sociales y hacer uso del apoyo que le brindan los familiares y amigos hasta el final de su vida.²³

Como otra de sus funciones, la enfermería gerontológica debe fomentar la empatía y la capacidad del equipo de salud para ayudar al adulto mayor a enfrentar, manejar y compensar las pérdidas de orden físico, social, económico, afectivo, espiritual y otras que generalmente debe afrontar.

El adulto mayor es una persona con capacidad para pensar, razonar, sentir y producir; con experiencia y sabiduría acumulada a través del tiempo; quien ha formado una familia, colaborado con la sociedad y la vida comunitaria y, por tanto, con derecho a que el sistema social,

²³ COPPARD, Larry. La Auto atención de la Salud y los Ancianos. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica. Washington, 2005

de atención de salud y de otros sectores relacionados, le brinden la oportunidad de vivir una vejez participativa, digna y plena.

El profesional de enfermería gerontológica debe valorar el grado de adaptación a las pérdidas que ha experimentado el anciano, para poder en el futuro diseñar un plan particularizado de acción.

- **Muerte:** Tanto el proceso de envejecimiento como el de muerte, son eminentemente individuales. Las personas envejecen de diferente manera y experimentan los procesos de agonía y muerte de forma distinta. Las personas de edad avanzada se acerca a la muerte de acuerdo con su bagaje de experiencias, actitudes, circunstancias y aspiraciones que todavía pudiera albergar en cuanto al porvenir.

La atención integral del adulto mayor demanda que el personal de salud gerontológica y especialmente el de enfermería, tenga un claro entendimiento de los procesos de envejecimiento y de muerte. Es conveniente recordar que durante la vejez las necesidades psicológicas son usualmente mayores que las físicas.

Cabe notar que, en general, la persona mayor trata de que su muerte no sea dolorosa para los familiares, amigos y personal de salud; así, evita generalmente hablar de los temores, dudas y angustias que le invaden frente a la inminencia de un hecho ineludible.

La muerte puede significar para ella la pérdida del alma, de la esencia de su ser único y singular, de las sustancias vitales: el oxígeno y la sangre; de su integridad corporal, de su unidad bio-psicocultural y espiritual y, finalmente, de su conciencia y su capacidad de interacción; estas pérdidas anuncian el proceso final y definitivo de la muerte. La esperanza en cuanto a la vida más allá del mundo en que vivió, depende de las creencias y valores que la persona haya sostenido durante su vida.

Es probable que al reflexionar sobre la muerte como un proceso inevitable, el adulto mayor aprenda a enfrentarla y aceptarla con serenidad. La investigación sobre la actitud ante la inminencia de la muerte ha servido como base para anticipar tres tipos de reacciones:

- a) La actitud de las personas mayores que esperan la muerte sin gran inquietud; estas son personas generalmente dispuestas a hablar de la muerte y aun de la suya propia; dan la impresión de ser muy realistas;
- b) La actitud de las personas que ven la muerte como un hecho muy lejano, remoto, que no les atañe; y
- c) La actitud de las personas que reaccionan frente a la probabilidad de la muerte de manera altamente emotiva; este grupo, usualmente el más reducido, está formado por personas que generalmente tuvieron problemas para enfrentar situaciones críticas durante su vida.²⁴

Esta clasificación brinda al personal de atención de salud gerontológica una base para predecir la norma en que la persona de edad avanzada probablemente enfrentará la muerte y, en consecuencia, le permite planificar e instrumentar sus cuidados en forma individual. Se ha determinado que el adulto mayor tiene menos temor a la muerte misma que morir solo, desamparado y con intenso dolor físico y que generalmente se angustia más ante la probabilidad de muerte de un familiar que de la suya misma.

La comunicación sin palabras, silenciosa, oyendo al adulto mayor hablar de sus ansiedades, temores y angustias por los seres queridos que deja atrás, de sus dudas en cuanto a una vida más allá, constituye la comunicación empática que sólo requiere tiempo y comprensión.

²⁴ QUINTEROS, M. Op. Cit. Pág 104

Las creencias filosóficas y religiosas del adulto mayor, sus valores y experiencias, son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la enfermedad y de la muerte.

- **Dimensión Espiritual**

Esta parte de la valoración trata de integrar el conocimiento obtenido sobre aspectos individuales del adulto mayor con el medio que lo rodea; hay que reconocer que esta interacción es extremadamente compleja y que depende de muchos factores, pero en el ánimo de no perder de vista la limitación a la que el personal de salud se ve sujeto, la valoración del entorno del adulto mayor debe tener, por lo menos, los siguientes elementos: la familia, la vivienda, los ingresos y los servicios comunitarios.

- **Familia, vivienda e ingresos:** La investigación por parte de la enfermera, debe incluir la posesión de una familia, quiénes la componen, el tipo de relación que se observa, la ayuda que le prestan al adulto mayor las condiciones del hábitat, el tipo de propiedad sobre la vivienda y el ingreso económico. Muchas veces esta información puede ser obtenida por otro personal del equipo de salud; sin embargo, el profesional de enfermería debe conocerla como parte de la valoración integral.
- **Servicios comunitarios:** Esta valoración debe incluir el conocimiento por parte del adulto mayor, sobre la existencia de recursos comunitarios (transporte, diversión, servicios de salud, policía, bomberos, etc. Además, se debe investigar si él conoce su derecho de uso de estos servicios; esta parte es muy importante para la planificación de acciones.

B. Diagnóstico Integral de Enfermería

Con esta información, los profesionales enfermeros están en condiciones de diseñar el diagnóstico de enfermería, que a diferencia del diagnóstico médico, se centra en la definición de un proceso patológico para su curación o rehabilitación, el diagnóstico de enfermería se centra en el cuidado que acompaña a este proceso y contribuye a la entrega de un mejor servicio. El diagnóstico o definición del problema tiene mucha importancia porque resume toda la información obtenida a través de la valoración de necesidades; este diagnóstico sirve de punto de partida para la planificación y ejecución de la intervención de enfermería. A pesar de que aún no existe ninguna estandarización en los diagnósticos de enfermería, se considera que éstos deben tener tres componentes:

- a. Las dimensiones o esferas donde se encuentra la alteración; es decir, física, psicosocial, (familiar-comunitaria) y espiritual, y la aproximación a sus causas y consecuencias.
- b. Las especificaciones del problema
- c. Aproximaciones a sus causas y consecuencias

Dada la diversidad de situaciones, tanto físicas como psico-sociales que confronta este grupo de población, es posible encontrar muchos problemas en forma simultánea en un mismo adulto mayor; por esta razón se puede tener varios diagnósticos.

Cuando sea posible, los diagnósticos múltiples se deben agrupar para facilitar el plan de acción. He aquí un ejemplo: un adulto mayor, de sexo masculino, de 80 años de edad, está hospitalizado por trastornos respiratorios por lo que se le está administrando antibióticos por vía intravenosa. El diagnóstico médico es: "neumonía"; los diagnósticos de enfermería serían:

- **Físicos:**
 - Disminución de la función motoras r/c con la artrosis,
 - Riesgo de desnutrición r/c la disminución de artritis reumatoidea y varices.
 - Alteración de la déficit del autocuidado r/c con el cuadro clínico y tratamiento.
- **Psico-sociales:**
 - Disminución en su autoestima r/c la sensación de invalidez.
 - Trastorno de su interacción social r/c la separación de su hogar para el tratamiento médico.
- **De su entorno:**
 - No cuenta con un adecuado medio de transporte para las visitas de seguimiento al dársele el alta (candidato a visitas a domicilio al egreso)

Como se observa en el ejemplo anterior, de los problemas encontrados algunos están en la esfera de atención de enfermería y otros en la parte de su aporte de información al resto del equipo para el diseño de un plan de acción integral.

- El diagnóstico de enfermería resume la información de una manera integral y deja abierta la posibilidad de que éste sea utilizado por otro personal de salud. Una vez realizado el diagnóstico se debe discutir junto con el equipo de salud.

• **PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Logro Esperado	Cuidado de Enfermería
1. Disminución de la función motora r/c artrosis, artritis reumatoídea, várices	1. Rehabilitación la función motora	1. Movimientos de miembros inferiores en creciente aumento	1. Fisioterapia osteo muscular 2. Cumplimiento del Plan terapéutico: Calcio y Vit. D, antiinflamatorio osteomuscular. 3. Aplicación de un programa de ejercicios músculo-esquelético.
2. Riesgo de desnutrición r/c la disminución de la autoalimentación	1. Conservar el estado nutricional	1. Peso: + - 60 Kg IMC:	1. Monitoreo física 2. Régimen dietético hipercalórico, hiperproteica, hipograsa é hiposódica Dieta blanda. 3. Administrar dietético en forma fraccionado (6 comidas al día) 4. Evaluar tolerancia. 5. Proporcionar ambiente terapéutico agradable. 6. Higiene de boca
3. Alteración de la eliminación vesical r/c la incontinencia urinaria. Alteración de la eliminación intestinal.	1. Controlar la incontinencia urinaria. 2. Prevenir infecciones urinarias. 3. Prevenir estreñimiento	1. Examen de sedimento urinario normal. 2. Evacuación intestinal diaria.	1. Incentivar la frecuencia espontánea. 2. Higiene de genitales externos. 3. Uso de tensas especiales (impermeables) 4. Monitoreo laboral: sedimento urinario y cultivo de orina. 5. Monitoreo físico 6. Registrar reacciones y estado de los pacientes.
4. Déficit del Autocuidado personal Disminución de la agudeza visual y auditiva.	1. Mejorar el bienestar personal. 2. Estimular el autocuidado personal.	1. Confort físico 2. Bienestar personal	1. Estimular para el baño corporal. 2. Higiene bucal 3. Cambio de ropa frecuente. 4. Corte de uñas 5. Higiene ambiental

<p>5. Disminución de la autoestima r/c la sensación de invalidez</p>	<p>1. Aumentar su autoestima</p>	<p>1. Pacientes con pensamientos positivos.</p>	<p>1. Motivar expresión de ideas y pensamientos. 2. Programación de actividades recreativas. 3. Asignar trabajos que estimulan la responsabilidad.</p>
<p>6. Transtornos de la interacción social r/c el envejecimiento.</p>	<p>2. Mejorar la interacción social: familiar y entorno social</p>	<p>2. Pacientes establece relaciones personales con la familia y amigos.</p> <p>Se muestran dinámicos y en constante cambio</p>	<p>4. Proporcionar ambiente terapéutico estimulante 5. Inducir al diálogo intrafamiliar. 6. Indicar al trabajo corporativo.</p>

4. HIPÓTESIS

Considerando que en la etapa del ciclo vital del adulto mayores presentan cambios en las dimensiones biofísicas, psicosociales y espirituales desconocidas por ellos y que alteran su comportamiento en la vida diaria.

Es probable, que la educación en salud, influya positivamente en el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Las técnicas a utilizar de acuerdo a la variable dependiente que es la que interesa probar, es la encuesta y la Observación Directa.

Como instrumentos se emplearán la guía de observación y formulario de preguntas para obtener los datos relacionados al comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años de edad.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Geográfica

El presente trabajo se realizará en la Región Arequipa e institucionalmente, en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

De acuerdo a la ubicación temporal de la investigación, el alcance del estudio es coyuntural, respondiendo a una ubicación cronológica de siete meses, de Julio 2012 a Enero del 2013.

2.3. Unidades de Estudio

En la investigación se toma como unidades de estudio a adultos mayores de 65 a 80 años de edad que se atienden en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre de Arequipa.

2.4. Universo

Está dado por 76 pacientes atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre atendidos durante los meses de Agosto y Setiembre.

2.5. Muestra

Está conformada por 48 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión.

- **De inclusión**

- De ambos géneros
- De asistencia regular
- Que deseen participar en la investigación
- Que pertenezcan al C.S. Alto Selva Alegre

- **De exclusión**

- Que presentan alguna patología
- No deseen participar en la investigación
- No pertenezcan al C.S. Alto Selva Alegre

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para la obtención de datos se coordinará con las autoridades del Distrito de Alto Selva Alegre de Arequipa para la obtención del permiso correspondiente para realizar el estudio.
- Luego, se efectuará una prueba piloto de aplicación de la guía de observación y formulario para validar y/o corregir ambos instrumentos.
- Se aplicará los instrumentos guía de observación y formulario de preguntas el día martes de 3.00 a 5.00 p.m. previo a brindar las sesiones educativas.
- Se impartirá la educación en salud considerando el cronograma establecido por cuatro sesiones educativas: contenido por fechas.
- Se aplicará nuevamente los instrumentos guía de observación y formulario de preguntas post-aplicado programa educativo.
- Obtenidos los datos, se iniciará su procesamiento, utilizando la estadística descriptiva.

CAPÍTULO III

RESULTADOS



I. INFORMACION GENERAL

TABLA N° 1

**ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD SEGÚN GÉNERO.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA,
AGOSTO 2012**

Género	N°	%
Masculino	28	58.3
Femenino	20	41.7
Total	48	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 1 se observa que predomina el género masculino con el 58.3%. La diferencia porcentual del 41.7% se ubica en el género femenino de adultos mayores.

Predomina el género masculino.

II. CUIDADOS PERSONALES

TABLA N° 2

ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE CORPORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012

Higiene Corporal	Antes				Después				Diferencia					
	Si		No		Si		No		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
1. Higiene corporal diaria	29	60.4	19	39.6	48	100.0	41	85.4	7	14.6	48	100.0	+ 12	25.0
2. Higiene Genital diaria	16	33.5	32	66.5	48	100.0	31	64.6	17	35.4	48	100.0	+ 15	31.4
3. Lavado de manos antes de comer	18	37.5	30	62.5	48	100.0	39	81.2	9	18.8	48	100.0	+ 21	43.7
4. Lavado de manos después de ir al baño	15	31.2	33	68.8	48	100.0	33	68.8	15	31.2	48	100.0	+ 18	37.6
Total	20	38.6	28	61.4	48	100.0	36	75.0	12	25.0	48	100.0	+ 17	34.4

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 2 se observa que los adultos mayores de 65 a 80 años de edad, en EL 38.6% promedio prima la educación sanitaria, realizan la higiene corporal. Posterior a la educación sanitaria hubo un notable incremento de este porcentaje (75.0% promedio); el incremento es de 17 puntos que hacen el 34.4% promedio.

Específicamente en cada ítem hay una diferencia positiva de 12, 15, 21 y 18 puntos, respectivamente.

En cuanto a la higiene corporal, la educación sanitaria influye positivamente en el comportamiento de los adultos mayores hacia la higiene corporal.

TABLA N° 3

ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE DEL VESTIDO ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012

Higiene del Vestido	Antes				Después				Diferencia					
	Si		No		Si		No		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
1. Cuida de su porte personal	21	43.7	27	56.3	48	100.0	29	60.4	19	39.6	48	100.0	+ 8	16.7
2. Usa ropa adecuada para la estación	36	75.0	12	25.0	48	100.0	45	93.7	3	6.3	48	100.0	+ 9	18.7
3. Realiza cambio de ropa interior diaria y/o inter diariamente	11	22.9	37	77.1	48	100.0	22	45.8	26	54.2	48	100.0	+ 11	22.9
Media Aritmética	23	47.2	25	52.8	48	100.0	32	66.6	16	33.4	48	100.0	+ 9	18.7

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 3 se observa que en el 47.2% promedio, los adultos mayores antes de recibir la Educación Sanitaria cuidaban de la higiene del vestido, predominando el uso de ropa adecuada para la estación con el 75.0%.

Posterior a la educación sanitaria, este porcentaje aumento al 66.6% promedio; es decir hubo un aumento de 9 pacientes promedio que cambiaron su comportamiento hacia la realización de la higiene del vestido, predominando el uso de ropa adecuada a la estación y el cuidado de su porte personal.

En tal sentido, se deduce que en este comportamiento, la educación sanitaria influye positivamente.

TABLA N° 4

**ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE DE LA ELIMINACION ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012**

Higiene de la Eliminación	Antes						Después						Diferencia	
	Si		No		Total		Si		No		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Se lava las manos después de usar el sanitario	15	31.2	33	68.8	48	100.0	33	68.8	15	31.2	48	100.0	+18	37.6
2. En caso de mujeres adultas mayores, la limpieza de genitales posterior a la eliminación vesical es de adelante hacia atrás	6	30.0	14	70.0	48	100.0	13	65.0	7	35.0	48	100.0	+7	35.0
3. En caso de los adultos mayores varones, después de la eliminación realiza limpieza de escroto	15	53.5	13	46.5	48	100.0	23	47.9	5	52.1	48	100.0	+8	5.6
4. Realiza eliminación intestinal en frecuencia normal (1 vez al día)	38	79.1	10	20.9	48	100.0	42	87.5	6	12.5	48	100.0	+4	6.4
Media Aritmética	19	48.4	18	51.6	48	100.0	28	67.3	8	16.7	48	100.0	+9	21.1

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 4 se observa que el 48.4% promedio, los adultos mayores antes de recibir educación sobre higiene de la eliminación, si realizaban acciones de higiene de la eliminación, predominando el ítem que contiene la higiene del escroto en los varones posterior a la micción.

Posterior a la educación sanitaria, hubo un incremento del 67.3% promedio; es decir, que hubo un incremento de 9 pacientes promedio que modificaron el comportamiento hacia la higiene de la eliminación.

Resultados que nos permiten afirmar que en este aspecto, la educación sanitaria influye positivamente en el comportamiento hacia la higiene de la eliminación.

TABLA N° 5

**ADULTOS MAYORES SEGÚN HIGIENE DE LA ALIMENTACION ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012**

Higiene de la Alimentación	Antes				Después				Diferencia					
	Si		No		Si		No		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
1. El régimen Alimentario es rico en fibra y pobre en grasa y sal	16	33.5	32	66.5	48	100.0	36	75.0	12	25.0	48	100.0	+ 20	41.5
2. Ingiere los alimentos con apetito	21	43.7	27	56.3	48	100.0	28	58.3	20	41.7	48	100.0	+ 7	14.6
3. Se lava las manos antes de comer	18	37.5	30	62.5	48	100.0	39	81.2	9	18.8	48	100.0	+ 21	43.7
Media Aritmética	18	38.1	30	61.9	48	100.0	34	70.8	14	29.2	48	100.0	+ 16	33.2

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 5 se observa que los adultos mayores, previa la educación sanitaria sobre higiene de la alimentación, en el 38.1% promedio cumplían el régimen dietético indicado, con apetito.

Recibida la educación al respecto, este porcentaje se incrementó al 70.8 promedio.

La diferencia en proporción y porcentualmente en cada uno de los comportamientos es de más 20 (4.5%), 7 (14.6%) y 21 (43.7%), respectivamente.

En este aspecto, la educación sanitaria influye positivamente en el comportamiento de los adultos mayores hacia la higiene de la alimentación.

TABLA N° 6
ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDADES MOTORAS ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012

Actividades Motoras	Antes				Después				Diferencia					
	Si		No		Si		No		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
1. Se moviliza sola y/o con apoyo (bastón, muletas, etc.)	21	43.7	27	56.3	48	100.0	31	64.6	17	35.4	48	100.0	+ 10	20.9
2. Para moverse usa tacones anchos y planos	33	68.8	15	31.2	48	100.0	39	81.2	9	18.8	48	100.0	+ 6	12.4
3. Realiza o integra programas de ejercicios físicos	19	39.6	29	60.4	48	100.0	37	77.0	11	23.0	48	100.0	+ 18	37.4
4. Realizar con gusto las actividades del hogar	34	70.8	14	29.2	48	100.0	35	72.9	13	27.1	48	100.0	+ 1	2.1
Media Aritmética	27	55.7	21	44.3	48	100.0	36	74.0	12	26.0	48	100.0	+ 9	12.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 6, se observa que en el 55.7% promedio, los adultos mayores antes de recibir educación sobre la realización de las actividades motoras, si las realizaban movilizándose sin dificultad, con agrado e integrando programas de ejercicios físicos.

Posterior a la educación sanitaria recibida, este porcentaje se incrementó al 67.3% promedio.

Resultados que nos permiten señalar una vez más que la educación sanitaria influye positivamente en el comportamiento hacia la realización de las actividades motoras.

TABLA N° 7

ADULTOS MAYORES SEGÚN DESCANSO Y SUEÑO ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012

Descanso y sueño	Antes						Después						Diferencia	
	Si		No		Total		Si		No		Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1. Tiempo de descanso entre las actividades diarias	33	68.8	15	31.2	48	100.0	39	81.2	9	18.8	48	100.0	+ 18	37.6
2. Tiempo de sueño: continuo	22	45.8	26	54.2	48	100.0	22	45.8	26	54.2	48	100.0	+ 0	0.0
Media Aritmética	28	57.3	20	42.7	48	100.0	30	63.5	18	36.5	48	100.0	+ 9	18.8

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

El relación al descanso y sueño, en la Tabla N° 7 se observa que los adultos mayores, antes de recibir educación, el 57.3% si satisfacía las necesidades de descanso y sueño; posterior a la educación, este porcentaje se incrementó al 63.5%; es decir, que hubo un incremento del 18.8% promedio.

La mayor diferencia ocurre en el ítem, tiempo de descanso entre las actividades diarias.

TABLA N° 8

**ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDADES RECREATIVAS ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACION SANTARIA.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012**

Actividades Recreativas	Antes				Después				Diferencia					
	Si		No		Si		No		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
1. Lectura	16	33.5	32	66.5	48	100.0	36	75.0	12	25.0	48	100.0	+ 20	41.5
2. Juego de cartas	21	43.7	27	56.3	48	100.0	28	58.3	20	41.7	48	100.0	+ 7	14.6
3. TV/radio	18	37.5	30	62.5	48	100.0	39	81.2	9	18.8	48	100.0	+ 21	43.7
4. Paseos	10	20.8	38	79.2	48	100.0	12	25.0	36	75.0	48	100.0	+ 2	4.2
Media Aritmética	16	33.9	32	66.1	48	100.0	29	59.8	19	40.2	48	100.0	+ 13	26.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En atención a las actividades recreativas, en la Tabla N° 8 se observa que los adultos mayores de 65 a 80 años de edad, en el 33.9% promedio, previa la educación sanitaria, realizan acciones tendientes a la recreación (paseos, lectura, manualidades).

Posterior a la educación sanitaria, este porcentaje alcanzo un incremento del 59.8%, promedio evidenciando por el porcentaje de 13 y su correspondiente 26.0% de diferencia.

Los mayores porcentajes (43.7% y 41.5%) corresponden a los ítems de lectura y TV/radio.

TABLA N° 9

**ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD SEXUAL ANTES Y DESPUÉS DE
LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE.
AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012**

Actividad Sexual	Antes		Después		Diferencia	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Conservada	21	43.7	29	60.4	+ 8	16.7
2. Disminuida	10	20.8	10	20.8	0	0.0
3. Aumentada	17	35.5	9	18.8	- 8	16.7
Total	48	100.0	48	100.0		

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En cuanto a la actividad sexual, en la Tabla N° 9 se aprecia que los adultos mayores de 65 a 80 años de edad, antes de la educación sanitaria, en el 43.7% la tienen conservada; el 20.8%, disminuida y el 35.5%, aumentada.

Posterior a la educación recibida y orientación a la pareja sobre los comportamientos durante la actividad sexual, los porcentajes variaron en el 60.4% y 18.8% correspondientes a la actividad sexual conservada y aumentada, respectivamente. La diferencia en ambos indicadores es de + 8 y - 8 con el 16.7%, respectivamente.

III. VIDA FAMILIAR

TABLA N° 10

ADULTOS MAYORES SEGÚN VIDA FAMILIAR ANTES Y DESPUES DE LA EDUCACION SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012

Vida Familiar	Antes						Después						Diferencia	
	Si		No		Total		Si		No		Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1. Lo considera persona importante	22	45.8	26	54.2	48	100.0	33	68.8	15	31.2	48	100.0	+ 11	23.0
2. Recibe apoyo	24	50.0	24	50.0	48	100.0	33	68.8	15	31.2	48	100.0	+ 9	18.8
Media Aritmética	23	47.9	25	52.1	48	100.0	33	68.8	15	31.2	48	100.0	+ 10	20.9

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 10 se observa que los adultos mayores de 65 a 80 años de edad en el 47.9% promedio, previa la educación sanitaria, llevan una vida familiar saludable, sus miembros se sienten seguros, porque son considerados importantes y porque reciben apoyo.

Posterior a la educación sanitaria, la vida familiar se fortaleció en un 20.9% promedio.

En cuanto a la vida familiar, la educación impartida a los adultos mayores y familiares influyó positivamente en el comportamiento no solo de los adultos mayores sino de sus familiares.

IV. VIDA SOCIAL

TABLA N° 11

ADULTOS MAYORES SEGÚN VIDA SOCIAL ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, AGOSTO Y OCTUBRE, 2012

Vida Social	Antes						Después						Diferencia	
	Si		No		Total		Si		No		Total		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
1. Buena relación con su familia	21	43.7	27	56.3	48	100.0	30	62.5	18	37.5	48	100.0	+9	18.7
2. Buena relación con sus vecinos	18	37.5	30	62.5	48	100.0	18	37.5	30	62.5	48	100.0	0	0.0
Media Aritmética	20	40.6	28	59.4	48	100.0	24	50.0	24	50.0	48	100.0	+5	9.4

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En relación a la vida social, en la Tabla N° 11 se observa que los adultos mayores de 65 a 80 años de edad, antes de impartírseles la educación, ellos en el 40.6% promedio se desenvolverían socialmente bien llevando buenas relaciones con los miembros familiares y vecinos.

Posterior a la educación recibida, la vida familiar mejoró mucho más; es decir en un 9.4% promedio, gracias al énfasis con que se puntualizó las relaciones humanas en el seno familiar, haciendo de sus familias un sistema social abierto en constante interacción con el medio cultural y social.

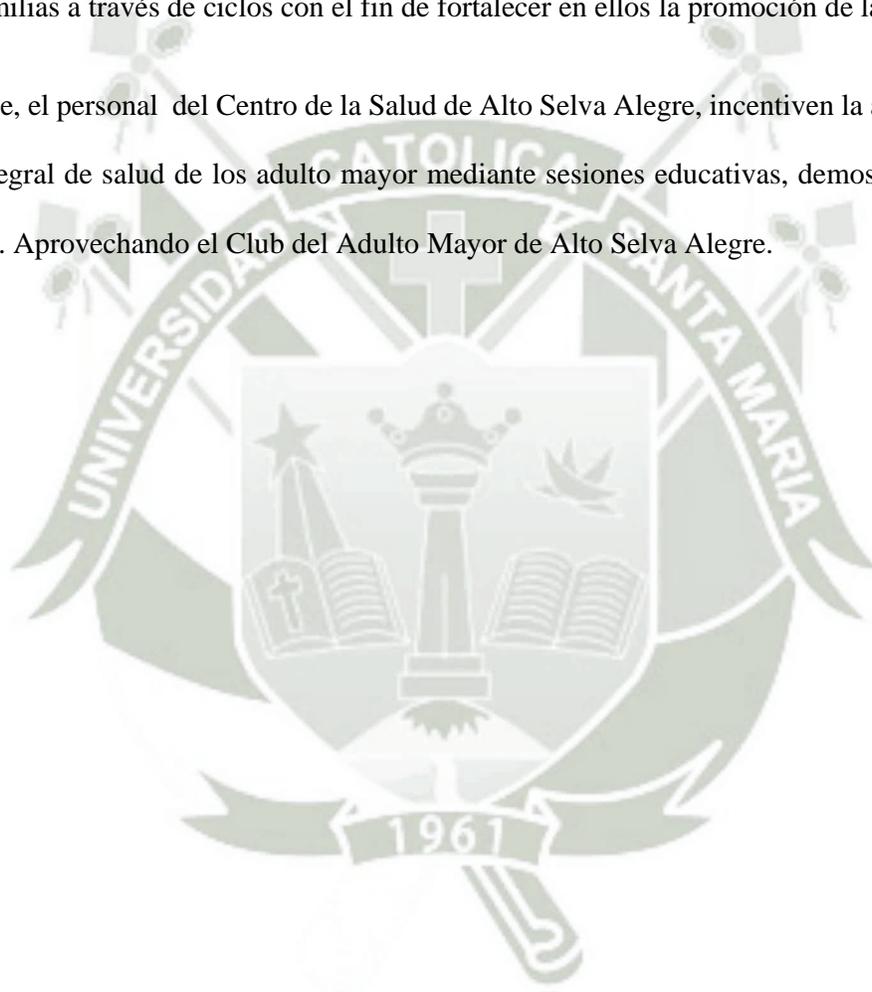
Analizando los resultados podemos precisar que la educación dirigida a las familias investigadas influye notablemente en el desenvolvimiento de la vida familiar por parte de los adultos mayores.

CONCLUSIONES

1. Que, los adultos mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, en porcentajes promedio menores al 50.0%, previa la educación sanitaria recibida, realizan sus cuidados personales, actividades motoras y recreativas, llevando una vida familiar buena.
2. Que, los adultos mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, en porcentajes promedio mayores del 66.6% posterior a la educación sanitaria recibida realizan sus cuidados personales, actividades motoras y recreativas mejoró su vida familiar en un 20.9%.
3. Que, la educación sanitaria influyó positivamente en el comportamiento de los adultos mayores de 65 a 80 años sobre cuidados personales, realización de actividades motoras y recreativas. En el caso de la actividad sexual, posterior a la educación sanitaria hubo una diferencia de -9 promedio

RECOMENDACIONES

1. Que, los profesionales del Centro de la Salud de Alto Selva Alegre, fomenten un programa continuo de Cuidados en el Hogar dirigidos a los adultos mayores y sus familias a través de ciclos con el fin de fortalecer en ellos la promoción de la salud.
2. Que, el personal del Centro de la Salud de Alto Selva Alegre, incentiven la atención integral de salud de los adulto mayor mediante sesiones educativas, demostrativas, etc. Aprovechando el Club del Adulto Mayor de Alto Selva Alegre.



BIBLIOGRAFÍA

1. BRUNNER, S.: Enfermería Médico Quirúrgico. 9na ed. Mc Graw. México, 2002
2. BACA, Gabriel: "Evaluación de Proyectos", México, 2000.
3. BEZOLD, Clement: "Nuevas Tendencias Sanitarias", Foro Mundial de la Salud, U.S.A., Vol. 15, 2001.
4. BUSS A.: Psicología General. Ed. Limusa, México, 1989.
5. CECIL: Tratado de Medicina Interna Editorial Interamericana. 20ava Edic. Vol. I. México, 1995
6. GONZALES, J.: Ginecología. 7ma ed., Edit Mason. España, 2000
7. HERMIDA, Jorge; SERRA, Roberto: "Administración Estratégica, un enfoque Competitivo y Emprendedor" Ediciones Macchi, 2da. Edición. Argentina, 1989.
8. INSTITUTO NAVARRO DE LA MUJER. Revista "Mujeres Mayores". España, 1996.
9. Manual Merck. Novena Edición. España, 1999.
10. MEDICI, A.: "El Mercado de Trabajo en Salud: Aspectos Teóricos, conceptuales y Metodológicos". Revista Educación Médica y Salud. Vol. No. 1. México, 1999.
11. NARBONN E.J.: Percepción y Comportamiento. Ed. Nova. Buenos Aires, 2005.
12. OMS, OPS: " Análisis de las Organizaciones de Salud". USA, 1999.
13. PEREZ SANCHEZ, A.: Obstetricia, 2da ed., Edit. Mediterráneo, Chile. 1996
14. REEDER, C.: Enfermería Materno-Infantil. 3ra ed. Edit. Interamericana. México, 2000.
15. ROYERE, Mario: "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud" OMS, OPS, Washington D. C. U.S.A. 1999.

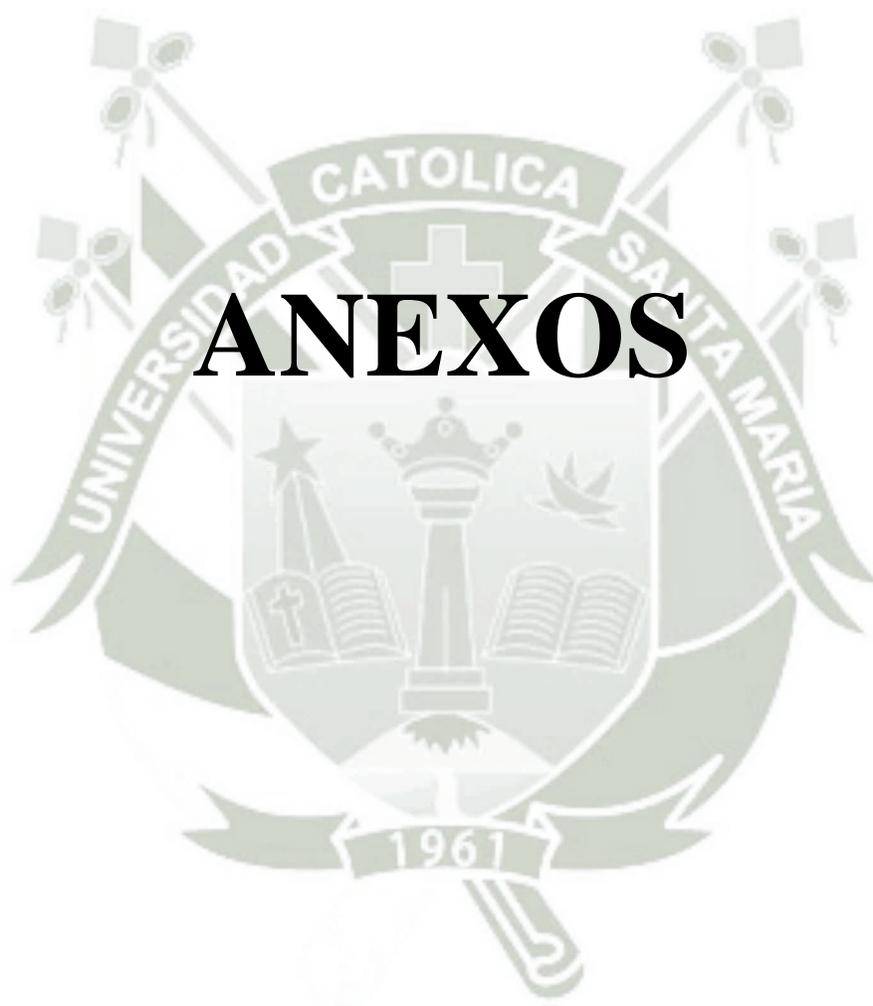
16. SAPAG Nassir; SAPAG Reinaldo: "Fundamentos de Preparación y Evaluación de Proyectos". México, 2001.
17. SKINNER B.F.: El Análisis de la Conducta: una visión retrospectiva. Ed. Limusa, México, 1999.
18. TESTA, Mario: "Pensar en Salud", Buenos Aires. Argentina, 2004.
19. WITVROUW M. El comportamiento humano. Ed. Zeus. México, 2001

REVISTAS

20. Revista Pensando en Salud. El Cuidado del Adulto Mayor en el presente siglo. N° 5. Lima-Perú, 2004
21. Revista VIDA-SALUD. En los pasos del cambio: Envejeciendo con Dignidad. Colombia, 2001

INTERNET

22. http://www.en_la_salud/pasos/del/anciano/en_el_mundo.90/php.298
23. http://www.monografías.com/eladultomayor_290



ANEXOS

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería

FORMULARIO DE PREGUNTAS

ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

1. CUIDADOS PERSONALES

1.1. Realiza diariamente la higiene personal

Si ()

No ()

1.2. Se lava las manos después usar el sanitario, letrina

Si () No ()

1.3. En caso de los adultos mayores. La limpieza de genitales posterior a la
eliminación vesical es de adelante hacia atrás

Si () No ()

1.4. En el caso de adultos mayores varones posterior a la eliminación vesical realiza
limpieza el escroto

Si () No ()

1.5. Realizar lavado genital

- Diariamente ()

- Interdiario ()

- Semanalmente ()

1.6. Realiza cambio de traza

- Diariamente ()

- Interdiario ()

- Semanalmente ()

1.7. Realiza evaluación intestinal

Si () No ()

1.8. Realiza o integra algún programa de ejercicios físicos

Si () No ()

Los más frecuentes son.....

1.9. Los realiza diariamente

Si ()

No ()

Si no las realiza diariamente los hace

Interdiariamente Si ()

No ()

1.10. Vida Sexual

La actividad sexual en la actualidad ha:

Disminuido () Aumentado () Igual ()

1.11. Sueño

- Contínuo ()

- Intermitente ()

- Insomnio ()

1.12. Descanso en horas

- Uno ()

- Dos ()

- Tres ()

1.13. Realiza a gusto las actividades del hogar?

Si () No ()

1.14. Realiza Ud. alguna actividad recreativa

Si () No ()

Lectura Si () No () Juego de cartas Si () No ()

TV Si () No () Paseos Si () No ()

1.15. El régimen alimenticio es rico en fibra y pobre en grasa y sal

Si ()

No ()

1.16. Ingieres sus alimentos con apetito:

Si ()

No ()

2. VIDA FAMILIAR

2.1. Es considerado una persona importante en su familia en esta etapa

Si ()

No ()

2.2. Su familia lo apoya

Si ()

No ()

3. VIDA SOCIAL

3.1. Se relaciona bien en su entorno social (familia, vecinos, trabajo)

Familia

Si ()

No ()

Vecinos

Si ()

No ()

Trabajo

Si ()

No ()

4. OCUPACIÓN LABORAL

4.1. Trabaja

Si () No ()

4.2. Ha variado su estado de ánimo en su trabajo?

Si () No ()

Gracias

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería

GUIA DE OBSERVACION

ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

1. CUIDADOS PERSONALES

1.1. Cuida de su porte personal

Si ()

No ()

1.2. Usa ropa adecuada a la estación

Si () No ()

1.3. Usa zapatos con tacones anchos y planos

Si () No ()

1.4. Para caminar usa bastón de apoyo

Si () No ()

1.5. Se le observa alegre, satisfecho, con buen ánimo?

Si () No ()

2. OCUPACIÓN LABORAL

2.1. Se le ve cansando, fatigado

Si () No ()

Gracias

PROGRAMA EDUCATIVO

I. INTRODUCCIÓN

El presente programa educativo ¿Cómo es el comportamiento del Adulto Mayor en la vida diaria? Fundamenta en razón a que en nuestro medio, las enfermedades propias de la vejez son muy frecuentes y sus consecuencias son: largas estancias hospitalarias, graves deformaciones, invalidez, inactividad y riesgo de complicaciones.

El programa en mención abarca seleccionada temática preventivo – promocional y que tiene como objetivo el que los adultos mayores realicen acciones prevenibles de dichas enfermedades.

Asimismo, el programa se desarrollará en el Centro de Salud Alto Selva Alegre dirigido a todos los adultos mayores consultantes de dicho Centro de Salud los días martes, jueves del mes de agosto a setiembre del año 2012.

II. GENERALIDADES

1. **Título:** ¿Cómo es el cómo debe ser el comportamiento?
2. **Grupo Objetivo:** Adultos Mayores de 65 a 80 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre.
3. **Duración: Distribución del tiempo**
 - 3.1. Tendrá una duración de cuatro semanas cronológicas para el desarrollo del programa en ocho sesiones.
 - 3.2. Distribución del Tiempo.

Mes	Semana	Sesiones Educativas
Agosto	Primera	1 y 2
Setiembre	Segunda	3 y 4
	Tercera	5 y 6
	Cuarta	7 y 8

4. **Lugar:**
 - 4.1. Región: Arequipa
 - 4.2. Ciudad: Arequipa
 - 4.3. Institución: Centro de Salud Alto Selva Alegre
5. **Recursos:**
 - 5.1. Humano
 1. Investigadora: Bachilleres: Andreina Corrales Tejada
Yuliana Carita Mamani

2. Enfermera Jefe

5.2. Materiales y Equipo

5.2.1. Materiales

- Pizarra y plumones: rojo, negro y azul
- Papel para papelógrafos
- Láminas ilustrativas
- Rotafolios

6. Actividades

- 6.1. Reuniones académicas
6.2. Trabajo en equipo

7. Metodología

- 7.1. Viviendas personales
7.2. Lluvia de ideas
7.3. Discusiones
7.4. Demostraciones
7.5. Re demostraciones

8. Objetivos

8.1. General

Los adultos mayores posean conocimientos sobre los comportamientos sobre personal, de la vida familiar y social, así como de la ocupación laboral.

9. Contenidos por Desarrollar

- 9.1. Higiene corporal y del vestido
9.2. Higiene del eliminación
9.3. Higiene de la alimentación
9.4. Deambulación
9.5. Actividad sexual
9.6. Actividades del hogar
9.7. Relación familiar y apoyo familiar
9.8. Relaciones con sus vecinos, trabajo, eventos sociales
9.9. Trabajo actual y estado ánimo en el trabajo

10. Cronograma:

Semana	Sesiones	Días	Responsables
Primera	1 – 2	MARTES Y JUEVES (3 – 5 p.m.)	Srta. Andreina Corrales tejada
Segunda	3 - 4	MARTES Y JUEVES (3 – 5 p.m.)	Srta. Yuliana Carita Mamani
Tercera	5 – 6	MARTES Y JUEVES (3 – 5 p.m.)	Srta. Andreina Corrales tejada
Cuarta	7 – 8	MARTES Y JUEVES (3 – 5 p.m.)	Srta. Yuliana Carita Mamani



GOBIERNO REGIONAL
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE

CONSTANCIA

El que suscribe Dr. Valentín Avelino Salazar Escobedo, Medico Jefe de la Micro Red Alto Selva Alegre, perteneciente a la Red N° 405 Arequipa-Caylloma, hace constar que las:

Srta. Andreina Julieta Corrales Tejada
Srta. Yuliana Raquel Carita Manani

Ha desarrollado su Proyecto de Investigación titulado: **INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN SALUD EN EL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS MAYORES DE 65 A 80 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE** durante el mes de setiembre del año 2012, desarrollándolo con eficiencia y responsabilidad.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas, para fines que crea por conveniente.

Arequipa, 12 de Diciembre del 2012



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE

Dr. Valentín Salazar Escobedo
JEFE DE MICRO RED
C.M.P. 18762 R.N.E. 13761

C.C.
archivo
VSE //ye