

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO VIRTUAL SOBRE CUIDADO
BÁSICO DEL ADULTO MAYOR DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DEL
PACIENTE GERIÁTRICO DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
CARRIÓN, CALLAO 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

AUTORES:

YSELA HERLINDA CHACA PESCORAN

YELENA LUZ CHAMBERGO JURUPE

ANGELA MÓNICA CORREA SEVILLANO

CALLAO - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES SECRETARIA
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 076-2020

Fecha de Aprobación del trabajo académico: 02/10/2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU/FCS de fecha 30 de Octubre del 2018, sobre Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mi madre porque ella siempre estuvo a mi lado brindándome su apoyo incondicional, sus consejos para ser una mejor persona, a mi esposo y mis hijos por sus palabras y su confianza para el logro de mis objetivos.

ANGELA

A mi familia por su apoyo incondicional para el logro de mis metas.

YSELA

A mi querida familia por su gran apoyo para el logro de todas mis metas

YELENA.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirnos tener éxitos en nuestras vidas.

A nuestros padres por seguir siendo nuestros guías.

A todos los docentes por su dedicación, paciencia en impartir sus conocimientos.

A los familiares de los pacientes geriátricos del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión para el desarrollo de nuestra tesis.

ÍNDICE

CUADROS DE CONTENIDO.....	08
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	10
RESUMEN.....	12
ABSTRAC.....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
I.1 Descripción de la realidad problemática.....	15
I.2 Formulación del problema.....	19
I.3 Objetivos(general y específicos)	20
I.4 Limitantes de la investigación (teórico, temporal y espacial).....	21
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Antecedentes Internacionales y nacionales.....	22
2.2 Bases teóricas.....	27
2.3 Conceptual.....	28
2.4 Definición de términos básicos.....	73
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	76
3.1 Hipótesis.....	76
3.2 Definición conceptual de la variable.....	76
3.2.1. Operacionalización de la variable.....	76
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	78
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	78

4.2	Método de investigación.....	78
4.3	Población y muestra.....	78
4.4	Lugar de estudio y periodo desarrollado.....	78
4.5	Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	78
4.6	Análisis y procesamiento de datos.....	79
V.	RESULTADOS.....	80
5.1.	Resultados descriptivos.....	80
5.2	Resultados inferenciales.....	86
VI	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	91
6.1.	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	91
6.2.	Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	91
6.3.	Responsabilidad ética.....	93
	CONCLUSIONES.....	95
	RECOMENDACIONES.....	96
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
	ANEXOS.....	102
	Matriz de consistencia.....	102
	Instrumentos validados.....	105
	.Otros.....	111

TABLAS DE CONTENIDOS

	Pág.
Tabla N° 5.1.1 Datos Generales.....	80
Tabla N° 5.1.2.....	81
Tabla N° 5.1.3.....	82
Tabla N° 5.1.4.....	83
Tabla N° 5.1.5.....	84
Tabla N° 5.1.6.....	85
Tabla N° 5.2.1.....	86
Tabla N° 5.2.2.....	87
Tabla N° 5.2.3.....	88
Tabla N° 5.2.4.....	89
Tabla N° 5.2.5.....	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
.	
Gráfico N° 5.1.2.....	81
Gráfico N° 5.1.3.....	82
Gráfico N° 5.1.4.....	83
Gráfico N° 5.1.5.....	84
Gráfico N° 5.1.6.....	85

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue: Determinar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao. 2020. El estudio es de tipo descriptivo. La población y muestra estuvo conformada por 25 familiares de pacientes geriátricos hospitalizados. La técnica utilizada fue el programa educativo virtual y la aplicación de un cuestionario antes y después del programa educativo, debidamente validado mediante juicio de expertos. Resultados: En la dimensión Higiene se obtuvo: mantener la piel limpia e hidratada se ubicó en un nivel alto con un 32% casi siempre y en el post test un 48% siempre, considerar que el baño debe realizarse con frecuencia tuvo un nivel alto con un 32% siempre y post test un 44% siempre; la higiene corporal se requiere de agua, jabón líquido y esponja se ubica en un nivel alto con un 28% casi siempre y en el post test un 28% siempre y nunca. En alimentación del AM debe ser variada, individual y acorde a sus necesidades en un alto porcentaje de 28% no observado y en el post test un 32% siempre; la alimentación debe ser fraccionada 3 veces al día tuvo un 32% siempre y en el post test un 48% siempre; los alimentos con mayor importancia para el AM son carnes, menestras, frutas y verduras tuvo un 36% no observado y en el post test un 32% casi siempre. Movilización: Los cambios posturales consisten en tener posiciones anatómicas en un 36% no observado; los cambios posturales se deben realizar cada 30 minutos un 36% nunca y en el post test igual; los masajes en el AM deben realizarse en forma circular y con movimientos suaves un 24% casi siempre y no observado y en el post test un 32% nunca. Ejercicios: en el AM son importantes para mantener su coordinación un 40% no observado y en el post test un 44% nunca; los ejercicios en el AM tienen beneficios a nivel físico un 32% nunca y en el post test un 24% nunca; el adulto mayor debe realizar ejercicios según su capacidad y tolerancia un 28% nunca y en el post test un 28% no observado.

PALABRAS CLAVES: Programa educativo de familiares geriátricos.

ABSTRAC

The objective of this research was: To determine the effect of the virtual educational program on the basic care of the Elderly directed to the relatives of the geriatric patient of the Medicine service of the Daniel Alcides Carrión Hospital - Callao. 2020. The study is descriptive. The population and sample consisted of 25 relatives of hospitalized geriatric patients. The technique used was the virtual educational program and the application of a questionnaire before and after the educational program, duly validated by expert judgment. Results: In the Hygiene dimension it was obtained: keeping the skin clean and hydrated was located at a high level with 32% almost always and in the post test 48% always, considering that the bath should be performed frequently had a high level with 32% always and after the test 44% always; body hygiene requires water, liquid soap and a sponge, it is at a high level with 28% almost always and in the post test 28% always and never. In the MA feeding it must be varied, individual and according to their needs in a high percentage of 28% not observed and in the post test 32% always; the feeding must be divided 3 times a day had a 32% always and in the post test a 48% always; the foods most important for MA are meats, beans, fruits and vegetables had 36% not observed and in the post test 32% almost always. Mobilization: Postural changes consisting of having anatomical positions in 36% not observed; postural changes should be made every 30 minutes 36% never and in the post test the same; the massages in the AM should be done in a circular way and with smooth movements 24% almost always and not observed and in the post test 32% never. Exercises: in MA, 40% not observed are important to maintain their coordination and in post-test 44% never; the exercises in the MA have a beneficial physical level 32% never and in the post test 24% never; the elderly must perform exercises according to their capacity and tolerance 28% never and in the post test 28% not observed.

KEY WORDS: Educational program for geriatric relatives.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la población de adultos se ha ido incrementando y a medida que aumentando su edad no puede valerse por sí mismo y en una edad avanzada padece de limitaciones de diversa índole y necesita asistencia de una persona para su cuidado, puede ser un familiar directo para ayudarlo a satisfacer sus necesidades como: higiene, alimentación, movilización y ejercicios, por lo tanto es necesario que la persona o cuidador tenga conocimiento para brindar los cuidados básicos al Adulto Mayor. Por ello se plantea realizar esta investigación con el objetivo de determinar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del adulto mayor dirigido a los familiares de pacientes geriátricos del servicio de Medicina del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Por eso se ha estructurado el trabajo en seis capítulos. En el capítulo I se desarrolla el planteamiento del programa. En el capítulo II el Marco teórico. En el capítulo III presentamos a la hipótesis y variable de estudio. En el capítulo IV se precisa el Diseño metodológico. En el capítulo V se presentan los resultados. El capítulo VI contiene las discusiones seguidas, las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 Descripción de la realidad problemática

A nivel mundial la población de adultos mayores crece de manera gradual, sin duda esto es reflejo de los resultados positivos en los avances de la medicina, sin embargo, llegar a la edad adulta trae consigo limitaciones o dependencia (1)

En la vejez, las personas enfrentan varias formas de vulnerabilidad, que disminuyen su autosuficiencia y aumentan la dependencia de otras personas. Con la edad se produce un progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud, que se manifiestan en una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía.

Una encuesta realizada en Chile. Mostró que alrededor del 25% de las personas de 60 años y más presentaban algún nivel de dificultad en la realización de actividades de la vida diaria, y alrededor de un 10% discapacidad severa. La discapacidad física y mental y la dependencia de otras personas es mayor entre los más viejos. Esta encuesta mostró que para mayores de 85 años, un 70% de las mujeres (56% de los hombres) tiene una condición de dependencia, es decir requiere del apoyo de otros para realizar una o más tareas esenciales para su vida cotidiana (2)

En Uruguay el tiempo dedicado en los hogares al cuidado de personas adultas mayores de 65 años es de más de 30 horas en promedio y que 70% de estas tareas es realizada por las mujeres, lo que evidencia una participación muy alta (3)

La OMS refiere que la capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y naturalmente a partir de entonces empieza a declinar.

En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas. En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas

mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

La necesidad de asistencia está aumentando y se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo que puede consistir en cuidados domiciliarios y ayuda para la vida cotidiana, estadías prolongadas en hospitales y reclusión en asilos (4)

En el Ecuador, sobre la situación de las personas adultas mayores, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo (Encuesta ENEMDUR). Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte.

En el Cuidado a las personas El 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. En el caso de las mujeres mayores de 80 años que cuentan con asistencia para su cuidado, el porcentaje es de 36,5% de la población nacional.

En términos generales, puede decirse que son las mujeres, los adultos mayores residentes del área urbana y los mayores de 80 años, quienes presentan los mayores requerimientos de ayuda y cuidado. La necesidad de cuidado y asistencia a las personas adultas mayores representa un mecanismo

indispensable para evitar situaciones catastróficas como las caídas, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años. Adicionalmente, organismos de salud internacional señalan que las caídas representan el 75% de las muertes accidentales en mayores de 75 años. De hecho, aproximadamente 9 de cada 10 fracturas de cadera son producto de caídas. La necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (AVD) como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro y vestirse. O bien actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como la preparación de la comida, manejo de dinero, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono, realización de quehaceres domésticos y tomar las medicinas, afecta a algo más de 100 mil personas adultas mayores en el país (5)

Como la población mayor de edad está aumentando en el mundo, las familias tendrán, en un momento u otro, que pasar cierto tiempo en el hospital, visitando a sus padres o abuelos. Cuando se da esta situación médica, es importante familiarizarse con la condición de salud por la que la persona querida ha sido hospitalizada y luego planificar actividades apropiadas basadas en sus posibilidades físicas y emocionales (6)

En Perú Andina refiere que al menos 265 pacientes abandonados en hospitales de Lima anhelan la visita de familiares y que la mayoría se encuentran en el hospital nacional Víctor Larco Herrera, seguido hospital dos de Mayo, Arzobispo de Loayza y San Bartolomé entre otros hospitales, motivo por el cual el soporte familiar es fundamental para culminar con éxito cualquier tratamiento médico y evitar las recaídas que pudieran ocasionarse por la angustia que implica estar hospitalizado- La asistente social del Dos de Mayo, Alicia Torrejón considera que el acompañamiento de un familiar puede generar milagros en la recuperación de un enfermo (7)

En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida de la persona. No obstante, en algunas ocasiones las personas de edad avanzada han perdido parcial o totalmente su independencia, debido principalmente a enfermedades

crónico degenerativas que se agudizan con el pasar de los años. Por ello, es una necesidad primordial para la sociedad el apoyo de la familia, capaces de ayudar y cuidar al adulto mayor. Para que el cuidador pueda seguir ejerciendo este gran servicio a la comunidad es indispensable que tenga las herramientas adecuadas, es decir, se requiere poseer los conocimientos básicos que les confieran seguridad, estrategias que eviten la sobrecarga, así como la información de los recursos que se disponen para aliviar el esfuerzo, con lo cual se pretende articular mecanismos de apoyo a los cuidadores que brindan.

El cuidador debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido. En la identificación de la fragilidad real y de la dependencia del adulto mayor, radica la posibilidad de hacer bien a otro. Esto puede construirse y experimentarse en quien se empeñe en ser cuidador. Con la experiencia de un adulto mayor necesitado de salud, nace la posibilidad de hacer bien a otro. Podemos ser responsables de otro, cuando descubrimos que no estamos solos en el mundo y que es posible estar con nuestros semejantes cuidándolos y cuidándonos. Hay que considerar que en muchos casos ser adulto mayor es ser vulnerable cuando se está expuesto a un mayor desgaste o a la soledad.

Los cuidadores deben saber que toda atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral. Según ésta, el adulto mayor será atendido con base en su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno en el que se desenvuelve. En este sentido, existe una importante labor de educación sanitaria, que puede mejorar claramente la calidad asistencial del adulto mayor dependiente o disfuncional.

En el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el servicio de Medicina se ha observado que los pacientes hospitalizados en su mayoría son adultos mayores de 70 años que ingresan con un grado de dependencia II y III, cuyas patologías diagnósticas en un gran porcentaje son: Neumonías, Accidente cerebro vasculares, enfermedad renal crónica, Alzheimer, artritis, cáncer conllevando a limitaciones de su independencia y auto cuidado.

Estos pacientes en su mayoría vienen muy descuidados, con problemas de higiene corporal (piel y anexos) lesiones cutáneas (úlceras de presión), con problemas en la movilización, y en muchos de los casos espasticidad de miembros superiores e inferiores, Al dialogar con los familiares acerca de las condiciones de sus familiares, referían no saber cómo atenderlos, temor de ocasionarles peor daño, no tener tiempo, en otros casos no tener con quien compartir sus cuidados y otros indiferentes ante la situación .

Algunos hacían referencia que en la institución el personal de salud, tenían que asearlos, movilizarlos etc. sin mostrar deseo en algunos casos de integrarse al cuidado de su familiar. Ante esta situación decidimos plantear el siguiente problema de investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao 2020?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión callao2020?

¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión callao2020?

¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión callao2020?

¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicio del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión callao2020?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Objetivos específicos

Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

1.4. Limitantes de la investigación.

1.4.1. Limitante teórica.

Se ha tenido limitante en cuanto los antecedentes encontrándose pocos estudios similares a este proyecto de estudio.

1.4.2. Limitante temporal.

Que no todos los familiares que cuidan a los Adultos Mayores, durante las fechas que se realice el programa virtual estuvieran presentes, debido a que no se pudieran conectarse por diferentes causas.

1.4.3. Limitante espacial.

Hubiera sido importante que todos los familiares que participan en el cuidado del adulto mayor, tuvieran participación del programa educativo virtual realizado.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales y nacionales

Antecedentes internacionales

Ginesa R. realizó un estudio, incorporación del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios en España 2015; con el de valorar y acoger el cuidado que realiza a familia al enfermo hospitalizado; La población de estudio fue a 17 familiares de enfermos hospitalizados; la técnica de investigación fue la observación al familiar que está junto al enfermo en hospitalización, entrevistas semi estructuradas a los familiares de enfermos hospitalizados para conocer que hace el familiar en el hospital junto al enfermo, grabaciones en videos de discusiones de enfermeras del hospital para saber cómo ve la enfermera al familiar dentro del hospital y una entrevista abierta a la enfermera del Servicio de Enfermeras a Domicilio para conocer cómo se encuentra el familiar en domicilio asumiendo la mayor parte de cuidados que necesita el enfermo; Se llegó a las conclusiones del estudio: Que la familia permanece junto al enfermo realizando su cuidado familiar, asimilando ambos la enfermedad. La familia se organiza con horarios de turno y se dan el relevo familiar del enfermo y sus cuidados. Las enfermeras de hospitalización deben acoger este cuidado familiar y enseñarles nuevos cuidados en el momento de realizarlos al enfermo, incorporando así al familiar en los cuidados intrahospitalarios. La familia que realiza cuidados básicos y específicos a paciente hospitalizado debe ser acordada con la enfermera para que no se interfiera los cuidados familiares y los cuidados de enfermería. El cuidado del familiar y el cuidado del enfermero tienen que convivir y relacionarse en el hospital. La enseñanza de os cuidados a familiar y paciente previenen alteraciones en sus procesos de salud, disminuye consultas y hospitalizaciones, ahorra tiempo y costos a corto plazo. Por todo ello las enfermeras que laboran en hospitalización deben incorporar al familiar en los cuidados de forma precoz y así perderá el miedo a realizarlos y que la enfermera que los visite a domicilio

observará que los familiares son expertos en los cuidados y ayudará a disipar sus dudas, supervisando los cuidados (8)

Yapu Roxana; Mora Elva y otros, en su estudio La familia en el cuidado y Acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento en Mendoza 2015, con el objetivo identificar el cuidado y acompañamiento que brinda la familia al adulto mayor, internado en el servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Privado, con el método descriptivo, un diseño no experimental , transversal, cuyos resultados fueron que existen limitaciones por parte de los familiares que afectan la preparación para enfrentar el proceso de envejecimiento de sus familiares adultos mayores, llegando a la conclusión que es posible y necesario educar a los familiares sobre la atención a los ancianos y las recomendaciones fueron educar por parte de enfermería a los familiares de una forma continua que les permita adquirir habilidades y destrezas para el cuidado del adulto mayor y garantizar la mejora en la atención de la salud (9)

Gómez ,Meza, Yesica: Villareal Amarís, Gloria y otros, en su investigación Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica en Colombia 2013; con el objetivo: Determinar el nivel de habilidad de cuidado del cuidador informal y su relación con el tiempo de cuidado a personas mayores de 65 años hipertensos y diabéticos, crónicos, usuarios del programa del adulto mayor cuyo método fue descriptivo, correlacional de corte cuantitativo; con una muestra de 54 cuidadores de adultos mayores de 65 años asistentes a los programas del adulto mayor, se utilizó el inventario de habilidad de cuidado desarrollado por NgoziNkongho, se tuvieron como resultados que los cuidadores del adulto mayor poseen un bajo grado de habilidad del cuidado (70.4%), así mismo en sus componentes conocimiento (59.3%), valor (94.4%) y paciencia (100%). Se encontró asociación, entre la habilidad de cuidado y el tiempo de cuidado ($p=0,048$): llegando a Conclusión: Los resultados evidencian que los cuidadores no tienen la habilidad suficiente para enfrentar las distintas situaciones referentes a la enfermedad, interpretar y

resolver las necesidades que requiere el adulto mayor a pesar del tiempo dedicado a este cuidado (10)

Rosa Fernández Alba realizó la tesis titulada: Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de auto cuidado del Adulto Mayor hipertenso ambulatorio. Colombia Boyacá Tunja 2010. Tuvo como objetivo determinar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de auto cuidado del adulto mayor hipertenso. El estudio fue cuantitativo, descriptivo. Cuasi experimental, con pre prueba y post prueba. La muestra estuvo formada por 240 adultos mayores hipertensos que conformó el grupo experimental y el de control. Se utilizó la escala para valorar la agencia de auto cuidado. Se diseñó, aplicó una intervención de enfermería con un trabajo sistemático único. El efecto de la intervención educativa se determinó mediante la media de la escala ASA, usando ANOVA entre la post prueba y la pre prueba. Se aplicaron las pruebas psicométricas a la escala ASA. Se obtuvo como resultado cuatro videos y cuatro folletos, como ayudas didácticas a la intervención educativa, sensibles al contexto sociocultural de los adultos mayores de Tunja, Colombia. La ganancia neta de la escala ASA entre la post prueba y la pre prueba fue de 24.3 puntos, a los 15 días de la intervención. 9 factores fueron extraídos por el análisis factorial representando el 65.87% de la varianza total; la consistencia interna osciló entre 0.74 a 0.95. C. Concluye que la ganancia obtenida entre la pos prueba y la pre prueba determinó el valor y la significancia clínica de la intervención educativa de enfermería “Yo sí puedo cuidarme” en el efecto sobre el fortalecimiento de la capacidad de agencia de auto cuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia. La escala ASA es un instrumento válido y confiable (11)

Landines Parra Nancy Stella, Caicedo Molina ImmaQitzel y otros: Realizaron un estudio titulado: Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. Bogotá 2015: Tuvo como objetivo Determinar el efecto generado en un grupo de cuidadores informales de personas mayores con la implementación de un curso de capacitación en la ciudad de Bogotá. El proyecto incluyó cuatro fases: a) Caracterización inicial y establecimiento de línea de base; b) Implementación del curso de formación; c)

Medición final que incluyó evaluación de calidad de vida, dependencia y satisfacción con el programa, y d) Análisis de resultados obtenidos. Los resultados se analizaron mediante estadísticos descriptivos, mientras que para valorar las diferencias entre las mediciones se utilizó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon. Los resultados fueron: Inicialmente se observó un alto índice de sobrecarga de los cuidadores; al finalizar el programa se reportaron cambios positivos en calidad de vida, dependencia y mejor utilización de los tiempos dedicados al auto cuidado y al cuidado de los otros y llegaron a las conclusiones: Las estrategias dirigidas a la formación de cuidadores informales permiten el empoderamiento de los cuidadores y una menor dependencia por parte de la persona cuidada, lo que redundó en la mejora de la calidad de vida de los dos (12)

Antecedentes nacionales

Becerra. S, Tapia. M; en el trabajo de investigación de Conocimiento y práctica del cuidador principal sobre prevención de úlceras por presión, servicio geriatría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo 2016; con el objetivo de describir el nivel de conocimiento y práctica del cuidador principal sobre prevención de úlceras por presión; el estudio fue descriptivo correlacional; la población estuvo constituida por 50 personas que son familiares acompañantes de los pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Lima. Se utilizó el cuestionario para la recolectar los datos que constó de 20preguntas; se validó el cuestionario con la prueba de alfa de Crombach que fue de 0,955; así mismo se aplicó una guía de observación para evaluar la práctica compuesta de 9 premisas. Se llegó a la conclusión que, si existe evidencia estadística para aseverar que el conocimiento y práctica sobre prevención de úlceras por presión del cuidador principal si se encuentran asociadas, por lo que se afirma que ambas variables se encuentran asociadas significativamente (13)

De la cruz. C, en el trabajo de investigación Factores del cuidador principal que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos de la persona postrada en

cama. Chiclayo 2018; con el objetivo de determinar los factores del cuidador principal que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos de la persona postrada en cama; el estudio fue de tipo cuantitativo y diseño correlacional; la población estuvo conformada por 15 cuidadores principales de las personas postradas en cama que asisten a la clínica metropolitana al servicio de Neurología – Chiclayo; se utilizó como instrumentos un cuestionario de los factores y otros sobre los cuidados básicos, ambos sometidos a validez y confiabilidad. Los resultados arrojaron que el 46.7% de los cuidadores tienen de 38 a 47 años, en cuanto al grado de instrucción se tiene que el 53.3% de los cuidadores tienen superior, con respecto al sexo se tiene que 80,0% de los cuidadores son del sexo femenino y en cuanto al lugar de procedencia se tiene que el 66,7% de los cuidadores proceden de la zona rural. Se observa el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos en la dimensión alimentación el 85,0% de los cuidadores opina que el alimento debe ser el permitido basado en fruta y verdura y el 100% de los cuidadores opina que no debe consumir alimentos prohibidos jugos envasados, frituras, otros 73.3%. En la dimensión eliminación, el 46.7% de los cuidadores indican que el problema es el estreñimiento e incontinencia urinaria. En la dimensión reposo y sueño, el 100% de los cuidadores indican que es importante que la persona no duerma durante el día. En cuanto a movilizar en cama una persona postrada con cambios de posición el 86,0%, de los cuidadores opinan que es necesario tenerla sentada en la habitación por lo menos 3 horas en el día 40%. En cuanto a la hidratación para el 46.6% de los cuidadores tiende a secarse y necesita cremas y masajes. El nivel de cumplimiento en la dimensión respiración el 73,3% de los cuidadores opinan que se debe tener cuidado pues el paciente podría tener alguna complicación. En la dimensión higiene y confort el 93,0% de los cuidadores opinan que la habitación debe mantenerse limpia y en orden. Luego podemos concluir que existe relación entre las variables además se observa que los valores de significancia son menores a 0,05 lo que indica que la relación entre las variables es significativa (14)

Vásquez; Haydee; En su monografía: La Familia como Cuidadora de Adultos Mayores. Chota 2013; con el objetivo de Describir y analizar la situación actual

del cuidado familiar en el adulto mayor y la intervención de enfermería en el cuidado familiar .llegó a la conclusión que :El cuidado de las familias en el adulto mayor a nivel internacional, nacional, regional y local se ha visto disminuido ya que en la mayoría de situaciones las familias cada vez tienen menos hijos y además, a mujer se ha ido involucrando en actividades económicas lo que disminuye el tiempo para dedicarse al cuidado del adulto mayor y es por ese motivo que más adultos cada día se ven abandonados o son llevados a lugares de cuidados o asilos. Las principales características de las familias que cuidan a los adultos mayores son aquellas familias donde aún las mujeres no se han dedicado a actividades o son familias que asumen este rol pero que muchas veces terminan siendo afectadas por los fenómenos de cuidado, ya que al no estar preparadas son afectadas tanto emocionalmente como físicamente llevando con esto al fenómeno llamado cansancio del cuidador. La intervención de enfermería en la participación de la familia como cuidadora del Adulto Mayor en la promoción, alcance y mantenimiento de la salud, para que las familias que asumen el rol de cuidadores de los adultos mayores se comprometan y además se preparen y conozcan los efectos de cuidar al adulto mayor (15)

2.2 Bases teóricas

La Teoría de Enfermería a utilizar es: La Teoría del Auto cuidado de Dorothea Orem

La base científica de esta investigación está conformada por La Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem, la cual está integrada por tres teorías: Teoría de Auto cuidado, Teoría del Déficit de Auto cuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano, a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida (16)

Así mismo en su teoría del Déficit del Auto cuidado, nos refiere que esta se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el auto cuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de auto cuidado conocida (17)

2.3 Conceptual

Cuidados básicos del adulto mayor

CUIDADOS

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida (18)

Por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. Presenta una doble dimensión: “material”- corporal, e “inmaterial”-afectiva (19)

HIGIENE DEL ADULTO MAYOR

La higiene es una necesidad básica del ser humano y un método esencial para prevenir problemas cutáneos, infecciones y malestar, al mismo tiempo que ofrece una sensación de bienestar. Por tanto, el cuidador debe asegurar que el anciano tenga una higiene adecuada, y en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo, tendrá que brindarle su ayuda. Este apartado se centrará en la higiene corporal y por lo tanto se presentan recomendaciones de cómo llevar esta a cabo, así como la del periné, además de detenerse en los cuidados del cabello, boca, ojos, oídos, nariz, uñas y el afeitado/depilado.

LA HIGIENE

El concepto de higiene hace referencia a todas aquellas medidas dirigidas a la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad. Se habla así de

hábitos higiénicos referidos a la dieta, al ejercicio físico, a las posturas corporales, al sueño, etc.

La higiene es una necesidad básica del ser humano, que debe ser cubierta para alcanzar un bienestar físico, psíquico y social. Es, por lo tanto, uno de los cuidados de mayor importancia que deben prestarse a la persona mayor. La piel es la principal destinataria del aseo. Es la cubierta externa del organismo y presenta diversas funciones. Proteger las estructuras y órganos internos de la entrada de microorganismos, sustancias tóxicas, rayos solares, etc., previene de la pérdida de agua, actúa como regulación térmica y es el órgano del tacto. Por todo ello, es preciso mantenerla en condiciones óptimas a través de la higiene.

El objetivo principal del aseo es la limpieza y la hidratación, y como consecuencia el del bienestar del anciano. Hay que aprovechar este momento para observar el estado de la piel y valorar la existencia de alteraciones, respetando al máximo la intimidad de la persona y procurando crear un clima agradable. Cabe señalar que antes de proceder al aseo es necesario tener en cuenta las capacidades del anciano y su grado de dependencia con respecto a esta tarea, con el fin de planificar los pasos a seguir. Nunca se deberá realizar ninguna tarea que el adulto mayor pueda llevar a cabo por sí mismo. Por el contrario, hay que fomentar la autonomía del individuo, facilitando su participación en el proceso mediante supervisión o ayuda, ya sea verbal o física. Así, para lograr la máxima independencia del anciano es necesario que en el baño haya el menor número de elementos posible y que estos se encuentren siempre accesibles y ordenados. Además, se pueden colocar junto al espejo diversos carteles informativos que le recuerde de los pasos a seguir, bien sea mediante texto o con dibujos. Por otra parte, cuando uno se encuentra ante una persona mayor dependiente existen dos técnicas de realización de la higiene: con ayuda parcial o total. La principal meta, como se ha comentado en párrafos anteriores, es lograr su autonomía en el mayor grado posible. Por lo tanto, si el anciano puede colaborar en el aseo, la técnica a utilizar será la de la ayuda parcial. Solo en el caso de dependencia total se realizará una higiene con ayuda total. De igual manera, si el grado de funcionalidad del anciano lo requiere, es conveniente

hacer uso de ayudas técnicas, tales como sillas de baño, agarradores, etc. Se preferirá el plato de ducha a la bañera, procurando tener dispositivos antideslizantes para prevenir caídas. Asimismo, el adulto mayor debe estar informado del procedimiento que se va a llevar a cabo, con el fin de disminuir su ansiedad y procurar su colaboración. Por tanto, existen diversas pautas para llevar a cabo una correcta higiene del anciano y los cuidados relacionados con ella. Preparación para la higiene corporal Para lograr que el aseo sea sencillo y agradable tanto para el adulto mayor como para la persona cuidadora, es fundamental preparar previamente todo aquello que va a ser necesario y crear un entorno agradable y seguro. Para ello se deben seguir las siguientes pautas:

- Procurar en todo momento la intimidad y dignidad de la persona mayor.
- Explicarle lo que se va a realizar y solicitar su colaboración.
- Facilitar el procedimiento para que el anciano realice aquellas tareas que pueda desempeñar por él mismo y animarle a hacerlo, sin importar el tiempo que tarde.
- Mantener la habitación en la que se va a llevar a cabo el aseo a una temperatura adecuada (entre 22 y 25 °C), evitando las corrientes de aire.
- Tener a mano una silla por si el anciano necesita sentarse.
- Tener a punto las ayudas técnicas, si se dispone de ellas.
- Preparar el material necesario para realizar el aseo: champú, gel, esponja, cepillo, toalla, crema hidratante, etc.
- El gel debe tener un pH neutro, con el fin de evitar irritaciones en la piel. Si la persona se asea sola, hay que procurar que todo el material necesario esté ordenado y accesible en el baño.
- Tener en un sitio cercano la ropa limpia para después del aseo, y absorbentes (pañal, compresa) en caso de que el adulto mayor lo necesite.

- Comprobar la temperatura del agua antes de comenzar el procedimiento (entre 35° y 36 °C). Evitar que permanezca más de 15 minutos en contacto con el agua, para evitar maceraciones.

HIGIENE CON AYUDA PARCIAL:

Se llevará a cabo cuando el anciano necesite ayuda para desempeñar ciertas acciones relacionadas con la higiene y, por lo tanto, es necesaria la intervención de otra persona para llevarla a cabo de forma adecuada. La ayuda que se presta al adulto mayor va desde el recuerdo o estímulo verbal, pasando por carteles informativos, hasta la ayuda física y el desempeño de ciertas tareas por parte del cuidador. Además de las pautas enumeradas en el apartado “Preparación para la higiene corporal”, será necesario seguir las siguientes recomendaciones para realizar la higiene con ayuda parcial:

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Ayudar al anciano a quitarse la ropa.

1.- Proceder al lavado siguiendo la siguiente secuencia:

- Cara con agua solamente.
- Resto del cuerpo de arriba abajo con esponja y jabón.
- Por último, enjabonar genitales y periné.
- Enjuagar con agua limpia.
- Secar evitando el frotamiento con el fin de no alterar la integridad de la piel.
- Poner especial interés en las zonas de pliegues (cuello, axilas, ingles, bajo las mamas, espacios interdigitales, glúteos, etc.), tanto en el lavado como en el secado. · Aplicar crema hidratante, especialmente en zonas de presión y de prominencias óseas. Dejar que la piel la absorba antes de proceder al vestido.

- Ayudar al anciano a vestirse y dejar en una posición adecuada y cómoda.
- Recoger la ropa sucia y el material utilizado en el aseo.

Higiene con ayuda total. Paciente encamado:

La higiene con ayuda total se realizará en adultos mayores que no puedan desempeñar por sí mismos ninguna de las acciones que requiere el aseo. Este suele ser el caso de inmobilizados, encamados, con pérdida importante de la capacidad funcional o con deterioro cognitivo. Para llevar a cabo la higiene con ayuda total deben seguirse las siguientes pautas, además de las enunciadas en el apartado “Preparación para la higiene corporal”:

- Preparar ropa limpia para la cama si es necesario cambiarla.
 - Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Retirar la ropa que cubre al paciente.
- Posicionar al paciente en decúbito supino.
- Desnudarlos, procurando que no quede completamente desnudo durante el aseo (colocar por encima una toalla, sabana, etc., e ir descubriendo por zonas para realizar el lavado y secado). Lavar al anciano por partes: enjabonar una zona, enjuagarla, secarla sin frotar y cubrirla antes de pasar a otra zona.
- Evitar que se moje la cama (colocar debajo del paciente una toalla o algún dispositivo impermeable).
- Lavar de arriba abajo al paciente por la zona frontal siguiendo el siguiente orden:
 - Cara, sin jabón.
 - Cuerpo de arriba a abajo con esponja y jabón evitando el periné.

A continuación, se pondrá al adulto mayor en decúbito lateral para realizar el aseo de la zona dorsal de arriba abajo con esponja y jabón, evitando la zona glútea.

- Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino para realizar el lavado del periné.
- Prestar especial atención a las zonas de pliegues cutáneos, tanto en el lavado como en el secado.
- Cambiar el agua cuando sea necesario, sobre todo antes de lavar la región genital.
- Hidratar la piel dejando que se absorba el producto antes de ponerle la ropa.
- Vestir al paciente.
- Cambiar la ropa de la cama.
- Dejar al anciano colocado en una posición adecuada y cómoda.
- Recoger la ropa sucia y el material utilizado en el aseo.

Cuidados del cabello

Si no existe contraindicación, el cabello debe lavarse al menos una vez por semana. Los días que no toca lavarlo, habrá que peinarlo al finalizar el aseo. Debe evitarse echar colonia en los cabellos canosos, dado que los amarillea. Las recomendaciones para realizar el lavado del cabello son:

- Si es posible, hacer el lavado en la ducha o sobre el lavabo, ya que conlleva menor dificultad. u Si ha de realizarse en la cama, colocar la cama recta y a la persona en decúbito supino, procurando que la cabeza salga por uno de los bordes de la cama (sujetarla para que no cuelgue)

- Colocar un empapador debajo de los hombros del adulto mayor. Se pueden utilizar tapones para los oídos con el fin de evitar que se introduzca el agua en el conducto auditivo. Situar la palangana debajo de la cabeza del paciente.
- Mojar el cabello.
- Lavar con champú masajeando el cuero cabelludo suavemente.
- Enjuagar con abundante agua limpia.
- Retirar el empapador y los tapones de los oídos (si hubiese sido necesario ponérselos).
- Secar el cabello con una toalla. Si se utiliza secador, tener cuidado de no provocar quemaduras.
- Peinar.

Cuidados de la boca

El lavado de la boca debe hacerse después de cada comida y siempre que sea necesario. Si el anciano puede hacerlo por sí mismo, se le debe proporcionar un cepillo pequeño y suave y pasta dentífrica. En personas mayores que no puedan llevar a cabo el lavado de la boca por sí mismas, se deben seguir las siguientes pautas:

- Cubrir el tórax con un empapador.
- Enrollar una gasa en un depresor y empaparla en antiséptico bucal.
- Limpiar con ella toda la cavidad bucal del anciano (dientes, encías, lengua, zona interna de las mejillas), utilizando la técnica de arrastre.
- Repetir el proceso con varias gasas si es necesario.
- Secar la boca.
- Aplicar bálsamo labial.
- Si el anciano tiene prótesis dental, se retirará antes de proceder a la limpieza de la cavidad oral y durante las horas de sueño, momento en la que se

dejará limpia en un vaso de agua. La prótesis debe lavarse con un cepillo de dientes y dentífrico o con alguna solución antiséptica

Cuidados de los ojos

Para realizar el lavado de los ojos se utilizarán gasas humedecidas con suero salino fisiológico. Se procederá a la limpieza con el ojo cerrado, arrastrando con la gasa las secreciones desde el lagrimal hasta el ángulo externo del ojo. Es necesario resaltar que se ha de utilizar siempre gasas distintas para cada ojo.

Cuidados de los oídos

La limpieza de los oídos no debe realizarse con bastoncillos, sino con agua y jabón, frotando suavemente el pabellón auricular y evitando que estos productos penetren en el conducto auditivo con el fin de evitar molestias e irritaciones. Por último, se procederá al secado. Si el anciano utiliza audífono, debe retirarse durante la noche y limpiar los restos de cerumen que se hayan adherido a él.

Cuidados de la nariz

Las secreciones deben limpiarse con un pañuelo o gasa. En el caso de que estén muy espesas y endurecidas, puede facilitarse su salida irrigando las fosas nasales con unos milímetros de suero salino fisiológico. El vello que sobresale de los orificios nasales puede recortarse para evitar molestias. Cuidados de las uñas de manos y pies Las uñas de las manos y los pies de la persona mayor deben cortarse rectas o limarse, evitando acercarse en exceso la unión entre la uña y la piel. Hay que limpiar también la suciedad acumulada entre la uña y el dedo. Si las uñas están muy duras, pueden ponerse previamente a remojo con agua templada durante cinco minutos con el fin de ablandarlas.

Prestar especial atención en ancianos con afectación de la sensibilidad (como es el caso de los pacientes diabéticos) y valorar la derivación a un podólogo para realizar el mantenimiento de los pies.

Cuidados del periné Además de las recomendaciones generales para la higiene corporal expuestas en apartados anteriores, el modo de abordar la higiene de la zona genital del adulto mayor es el siguiente:

- Colocar al anciano en decúbito supino si está encamado.
- Si usa pañal, se retirará o se dejará como empapador siempre y cuando esté limpio y no vaya a ensuciar una zona ya aseada (si el paciente está encamado).
- Verter agua jabonosa en el periné dejando siempre que fluya de la zona más limpia a la más sucia con el fin de evitar infecciones urinarias (de pubis a ano). u En mujeres:
- Separar los labios mayores y menores para acceder al meato urinario y a la vagina. u En hombres:
- Humedecer pene y escroto.
- Retirar el prepucio y lavar el glande.

Para asear glúteos y ano, en caso de ancianos encamados, será necesario colocar al paciente en decúbito lateral. Si existen restos de heces, limpiar antes de proceder al lavado.

- Aclarar con agua.
- Secar muy bien la zona sin frotar haciendo especial hincapié en los pliegues.
- Si se aplica crema hidratante, utilizar la cantidad justa que pueda absorber la piel, esperando a que lo haga antes de proceder al vestido o colocación del pañal.

Afeitado y depilación

Tanto en el afeitado como en la depilación deben tenerse en cuenta las preferencias de la persona mayor y se realizarán siempre antes de llevar a cabo el aseo. El método utilizado para el afeitado debe ser adecuado para la piel del rostro del anciano. En caso de pieles muy sensibles o si al adulto mayor le tiembla el pulso y se afeita él mismo, se ofrecerán maquinillas eléctricas frente a las manuales para evitar cortes e irritaciones. Para la depilación hay que tener

en cuenta que la técnica usada no produzca irritaciones ni quemaduras. Después del afeitado y la depilación hay que aplicar una loción calmante e hidratante.

Alimentación y nutrición:

El estado nutricional de la persona mayor tiene importantes repercusiones en su salud y calidad de vida. Aunque sus requerimientos calóricos están disminuidos por los cambios fisiológicos del envejecimiento es frecuente encontrar ancianos malnutridos. Por tanto, es muy importante tener en cuenta las recomendaciones que en este apartado se dan respecto a la alimentación y nutrición en el anciano, así como también los distintos tipos de dieta, con el fin de facilitar la elaboración de menús que garanticen un estado nutricional adecuado y la administración de los mismos.

Alimentación y nutrición en el anciano

Los cambios fisiológicos inherentes al proceso del envejecimiento hacen que se modifique el estado nutricional de la persona mayor y, con ello, las necesidades de nutrientes con respecto al adulto joven. La malnutrición es una patología muy común en la población anciana y tiene múltiples repercusiones, lo que afecta a su calidad de vida de manera importante. Favorece la aparición de enfermedades y el empeoramiento de las ya existentes, dificulta el proceso de recuperación de cualquier patología, aumenta el grado de dependencia o el riesgo de sufrirla, el riesgo de caídas, la incidencia de úlceras por presión, etc. Por todo ello, se debe facilitar al adulto mayor una alimentación adecuada con el fin de mejorar su estado nutricional o mantenerlo en el caso de que este sea adecuado. Uno de los problemas más comunes al que uno se enfrenta con respecto a la alimentación en el anciano es la inapetencia. Aunque sus causas son diversas, a menudo se debe a la alteración de los sentidos, especialmente el gusto y el olfato. Para abordar este problema, los platos deben presentarse de forma que resulten atractivos, con pequeñas cantidades, ligeramente condimentados y adaptados a sus gustos en la medida de lo posible. Otras causas que comúnmente dificultan la alimentación en la persona mayor son los problemas de la cavidad oral como la falta de piezas dentales o la movilización de las mismas. La manera de solventarlo es adaptar la textura de los alimentos a las necesidades del individuo

Recomendaciones nutricionales en el adulto mayor

La nutrición es un proceso involuntario que consiste en la transformación y asimilación de los alimentos para poder ser utilizados por el organismo. A pesar de no existir recomendaciones definitivas con respecto a las necesidades nutricionales de los adultos mayores, se han definido pautas macro y micronutrientes con el fin de facilitar la elaboración de dietas y menús, en las cuales es necesario detenerse. Energía Los requerimientos calóricos en los ancianos están disminuidos debido a la reducción de la actividad física, la masa muscular y el gasto energético total. Las recomendaciones genéricas del aporte calórico al día según el tipo de anciano ante el que uno se encuentra son:

- Sano: 20 Kcal/kg.
- Enfermo: 30 Kcal/kg.
- Desnutrido: 30-38 Kcal/kg.

Macro nutrientes

Se consideran macro nutrientes: proteínas, hidratos de carbono y grasas. Cabe, además, tener en cuenta la fibra por su gran relevancia en la alimentación del adulto mayor.

Proteínas: el aporte de proteínas en el anciano debe oscilar entre 1 y 1,5 g/kg/día, suponiendo entre un 15% y un 30% del aporte energético total diario. Para garantizar el aporte de aminoácidos esenciales, se recomienda que las proteínas ingeridas sean de alto valor biológico, correspondiendo un 60% a proteínas de origen animal y un 40% a proteínas de origen vegetal.

Hidratos de carbono: se recomienda un aporte diario de 130 g, debiendo estos constituir entre el 46% y el 65% del aporte energético total. Los hidratos de carbono deben ser complejos y preferiblemente con alto contenido en fibra, de manera que se garantice el aporte diario de este componente.

Grasas: las grasas deben suponer entre un 20% y un 35% del total de calorías ingeridas. Deben dejarse a un lado las grasas saturadas, dando prioridad a las mono insaturadas y muy especialmente a las poli insaturadas.

Fibra: la fibra tiene múltiples beneficios en el organismo, desde la mejora del tránsito intestinal hasta la prevención de ciertas patologías, como los problemas cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. El aporte diario de fibra en el anciano debe estar entre los 20 y los 30 g, distinguiéndose dos tipos:

- Fibra soluble o fermentable: tiene que suponer el 40% del aporte diario de fibra. Aumenta la salivación y favorece la absorción de agua y electrolitos, retrasando el vaciamiento gástrico y el tránsito intestinal. Contribuye a la disminución de la diarrea.
- Fibra insoluble o no fermentable: debe suponer el 60% del aporte diario de fibra. Acelera el vaciamiento gástrico y el tránsito intestinal, aumenta la masa fecal y reblandece las heces. Es decir, mejora el proceso de estreñimiento.

Micronutrientes

Con el término micronutriente se hace referencia a las vitaminas y minerales, que deben ser aportados al organismo en pequeñas cantidades a través de la dieta. Las necesidades de estos nutrientes variarán según el sexo del adulto mayor, las patologías que sufre y los estados carenciales. En la población anciana es común el déficit de vitamina B12 y, en cuanto a los minerales, es frecuente la aparición de niveles bajos de calcio y hierro. Para decidir si es necesario o no suplementar el aporte de micronutrientes hay que tener en cuenta la sintomatología de la persona mayor.

Relación de micronutrientes necesarios para el adulto mayor. Micronutrientes
Cantidad diaria recomendada

- Vitamina A 700-900 µg ,
- Vitamina B1 1,1-1,2 mg,
- Vitamina B6 1,5-1,7 mg,

- Vitamina B12 2,4 µg
- Vitamina C 75-90 µg,
- Vitamina D 10 µg,
- Vitamina E 15 µg,
- Vitamina K 75-120 µ,g
- Folato 400 µ
- Calcio 1.200 mg,
- Yodo 150 µg,
- Hierro 8 mg,
- Magnesio 1,8-2,3 mg,
- Fósforo 700 mg,
- Zinc 8-11 mg,
- Selenio 55 µg.

Agua y/o líquidos

El envejecimiento conlleva una disminución de los líquidos corporales, lo que unido a la reducción de la sensación de sed puede provocar estados de deshidratación en el adulto mayor. Por ello es muy importante asegurar el aporte hídrico diario. La cantidad mínima de líquidos necesaria para el anciano oscila entre 20 y 45 ml/kg/día, lo cual supone, de manera general, entre 1 y 1,5 litros de líquido diario para cubrir las necesidades diarias del organismo. Ingesta dietética en el adulto mayor La alimentación es el proceso voluntario a través del cual se toman alimentos del exterior. La ingesta dietética en el anciano debe repartirse en cuatro tomas, que pueden ampliarse a cinco si se añade un refrigerio a media mañana. La distribución sería:

- Desayuno: 20-25% de la ingesta diaria.
- Comida: 30-35%.
- Merienda: 10-15%.
- Cena: 25-30%.
- Refrigerio de media mañana: el resto.

Como se ha indicado, es importante dejar al anciano comer sin prisas, ofrecer raciones preferiblemente pequeñas con una presentación atrayente y una textura adecuada a sus capacidades/necesidades. Asimismo, se debe adaptar la alimentación a los gustos de la persona mayor en la medida de lo posible y no condimentar los platos en exceso. Por otra parte, hay que evitar dar de comer al adulto mayor cuando tiene capacidad para hacerlo por sí mismo. Por el contrario, habrá que animarlo a que lo haga él solo con el fin de fomentar su autonomía, independientemente del tiempo que le lleve. De igual manera, se debe estar atento a los alimentos que le producen malestar, ya que es común la intolerancia a ciertos nutrientes, como el gluten o la lactosa, que alteran su estado nutricional y el proceso digestivo. Para abordar la obesidad en el adulto mayor no se recomiendan las dietas restrictivas, dado que puede desembocar en déficits nutricionales. La intervención adecuada será el fomento de la actividad física, en función de sus capacidades

Tipos de dieta

Existen numerosas ocasiones en las que hay que adaptar la dieta del anciano, o bien porque el aporte calórico o de nutrientes sea insuficiente o bien por su seguridad, ante problemas de disfagia, bajo nivel de conciencia, problemas en la cavidad oral o en el tubo digestivo, etc. La vía de alimentación de elección, si no hay nada que lo impida, será la oral con el fin de mantener activo el sistema digestivo. Si no es posible utilizarla, se hará a través de otras vías menos fisiológicas.

Nutrición oral

Los cambios acontecidos en el proceso de envejecimiento afectan a todos los órganos y sistemas, así como también al aparato digestivo. Por ello, se necesita modificar los hábitos de alimentación y los compuestos de la misma, de manera que los compuestos nutricionales deben estar acorde a las características fisiológicas, el grado de actividad y ejercicio que realice y la situación de salud de la persona mayor. Alimentación tradicional Como se ha comentado anteriormente, las características individuales de cada adulto mayor van a

condicionar el tipo de alimentación a seguir Raciones diarias recomendadas para el adulto mayor. Grupos alimentarios Cantidad diaria recomendada

- Grasas y aceites 3-4 cucharadas soperas
- Leche, yogur y queso 3
- Carne, aves, pescado, frutos secos y huevo 2
- Verduras 2-3
- Frutas 2-3
- Pan, arroz y pasta 4-6
- Agua 5-8 vasos.

Se conservará siempre que sea posible, adaptándola a las necesidades del adulto mayor. Por lo general, deberá ser de fácil digestión, poco condimentada, con platos atractivos, variados y servidos a una temperatura adecuada. El consumo de grasas saturadas (mantequilla, embutido, tocino, etc.), sal, azúcares simples (azúcar, repostería, caramelos, etc.) y condimentos fuertes debe reducirse al máximo, y aumentar la ingesta de proteínas de alto valor biológico (carne preferiblemente blanca, pescado, huevos, lácteos), verduras, frutas e hidratos de carbono complejos que contengan fibra (cereales integrales, arroz, etc. (20)

Preferir los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor. Evitar el uso excesivo de sal y azúcar.

La última comida debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo, a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, cuatro comidas diarias.

Mantener su peso ideal, de acuerdo a su talla, edad y estatura (21)

Es importante que el anciano coma lentamente, introduciendo bocados pequeños en la boca. Si existe dificultad en la deglución, se le instará a que incline la cabeza hacia el tórax antes de tragar. Si aparece carraspeo, tos, náuseas o regurgitación durante la ingesta, deberá interrumpirse la comida. Se

evitará realizar curas u otros procedimientos dolorosos justo antes de ofrecer los alimentos, ya que el malestar y el dolor pueden contribuir a la disminución del apetito. Asimismo, debe procurarse que el anciano no se tumbe inmediatamente después de comer para facilitar el proceso digestivo. Es importante señalar que el aseo bucal debe fomentarse después de cada comida.

Alimentación básica adaptada

Son preparados similares a los tradicionales adaptados a las necesidades del anciano con respecto a la consistencia, la textura y la cantidad de ciertos nutrientes. Existen, por lo tanto, diversas opciones de adaptación.

Cambio de consistencia: se puede optar entre dieta de fácil masticación, blanda, triturada (puré, papilla, compota, etc.) o líquida. Si existen problemas estenosantes, se optará por una dieta más líquida, mientras que si el anciano presenta disfagia, deberá ser más espesa. No se aconseja dar de comer con jeringa.

Cambio de textura: la textura deberá ser uniforme especialmente si existen problemas de masticación o deglución. Se evitará combinar texturas en el mismo plato, y si es preciso, se utilizarán espesantes (harina, yema de huevo, gelatina, agua gelificada, espesante en polvo, etc.).

Adición de nutrientes: para enriquecer los alimentos con proteínas se utilizará clara de huevo, lácteos, latas de atún, etc.; para aumentar las calorías ingeridas se añadirá a las comidas aceite de oliva, nata, chocolate, frutos secos, etc.; y para incrementar el aporte de vitaminas se ofrecerán zumos, ensalada, gazpacho,

Suplementos nutricionales orales

Son preparados comerciales de alto contenido nutricional que se utilizan para alimentación única cuando el estado del adulto mayor lo requiere. Existen varias presentaciones: en polvo, líquido, crema, pudín o barritas. Se pueden encontrar dos tipos de suplementos:

-Suplementos con fórmulas completas: contienen todos los nutrientes necesarios para garantizar un estado nutricional adecuado. Pueden utilizarse como complemento de la dieta base o como dieta única.

- Suplementos con fórmulas no completas o modulares: aportan distintos nutrientes a la dieta del anciano. Siempre que el suplemento se utilice para complementar la dieta de la persona mayor, deberá administrarse fuera de las comidas.

Nutrición enteral

La nutrición enteral es aquella en la que se introduce el alimento al tubo digestivo a través de una sonda, ya sea naso gástrico o abocado a una ostomía. Su uso es controvertido, ya que no se ha demostrado que mejore la calidad de vida, el estado funcional ni reduzca el tiempo de recuperación de una enfermedad o de estancia hospitalaria. Se recomienda su uso en ancianos con una ingesta oral insegura o inviable, siempre y cuando su estado clínico sea estable y se estime que esta forma de nutrición va a mejorar un proceso patológico o su calidad de vida. No está indicada en pacientes terminales. La nutrición enteral no es una decisión médica, sino que el paciente y sus familiares tienen que dar el visto bueno. Una vez aceptado, hay que formar al anciano, si tiene capacidad, y/o al cuidador para que sean capaces de administrar la alimentación y realizar los cuidados que requiere la sonda antes de regresar a su domicilio. La alimentación enteral consiste en preparados comerciales. Además, existen dos pautas distintas para administrarla:

· Continua: se administra durante las 24 horas, por goteo o con bomba de infusión.

· Intermitente: es la más fisiológica. Se administra un número determinado de tomas al día.

Las pautas a seguir son las siguientes:

- Siempre que sea posible, el paciente debe estar en posición de Fowler o semi fowler y mantenerse así un tiempo después de la ingesta.

- Antes de administrar la toma debe comprobarse si existe o no residuo gástrico. Para ello debe aspirarse el contenido del estómago con una jeringa a través de la sonda y tras comprobar la cantidad se vuelve a introducir en el estómago. Si el residuo excede de la cantidad determinada por el médico, no se infundirá la nueva toma.

- Cargar el alimento en una jeringa (normalmente de 50 ml), conectarla a la sonda e infundir a una velocidad no superior a los 20 ml/minuto

Después de la administración del alimento es preciso lavar la sonda con 50- 100 ml de agua para garantizar su permeabilidad.

Nutrición parenteral

Por nutrición parenteral se entiende la administración de nutrientes a través del flujo sanguíneo, mediante una vía periférica o central. Al igual que ocurre con la nutrición enteral, su uso es controvertido y eleva mucho el gasto sanitario, por lo que se prefieren otras formas de alimentación siempre que sea posible. La composición de fórmulas nutricionales será pautada por el médico que asista al adulto mayor.

MOVILIZACIÓN: HIGIENE POSTURAL

Conforme se envejece, uno de los deseos más frecuentes de las personas mayores suele ser el de mantenerse con la máxima independencia el mayor tiempo posible, para evitar problemas hacia ellos mismos o los derivados a terceras personas (sobre todo a familiares). La marcha normal parte de una situación de estabilidad en bipedestación en la que intervienen tres fases diferenciadas: una fase de despegue, en la que se impulsa la extremidad y se levanta el talón del suelo; una siguiente fase de avance, donde la extremidad se eleva y se desplaza hacia delante mientras que la extremidad contraria soporta la carga; y finalmente la fase de apoyo en el suelo, momento en el que despeg

la extremidad contra lateral. En todo este proceso, las piernas y los brazos llevan un sentido de movimiento inverso, por ejemplo, mientras avanza la pierna izquierda el brazo del mismo lado se desplaza hacia atrás para mantener el equilibrio. No obstante, el envejecimiento fisiológico es responsable de la aparición de una serie de modificaciones en la marcha o de ambulación que dificultan la capacidad del mismo para desplazarse. Destaca la disminución de la base de sustentación y la realización de marcha con pequeños pasos o “marcha de pato” (en mujeres), la disminución de la velocidad de la marcha, el arrastre de los pies y menor balanceo de brazos y la mayor anchura de la zancada (hombres), junto con una tendencia al valgo en ambos sexos que origina una condición más que favorable para la fractura de cuello de fémur. Dichas modificaciones generan en los ancianos ciertas sensaciones de inseguridad por el miedo a caer, incremento de la morbilidad, riesgo de caídas y, en definitiva, son un factor de riesgo para la institucionalización. En este sentido y con el objetivo fundamental de garantizar la máxima independencia a los ancianos, existen en el mercado una serie de mecanismos conocidos como “dispositivos de ayuda para la de ambulación” o “ayudas técnicas para la de ambulación” (20)

LOS CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que se realizan con el objetivo de ir alternando las zonas corporales del paciente en contacto con la cama, es decir, las áreas corporales sometidas a presión, con lo que se consigue:

- Favorecer la comodidad y bienestar del paciente.
- Evitar la aparición de lesiones de la piel y tejidos subyacentes (las UPP).
- Evitar la aparición de deformidades.
- Evitar la aparición de contracturas musculares.

La mayoría de las personas cambian de postura en respuesta a la presión que sienten en las zonas de apoyo.

Sin embargo, las personas que no sienten esta presión o que no se mueven, pueden sufrir alteraciones musculares o en la piel (úlceras por decúbito).

Es conveniente cambiar de postura al enfermo cada 2 horas aproximadamente, cuando éste permanezca en la cama.

Se puede alternar la posición supina con las posiciones laterales (derecha e izquierda) (22)

Las úlceras por presión (UPP), constituyen una de las complicaciones más frecuentes que surgen paralelas a la patología del paciente ingresado, siendo a la misma vez, uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria del personal de enfermería. De ahí, que su prevención, sea considerada uno de los principales objetivos en aquellos pacientes considerados de riesgo, y dentro de éstos se encuentra el paciente geriátrico, ya que como hemos visto en el punto anterior, todos los cambios que se producen con el envejecimiento, principalmente los cambios a nivel muscular y óseo, van a favorecer la tendencia a la inmovilidad.

A esto además, hay que sumarle los cambios que se producen a nivel de la piel, que se vuelve más vulnerable a cualquier tipo de lesión por los cambios que sufre. La úlcera por presión (también conocida como úlcera de la piel o úlcera por decúbito, aunque en la actualidad estos términos se descartan por no hacer referencia al término "presión", ni todas las úlceras se forman en decúbito), se puede definir como aquella lesión de origen isquémico (restricción del flujo sanguíneo) producida por el daño tisular debida a la acción combinada de factores extrínsecos como:

- Presión: se define como la fuerza que actúa de forma perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, es decir, producida por el propio peso del paciente y, esta fuerza, es la que va a ser responsable del aplastamiento tisular.

- Fricción: es la fuerza que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento o arrastre. Esta situación es típica en pacientes encamados o en sed estacion, donde el roce con las sábanas o superficies rugosas va a producir este tipo de fuerza, especialmente durante las movilizaciones. También nos podemos encontrar esta situación en zonas concretas y localizadas como pueden ser el pie dentro del calzado que generalmente se produce por el uso de calzado inadecuado que no se ajusta bien al pie, produciéndose movimientos de roce durante la de ambulación.

- Cizallamiento: es el resultado de la combinación de las dos anteriores, por ejemplo en la posición de Fowler, en la cual se produce un deslizamiento del cuerpo que puede ocasionar fricción sobre la zona del sacro y a la vez, presión sobre la misma zona.

- Maceración o humedad: la presencia mantenida de humedad (sudor, orina, drenajes, vómitos, etc.), va a producir un reblandecimiento y reducción de la resistencia de la piel a los factores mencionados anteriormente.

Además de estos factores extrínsecos, interviene otro factor fundamental que es la relación presión-tiempo, por tanto, la acción de estos factores de una forma prolongada, producirá un aplastamiento tisular entre dos planos duros: uno formado por el propio tejido del paciente (generalmente zonas de protuberancias óseas) y otro formado por aquel donde descansa el tejido del paciente (cama, sillón, objeto, etc.). Como consecuencia de este aplastamiento tisular prolongado, se producirá una disminución del riego sanguíneo y por consiguiente, una disminución del aporte de oxígeno a determinadas zonas corporales, lo cual propiciará una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad podrá ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta la formación de úlceras profundas que afectan al músculo y evolucionar a necrosis del tejido afectado. La aparición de este tipo de lesiones supone una complicación que va a influir negativamente en la evolución del paciente.

El estado general del paciente se verá alterado por el aumento del riesgo de infección, así como por las posibles complicaciones metabólicas.

- Su aparición va a influir en la estancia hospitalaria del paciente, viéndose aumentado el tiempo de recuperación.
- Van a ocasionar al paciente pérdida de autoestima, independencia y autonomía.
- Pueden influir en el deterioro y complicación de un tratamiento integral (23)

Síntomas

Las úlceras de decúbito se agrupan por la gravedad de los síntomas. La etapa I es la más leve. La etapa IV es la peor.

- **Etapa I:** un área enrojecida y dolorosa en la piel que no se torna blanca cuando se le presiona. Esta es una señal de que se está formando una úlcera de decúbito. La piel puede estar caliente o fría, firme o suave.
- **Etapa II:** se forman ampollas en la piel o una llaga abierta. El área alrededor de la llaga puede estar roja e irritada.
- **Etapa III:** la piel desarrolla ahora un agujero abierto y hundido llamado cráter. El tejido por debajo de la piel está dañado. Usted puede ver grasa corporal en el cráter.
- **Etapa IV:** la úlcera de decúbito se ha vuelto tan profunda que hay daño en el músculo y el hueso y, a veces, en los tendones y las articulaciones.

CUIDADOS

En todas las etapas se debe:

- Alivie la presión en la zona.

Use almohadas, cojines de espuma, botines o colchones especiales para reducir la presión. Algunas almohadillas están llenas de agua o de aire para ayudar a brindar soporte y amortiguar la zona.

- Cambie de posiciones con frecuencia. Si está en una silla de ruedas, trate de cambiar su posición cada 15 minutos. Si está en la cama, lo deben mover más o menos cada 2 horas
- En caso de una úlcera en etapa I, (área o zona enrojecida) puede lavar la zona suavemente con un jabón suave y agua secar sin frotar. Si es necesario, utilice una barrera anti humedad para proteger la zona de los fluidos corporales algún tipo crema hidratante y/o aceite a usar.

Las úlceras de decúbito en etapa II deben limpiarse con un enjuague de agua salada (solución salina) para eliminar el tejido suelto y muerto (24)

Las UPP se van a localizar normalmente en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias óseas. Así, las zonas del cuerpo susceptibles de sufrir una lesión cutánea van a variar dependiendo de la posición del paciente, por lo que nos vamos a encontrar:

1. En decúbito supino

- Occipucio.
- Escápula
- Codos.
- Cresta iliaca
- Sacro.
- Coxis.
- Pantorrilla.
- Talones.

2. En decúbito lateral:

- Orejas.
- Hombro.
- Codos.
- Espina ilíaca
- Trocánter.
- Muslo.
- Cara interna y externa de la rodilla
- Maléolo interno y externo.

3. En decúbito prono

- Mentón.
- Costillas.
- Mamas (principalmente en la mujer).
- Genitales (principalmente en el hombre).
- Espinas ilíacas.
- Cara anterior del muslo.
- Rodilla.
- Espina tibial anterior.
- Dedos de los pies.

4. Posición de Fowler o Semi-Fowler

- Codos.
- Escápula.
- Región sacra.
- Región isquiática.
- Zona posterior de la rodilla.
- Planta del pie

POSICIONES EN LOS CAMBIOS POSTURALES

Sentado:

La colocación de almohadas de modo apropiado para esta posición será: una detrás de la cabeza, una debajo de cada brazo, una debajo de los pies. Atención especial en esta posición a:

- No debe soportar presión sobre: omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.
- La espalda debe quedar cómodamente apoyada sobre un espaldar firme.
- No se permitirá la situación inestable del tórax.
- Procurar que los pies y las manos conserven una posición funcional.
- Velar por la autonomía del paciente, ayudándole y motivándole a que realice movimientos activos, colocarle asideros que le ayuden en su movilización.

Decúbito supino

Se acomodará al paciente colocándole una almohada debajo de la cabeza, otra debajo de los gemelos, para mantener la posición de los pies utilizaremos una más y para los brazos (opcional) dos almohadas, una para cada lado.

Atención especial en esta posición a:

- No debe producirse presión sobre los talones, sacro, cóccix, escápulas y codos.
- Debe mantener la cabeza con la cara hacia arriba, alineada con el resto del cuerpo. La colocación de la almohada debajo de las rodillas es fundamental para evitar la hiperextensión, los codos preferentemente estirados y las manos en ligera flexión.
- Piernas ligeramente separadas.
- Evitar la rotación del trocánter y la flexión del pie.

Decúbito lateral (izquierdo y derecho):

Se acomodará al paciente colocándole una almohada debajo de la cabeza, una apoyando el dorso, una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior, por último, una debajo del brazo superior. Atención especial en esta posición a:

- Evitar la presión sobre las orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas derecha e izquierda, trocánteres, gemelos, tibios y maléolos.
- La espalda estará ligeramente apoyada sobre la almohada, formando un ángulo de 45-60°.
- Las piernas ligeramente flexionadas, quedando la que está en contacto con la cama ligeramente atrasada con respecto a la otra. Los pies formarán un ángulo recto con las piernas.
- No elevar la cabecera de la cama más de 30°

Decúbito prono:

El cuerpo descansa boca-abajo.

Se coloca sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre una almohada, los brazos ligeramente flexionados rodeando la almohada, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos.

Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.

Para acomodar al paciente utilizaremos una almohada para la cara, otra para la región esternal sin coger los hombros, una pequeña entre el diafragma (por debajo de las mamas en las mujeres) y las crestas ilíacas para favorecer la expansión torácica y por último en las piernas, colocando la almohada para evitar el roce de los dedos de los pies con el colchón. Atención especial en esta posición a:

- Evitar la presión en frente, ojos, orejas, pómulos, mamas, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies.
- Poner la cabeza ligeramente girada y sin almohada (si es posible), para favorecer el drenaje de las secreciones.
- Tener en cuenta que no todos los pacientes toleran esta posición

Dispositivos de Protección:

Consideramos dispositivos de protección a aquellas superficies especiales de apoyo diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciendo o aliviando sus efectos sobre el paciente. Se incluyen dentro de este grupo: camas, colchones, colchonetas y cojines de asiento (23)

EJERCICIO FISICO

Actividad Física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado (25)

Se sabe que la actividad física declina con la edad, parte es por lo biológico pero gran parte es por la reducción de la actividad, bastante común entre gente de edad avanzada y en cierta medida causada por factores sociales que dejan la actividad física y el deporte para gente joven, por lo tanto no reciben más que desaliento en tal sentido

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar (26)

El ejercicio físico en las personas mayores tiene múltiples ventajas, no sólo a nivel físico sino también mental y emocional.

El poder realizar alguna actividad les ayudará afrontar esta etapa de la vida con mayor optimismo y a relacionarse con otros de forma sana e independiente. Además, existen incluso estudios que señalan que el ejercicio tiene la capacidad de retrasar el envejecimiento del cerebro y puede prevenir enfermedades neurodegenerativas de la tercera edad, como el Alzheimer u otro tipo de demencia senil.

Beneficios de la actividad física en personas mayores

El ejercicio físico es fundamental para que las personas mayores mantengan su movilidad y, sobretodo, para que la preserven por más tiempo.

Las personas mayores que realizan alguna actividad física son mucho más coordinados, lo que los ayuda a reducir el riesgo de accidentes como tropezones o caídas en la tercera edad

Otra gran ventaja de mantenerse activos es que su estado anímico mejora enormemente, además de que reduce el estrés y el insomnio.

Por otro lado, debido a que el ejercicio ayuda a mantener un peso adecuado y a rebajar la proporción de grasa corporal, es capaz de fortalecer la autoestima y mejorar el concepto de imagen corporal. Con ello también ayuda disminuir el riesgo de sufrir obesidad, sedentarismo y depresión.

Realizar estas actividades físicas tiene otros beneficios para la salud. No sólo los ayuda a estar más activos sino que también controla el nivel de azúcar en la sangre, mejora su presión arterial y su respiración (27)

EJERCICIOS PARA LOS ADULTOS MAYORES

Los adultos mayores inactivos pierden capacidad fundamentalmente en cuatro áreas, que son esenciales para conservar su salud y autonomía como son: la resistencia, el fortalecimiento, el equilibrio y la flexibilidad. Esta situación podría evitarse, e incluso una vez que acontece revertir a través del ejercicio.

Tipos de ejercicios

1. Ejercicios de resistencia o aeróbicos

Son ejercicios regulares mantenidos en el tiempo de intensidad asimismo regular, como por ejemplo caminar, ir en bicicleta o nadar. Se recomienda su realización al menos cinco veces por semana, con una duración de unos veinte a sesenta minutos por sesión, iniciando el ejercicio progresivamente.

2. Los ejercicios de fortalecimiento o musculación

Refuerzan y potencian la musculatura, y por tanto contribuyen a mantener o reforzar la autonomía y retrasar la dependencia. Mejoran el metabolismo, contribuyendo a mantener el peso y los niveles de glucosa (azúcar) y colesterol en sangre. Previenen la osteoporosis, poli artrosis y las caídas.

La práctica regular de ejercicios de fortalecimiento de intensidad media a moderada, como por ejemplo el levantamiento o movilización de pesas durante

2 ó 3 días a la semana, 1-3 series de 8-12 repeticiones cada una, incluyendo 8-10 grupos musculares mayores

3. Ejercicios de equilibrio

Se trata de ejercicios lentos para mantener la posición y precisión en la deambulación.

Caminar siguiendo una línea recta

Caminar con un pie seguido del otro

Subir o bajar escaleras

Caminar de puntillas o con los talones, son ejemplos de este tipo de ejercicios.

Evitan un problema muy frecuente en los mayores: las caídas, disminuyendo así los riesgos de fracturas de caderas, fractura de "colles", fracturas vertebrales, y otros accidentes.

Algunos de estos ejercicios mejoran los músculos de las piernas, otros, el equilibrio. Podemos conseguirlo efectuando ejercicios tan simples como pararse sobre un solo pie (a la "pata coja").

La práctica regular de ejercicios de equilibrio, como por ejemplo el Taichí, que combina ejercicios de resistencia y equilibrio, es eficaz para reducir las caídas en las personas mayores. Basta con practicarlo entre 1 y 7 días por semana y realizar entre 4 y 10 ejercicios diferentes.

4. Ejercicio de flexibilidad

La elasticidad y flexibilidad disminuyen con la edad y esta disminución se acentúa aún más con las deformidades óseas, con la debilidad muscular, con el acortamiento de los tendones y con la disminución de la elasticidad tisular. Por ello, es imprescindible realizar ejercicios que aumenten la amplitud de los grupos musculares mayores y de las articulaciones a través de estiramientos activos o

pasivos, aumentando la flexibilidad de los ligamentos y de los músculos. Pueden realizar estos ejercicios con una frecuencia mayor de un día por semana, con una duración de treinta a sesenta minutos por sesión y un aumento gradual de la intensidad. La distensión del músculo debe mantenerse unos 20 segundos (28)

PROGRAMA EDUCATIVO

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.

Por lo general, un programa educativo incluye el detalle de los contenidos temáticos, se explican cuáles son los objetivos de aprendizaje. Se menciona la metodología de enseñanza y los modos de evaluación y se aclara la bibliografía que se utilizará durante el curso.

Otra manera de entender el concepto de programa educativo es asociándolo a un software, que sirve para enseñar algo. En este caso, se trata de un programa informático interactivo con fines didácticos.

Un programa educativo también ser un programa de televisión que, al igual que el software, busca difundir conocimientos de manera didáctica para que el televidente pueda asimilarlos y aprender.

A lo largo de la historia de la televisión han existido numerosos programas educativos que han pretendido servir a los espectadores para que aprendieran todo tipo de conocimientos (29)

EDUCACION VIRTUAL

La educación virtual es uno de los nuevos métodos de enseñanza en la actualidad y utiliza la tecnología para educar de forma remota, eliminando las barreras de la distancia y, por qué no, tiempo.

También conocida como enseñanza en línea, hace referencia al desarrollo de la dinámica de enseñanza - aprendizaje que es realizado de forma virtual. Es decir,

existe un formato educativo en donde los docentes y estudiantes pueden interactuar diferentes al espacio presencial.

¿Cómo se aborda?

Se apoya en las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación), ya que hace uso de las herramientas que ofrecen internet y nuevas tecnologías para proporcionar ambientes educativos adecuados y de alta calidad.

Es importante tener en cuenta que la educación virtual se relaciona con la educación a distancia, la cual nació a raíz de la necesidad de cobertura de calidad educativa a personas que, por distancia y tiempo, no pueden desplazarse hacia un centro de formación físico.

La educación virtual complementa a este tipo de modalidad académica, ya que mejora las dinámicas de formación de los estudiantes y le ofrece mayor apoyo a los docentes para el desarrollo y seguimiento académico de los alumnos a cargo. Veamos a continuación, la evolución que ha tenido la educación a distancia y su relación con la educación virtual:

Ventajas y desventajas de la educación virtual

Como todo tipo de formación, la educación en línea posee ciertas ventajas y desventajas a la hora de emplearse y según el criterio de quien la emplea como su ambiente de formación.

Ventajas

- Admite el acceso a la información de manera inmediata.
- Ofrece flexibilidad sobre el manejo del tiempo a la hora de estudiar y el lugar desde el cual se realiza la conexión para estudiar.
- Ofrece autonomía sobre el proceso de aprendizaje.

Desventajas

- Si eres una persona cuyo proceso de aprendizaje se facilita con el acompañamiento presencial y/o posee problemas de concentración, tal vez la educación en línea no sea tan funcional para ti.
- Dado que la educación virtual no conoce barreras geográficas y podemos acceder a programas de formación internacionales, en muchos países y, según la legislación en este aspecto, hay fallas a la hora de validar los títulos obtenidos. (30)

ADULTO MAYOR

LA OMS, define a las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (31)

Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida. (32)

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar

la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

Categorías de clasificación del Adulto Mayor

a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable.- Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

b) Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub -aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo

c) Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

d) Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

Características de la vejez:

1. Cambios fisiológicos

Los cambios más visibles para la etapa de la vejez son los fisiológicos. Así las células del cuerpo se regeneran más lentamente, haciendo que la piel se vea arrugada por pérdida de elasticidad e hidratación. Además, disminuye la masa ósea, lo que implica una predisposición a las fracturas u osteoporosis.

Existe una reducción de la masa corporal total, esto conlleva a una posible deshidratación.

Disminución de la saliva, reducción de las encías, ausencia de dientes (necesidad de utilizar prótesis dentales).

2. Cambios nutricionales

Pueden existir modificaciones a nivel nutricional, lo que también trae como consecuencias cambios a nivel intestinal. Esto es resultado, también, de una modificación hormonal. Los cambios nutricionales pueden (sumado al sedentarismo) acompañar a un aumento de peso y estreñimiento (como modificación de la fibra bacteriana el intestino grueso)

Otro de los cambios físicos pero que repercute en lo nutricional es la alteración de las papilas gustativas. Esto altera el sabor y el olor de las comidas.

3. Comportamiento y aislamiento Debido a la falta de actividad laboral, los adultos mayores tienden al sedentarismo en el caso de los hombres. Estadísticamente se puede observar que las mujeres adultas mayores suelen tener más actividad fuera del hogar que cuando eran jóvenes. Así, esta es una etapa excelente para poder hacer todas aquellas cosas que en la edad madura no pudieron por la crianza de los hijos: estudiar, salir, viajar, etc.

En el caso de los hombres hay una tendencia al sedentarismo que, en ciertos casos puede traer consecuencias peores como entumecimiento de las extremidades. Esta tendencia opuesta entre hombres y mujeres es el resultado (según estudios) de que los hombres tuvieron una mayor actividad fuera del hogar que las mujeres en la etapa de la madurez. Por tal razón, al llegar a esta etapa, los hombres prefieren llevar una vida un poco más sedentaria que en el caso de las mujeres.

4. Funciones intelectuales: A raíz de la falta de actividad física, los neurotransmisores se lentifican haciendo que la información se procese de forma más lenta que en etapas anteriores. De este modo, las funciones como el análisis, síntesis, ingenio, imaginación, razonamiento aritmético, memoria y percepción, pueden verse alteradas o disminuidas. No obstante, la capacidad de aprendizaje se mantiene en esta edad.

5. Sentidos disminuidos:

Los órganos de los sentidos, principalmente oído y vista, se deterioran teniendo que en algunos casos utilizar lentes o audífonos para poder ver u oír bien.

6. Cambios sociales

Las relaciones sociales también cambian. Incluso dentro de la misma familia se le dan menos responsabilidades y, en ciertos casos, se los aísla de forma

inconsciente. Esto produce un decaimiento psicológico y hasta una leve depresión para los adultos mayores

7. Cambios sexuales

El deseo sexual no desaparece en la vejez. No obstante esto se ve alterado en ciertos casos por la disminución en la presión sanguínea, en particular en el caso de los hombres. Por otra parte, en el caso de las mujeres, también existen modificaciones en las zonas genitales por la falta de estrógenos.

8. Cambios en el auto concepto

Como producto de todos los cambios sociales, psicológicos y físicos, puede haber una disminución en cuanto a las capacidades y el auto concepto se ve alterado. Para contrarrestar esto, existen disciplinas como la geriatría y la gerontología que contienen a los adultos mayores evitando que la modificación del auto concepto desemboque en una depresión o falta de iniciativa.

9. Enfermedades

Algunas de las enfermedades más comunes que padecen las personas en la vejez son:

- Accidente Cerebro Vascular (ACV)
- Alzheimer
- Arterioesclerosis
- Artritis
- Artrosis
- Claudicación intermitente
- Demencia senil

- Gripe

- Hipertrofia benigna de Próstata · Malnutrición

- Mareos en los mayores

- Párkinson

- Presión arterial alta

- Problemas Visuales

- Sordera (33)

FAMILIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc. (34)

La familia es reconocida universalmente como una unidad básica de la sociedad. A pesar de los muchos cambios en la sociedad que han alterado sus roles y funciones, la familia continúa dando la estructura natural para el apoyo esencial emocional y material para el crecimiento y bienestar de sus miembros (35)

Existen varios tipos de familia:

1. Familia nuclear (biparental)

La familia nuclear es lo que conocemos como familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre y sus hijos. Las sociedades, generalmente, impulsan a sus miembros a que formen este tipo de familias.

2. Familia mono parental

La familia mono parental consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos. Suele ser la madre la que

se queda con los niños, aunque también existen casos en que los niños se quedan con el padre. Cuando solo uno de los padres se ocupa de la familia, puede llegar a ser una carga muy grande, por lo que suelen requerir ayuda de otros familiares cercanos, como los abuelos de los hijos. Las causas de la formación de este tipo de familias pueden ser, un divorcio, ser madre prematura, la viudedad, etc.

3. Familia adoptiva

Este tipo de familia, hace referencia a los padres que adoptan a un niño. Pese a que no son los padres biológicos, pueden desempeñar un gran rol como educadores, equivalente al de los padres biológicos en todos los aspectos.

4. Familia sin hijos

Este tipo de familias, se caracterizan por no tener descendientes. En ocasiones, la imposibilidad de procrear de los padres lleva a éstos a adoptar a un hijo. En cualquier caso, podemos perfectamente imaginar una unidad familiar en la que, por un motivo u otro, no se haya querido o podido tener hijos. No hay que olvidar que lo que define a una familia no es la presencia o ausencia de hijos.

5. Familia de padres separados

Cuando los progenitores se han separado tras una crisis en su relación. A pesar de que se nieguen vivir juntos deben seguir cumpliendo con sus deberes como padres. los padres separados comparten funciones, aunque la madre sea, en la mayoría de ocasiones, la que viva con el hijo.

6. Familia compuesta

Esta familia, se caracteriza por estar compuesta de varias familias nucleares. La causa más común es que se han formado otras familias tras la ruptura de pareja, y el hijo además de vivir con su madre y su pareja, también tiene la familia de su padre y su pareja, pudiendo llegar a tener hermanastros.

Se trata de un tipo de familia más común en entornos rurales que en los urbanos, especialmente en contextos en los que hay pobreza.

7. Familia homoparental

Este tipo de familia, se caracteriza por tener a dos padres (o madres) homosexuales que adoptan a un hijo. También puede haber familias homoparentales formadas por dos madres, obviamente. Aunque esta posibilidad suscita un amplio debate social, los estudios han demostrado que los hijos de padres o madres homoparentales tienen un desarrollo psicológico y emocional normal, como por ejemplo explica este informe de la APA.

8. Familia extensa

Este tipo de familia, se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa. También puede suceder que uno de los hijos tenga su propio hijo y vivan todos bajo el mismo techo (36)

LA FAMILIA PARTICIPANTE DE LOS CUIDADOS

Cuidador familiar

Se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria* a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas (37)

Normalmente, se trata de un familiar cercano (la inmensa mayoría mujeres) que, además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, debe continuar realizando las labores propias del mantenimiento del hogar.

La tarea de cuidar no se puede definir en el tiempo, ya que en ocasiones sólo se trata de unos pocos meses, pero en otras, de largos años que afectarán

lógicamente a todo el entorno del cuidador. Por eso, no hay que olvidar que cuidarse a sí mismo es tan importante como cuidar.

A veces la situación de dependencia llega de manera repentina y otras veces el cuidador va viendo poco a poco cómo su familiar cada día precisa más ayuda para moverse. Cualquiera de las dos situaciones supone un desgaste físico y psicológico que puede afectar seriamente a su salud. Los cuidadores familiares desempeñan un papel fundamental en el cuidado de las personas mayores con enfermedades crónicas. Aunque los vecinos y los amigos pueden ayudar, alrededor del 80% de la ayuda en el hogar (física, emocional, social y económica) la proporcionan los cuidadores familiares. A menudo, los cuidadores familiares pueden retrasar o incluso evitar la necesidad de cuidados en asilos.

La cantidad y el tipo de atención proporcionada por los miembros de la familia dependen de los recursos económicos, la estructura familiar, la calidad de las relaciones y otras demandas de tiempo y energía. Algunos cuidadores familiares proporcionan una ayuda mínima (por ejemplo, comprobar periódicamente que la persona esté bien), mientras que otros ofrecen una compleja atención a tiempo completo. A veces se necesita atención por un periodo de tiempo corto, como cuando una persona se está recuperando de cirugía. A menudo, los cuidados son necesarios durante meses o años. En promedio, los miembros de la familia que cuidan de un familiar de edad avanzada emplean cerca de 4 horas al día en actividades de cuidado (38)

La esencia de la enfermería es “cuidar”, lo que implica también entregar herramientas a las personas y sus familias para que se cuiden a sí mismos, tomando en cuenta y respetando sus propias creencias y conocimientos del acto de cuidar, considerando al binomio paciente-familia como una sola unidad. Hay que decir que parte de las intervenciones de la enfermería consisten en dar la oportunidad de participación a la familia en el cuidado de su pariente enfermo, teniendo en consideración que será precisamente ella la que continuará con los cuidados en el hogar.

En consecuencia, ha llegado el momento de reconocer la importancia real del cuidador familiar, porque el éxito de la continuidad de los cuidados del paciente adulto mayor en su hogar, requiere de que éste haya sido bien capacitado para los cuidados que deberá proveer (39)

Las funciones físicas de la vida diaria del anciano se clasifican en:

– Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Son esenciales para el auto cuidado: bañarse, vestirse, ir al baño, continencia, movilidad o transferencias, alimentarse.

– Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Son las relacionadas con la adaptación al medio que los rodea. Son necesarias para mantener su participación en la comunidad y su independencia: escribir, leer, quehacer doméstico, cocinar y lavandería, usar el teléfono, utilizar la medicación, manejo del dinero (compras y finanzas), usar transportes públicos.

– Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Son de mayor complejidad y no son esenciales para el mantenimiento de la independencia, permiten al individuo actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso; incluyen roles sociales, familiares y comunitarios, así como participación ocupacional y de recreación (40)

Cuidado del anciano por parte de su familia

Los familiares que cuidan al anciano influyen en forma significativa sobre el retraso y, tal vez, incluso sobre el rechazo a la institucionalización de pacientes ancianos con enfermedad crónica. Si bien los vecinos y los amigos pueden ayudar, alrededor del 80% de los servicios de cuidados de salud ambulatorios (físicos, emocionales, sociales, económicos) es proporcionado por miembros de la familia. Cuando el paciente presenta un compromiso leve o moderado, la pareja (esposa/esposo) o un hijo adulto suele hacerse cargo de su atención, pero cuando el paciente presenta un compromiso grave, lo más probable es que el cuidador sea la pareja (en general, la esposa). Aproximadamente 34 millones de

estadounidenses, más del 10% de los EE.UU. población, se estima que ha servido como cuidador no remunerado para alguien de 50 años o mayor en 2015.

La cantidad y el tipo de cuidados provistos por los miembros de la familia dependen de los recursos económicos, la estructura familiar, la calidad de las relaciones y otras demandas que requieren tiempo y energía de los miembros de la familia. El cuidado familiar abarca desde asistencia mínima (p. ej., controles periódicos) hasta un cuidado elaborado de tiempo completo. En promedio, el cuidado familiar para los adultos mayores consume aproximadamente 24 horas por semana, y aproximadamente el 20% de las veces más de 40 horas por semana. Los cuidadores de adultos mayores informan que el 63% de sus receptores de cuidados tienen enfermedades crónicas y el 29% tienen deterioro cognitivo.

Aunque la sociedad tiende a considerar que los miembros de la familia son responsables del cuidado del otro, el límite de las obligaciones filiales y maritales varía en las distintas culturas, de acuerdo con la familia, y cada miembro en particular. La disposición de los miembros de la familia para atender a un paciente anciano puede reforzarse con la contribución de servicios de apoyo (p. ej., asistencia técnica en el aprendizaje de nuevas habilidades, servicios de asesoramiento, servicios de salud mental familiar) y servicios complementarios (p. ej., cuidado personal [asistencia con la atención, la alimentación y la vestimenta], atención domiciliaria, cuidado diurno de adultos, programas alimentarios). Los servicios complementarios pueden ser proporcionados en forma regular o en apoyo al familiar durante algunas horas o días (cuidado subrogante).

Los cambios en los valores demográficos y sociales redujeron el número de miembros de la familia disponibles para cuidar a un paciente mayor con compromiso de su salud debido a las siguientes causas:

- Aumento de la expectativa de vida: como consecuencia, la población de personas muy ancianas ha ido en aumento. Por consiguiente, sus hijos, que son sus cuidadores potenciales, también pueden ser ancianos.

- Retraso en la procreación: combinado con la mayor longevidad, esta demora generó un grupo de cuidadores "sándwich", que deben hacerse cargo simultáneamente de sus hijos y de sus padres.
- Aumento de la movilidad de la sociedad estadounidense y de la tasa de divorcios: como consecuencias, las familias tienen más probabilidades de estar separadas por motivos geográficos y los lazos familiares son más complejos. No obstante, el 80% de las personas ≥ 65 años vive a menos de 20 minutos de uno de sus hijos.
- Un mayor número de mujeres que trabajan: en el pasado, estas mujeres pueden haber cuidado a sus padres ancianos, pero las demandas laborales pueden reducir o impedir completamente esta opción.
- El número de personas ancianas dependientes muy enfermas es cada vez mayor.

Estos factores predicen un aumento de la demanda de servicios de cuidados de salud domiciliaria a cargo de un individuo que no es un miembro de la familia, un amigo ni un vecino.

Efectos

Si bien el cuidado de un individuo puede ser muy satisfactorio, también puede asociarse con efectos negativos. Los individuos que cuidan a un miembro de su familia pueden experimentar grandes tensiones (denominada carga del cuidador) y, en consecuencia, problemas de salud, aislamiento, fatiga y frustración, que a veces generan una sensación de desasosiego y cansancio extremo (agotamiento del cuidador) o promueven el abuso de los adultos mayores.

El cuidado de una persona anciana puede convertirse en una carga económica. Las parejas en las cuales uno de los miembros cuida al otro por lo general presentan un gran malestar.

A menudo, los cuidadores pueden recibir apoyo o información o aprender estrategias útiles de médicos, enfermeros, asistentes sociales o profesionales supervisores (administradores de casos). Los cuidadores también pueden implementar las siguientes medidas a fin de prepararse para su tarea y evitar el agotamiento:

- Ocuparse de sus propias necesidades físicas, emocionales, recreativas, espirituales, y financieras
- Siempre que se considere apropiado, solicitar ayuda con el cuidado o apoyo de otros miembros de la familia y amigos
- Buscar grupos externos que puedan ofrecer sostén psicológico (p. ej., grupos de apoyo) o que contribuyan al cuidado (asesoramiento, atención domiciliaria, cuidado diurno del adulto, programas de provisión de comidas, atención sustituta temporaria)
- Si su ser querido es hostil o difícil, no tomarlo como algo personal (41)

Según el manual de cuidados generales del adulto mayor discapacitado o dependientes 2014; refiere que : Es necesario que, para que la persona que está al cuidado del adulto mayor pueda realizar de manera eficiente las actividades que le correspondan, tenga a la mano la información necesaria respecto a la enfermedad del adulto mayor, la ayuda que ellos pueden prestar, los recursos y servicios disponibles, el acceso a dichos recursos y servicios, la resolución de problemas de comportamiento en la persona cuidada y la resolución de otro tipo de problemas: laborales, familiares, económicos. Con todo ello, se pretende clarificar y despojar de dudas al cuidador, en cuanto a la tarea de hacerse cargo del adulto mayor; de esa forma, el cuidador sabrá qué se debe hacer y, del mismo modo, qué está en sus manos. Por lo que se refiere al auto cuidado, el énfasis queda determinado en la consecución de una mejor calidad de vida, a través de la instauración de hábitos saludables, en relación a la comida, al descanso, al ejercicio físico, así como que el cuidador pueda disponer del tiempo propio para utilizarlo en actividades que le proporcionen bienestar y un aumento de autoestima. El último aspecto, el del apoyo emocional, va encaminado a que el cuidador comparta sus sentimientos con personas que se encuentran en una

situación similar, buscando así una comprensión más directa de alguien con quien comparte vivencias y sentimientos (42)

2.4 Definición de términos básicos

PROGRAMA EDUCATIVO

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.

EJERCICIO FISICO

Actividad Física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado.

ADULTO MAYOR

LA OMS, define a las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad

CUIDADOS

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida.

HIGIENE

Es una necesidad básica del ser humano y un método esencial para prevenir problemas cutáneos, infecciones y malestar, al mismo tiempo que ofrece una sensación de bienestar

LA NUTRICIÓN

Es un proceso involuntario que consiste en la transformación y asimilación de los alimentos para poder ser utilizados por el organismo.

FAMILIA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.)

CUIDADOR FAMILIAR.

“Cuidador familiar” son aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades básicas de la vida diaria a pacientes hospitalizados (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD). Son esenciales para el auto cuidado: bañarse, vestirse, ir al baño, continencia, movilidad o transferencias, alimentarse

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Por tratarse de una investigación de nivel descriptivo carece de Hipótesis.

3.2 Definición conceptual de variable

Efecto del programa educativo virtual.- Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir

3.2.1 Operacionalización de variable

Variables	Dimensiones	Indicadores	Índice (Escala)	Técnica
Efecto del programa educativo virtual	Higiene	La higiene consiste en mantener la piel hidratada?	Siempre 5	Virtual Encuesta
		¿Considera Ud. que el baño debe ser con frecuencia?	Casi siempre 4	
		¿Para realizar la higiene corporal se requiere de agua, jabón líquido y esponja?	Ocasionalmente 3	
	Alimentación	La alimentación en el AM debe ser variada, individual y acorde a sus necesidades	Nunca 2	
		La alimentación del AM debe ser fraccionada tres veces al día	No observado 1	

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo por que investiga actividades, presenta hechos y nos los explica y de corte transversal; porque la recolección de la información se hace al mismo tiempo, en un tiempo determinado

4.2 Método de investigación

Descriptivo

4.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por 25 familiares.

Nosotros como investigadoras hemos decidido que la muestra estará conformada por 25 familiares de los adultos mayores hospitalizados.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.

El estudio de la investigación se realizó en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, distrito de Bellavista. Enero – Setiembre Callao, 2020, con los familiares que permanecen al cuidado de cada una de ellas durante el tiempo de que dura su estancia hospitalaria.

El servicio de Medicina fue creado para brindar atención a los pacientes con diversas patologías que requieren ser hospitalizadas especialmente de sexo femenino; este servicio se encuentra en el séptimo piso del sector San Juan en dicho hospital que cuenta con la capacidad de albergar a 32 pacientes.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta. El instrumento estuvo conformado por los datos generales: Edad, grado de instrucción, parentesco, estado civil y sexo. El instrumento constó de 5 criterios de calificación donde 5 (siempre), 4 (casi siempre), 3 (ocasionalmente), 2 (nunca), 1 (no observado). Tuvo las dimensiones de Higiene, alimentación, movilización y ejercicios, cada dimensión consta de tres ítems. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario estructurado, elaborado por los investigadores, validado mediante el juicio de expertos y aplicados al familiar responsable de su cuidado durante el tiempo de su hospitalización. El instrumento que se utilizó fue de auto aplicación vía internet.

Para el desarrollo de la investigación se realizó un Programa Educativo Virtual para los familiares de los pacientes geriátricos del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, como un pre test antes de ejecutar el programa educativo y posterior a ello se volvió aplicar el mismo instrumento.

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

La tabulación de los datos se realizó con la ayuda de una computadora Pentium v; una vez concluido el proceso de la recolección de los datos estos datos fueron procesados por el programa Excel Office 2000, el paquete estadístico SPSS; para el análisis estadístico se utilizó la distribución de las frecuencias; así mismo se utilizó la media aritmética, y desviación estándar.

Siendo nuestra variable aleatoria, antes de este estudio se realizó el test de normalidad, escogiendo la prueba de Chapirowilk por tener una muestra menor de 30 individuos.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

TABLA N° 5.1.1 DE DATOS GENERALES

DATOS GENERALES		N°	%
EDAD	MENOR O IGUAL A 18	2	8,0
	DE 19 A 33	8	32,0
	DE 34 A 47	8	32,0
	MAYOR A 48	7	28,0
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA COMPLETA	4	16,0
	PRIMARIA INCOMPLETA	3	12,0
	SECUNDARIA COMPLETA	7	28,0
	SECUNDARIA INCOMPLETA	2	8,0
	TECNICO	2	8,0
	SUPERIOR	7	28,0
PARENTESCO CON EL PACIENTE	HIJO(A)	10	40,0
	HERMANO(A)	5	20,0
	ESPOSO(A)	4	16,0
	OTRO	6	24,0
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)	14	56,0
	CASADO(A)	11	44,0

En la tabla N°5.1.1 de datos generales observamos que la edad de los familiares de 19 a 33 años alcanza un porcentaje del 32% (8) igual que las edades comprendidas entre 34 a 37 años 32%(8). En cuanto al grado de instrucción el superior alcanzó el 28%(7), y la educación secundaria completa 28%/(7).

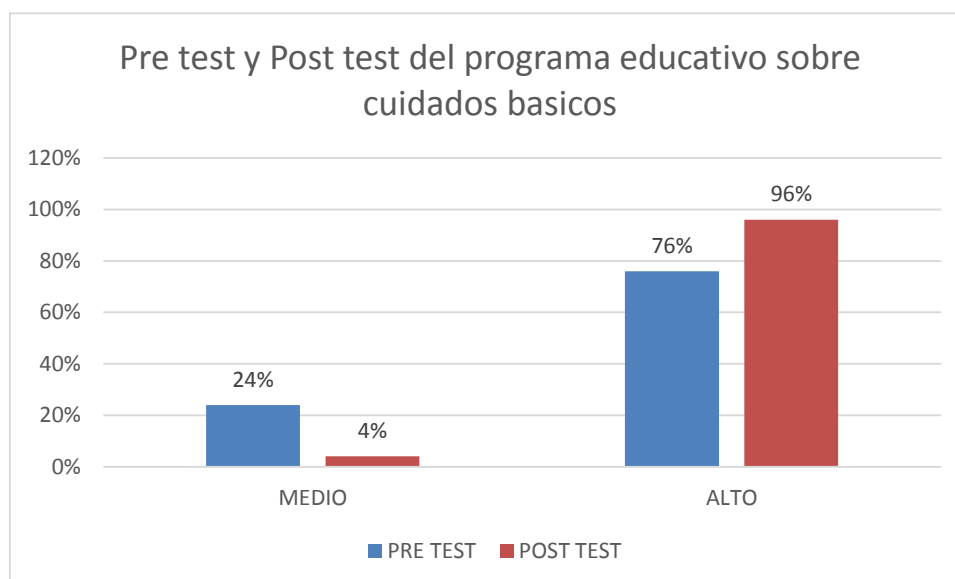
Respecto al parentesco son hijos(as) el 40% (10), referente al estado civil el 56% (14) son casados.

TABLA N° 5.1.2. :Pre test y post test del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS BASICOS DEL ADULTO MAYOR	PRE TEST		POST TEST	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
MEDIO	6	24,0	1	4,0
ALTO	19	76,0	24	96,0

Fuente: Elaboración propia de tesistas, 2020

Gráfico N° 5.1.2:



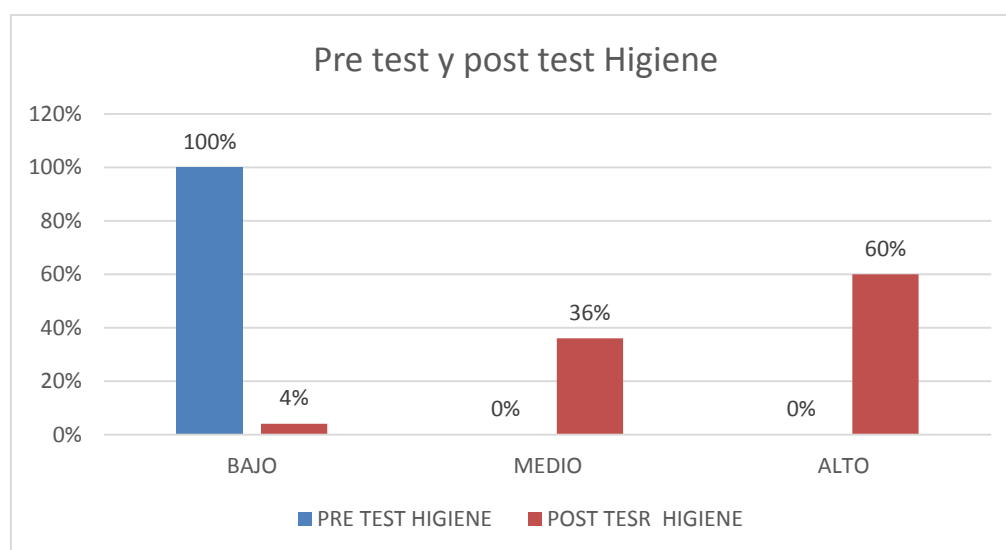
En la Tabla N° 5.1.2 y Gráfico N° 5.1.2; podemos observar que existe cierta diferencia en el pre test y el post test en cuanto al conocimiento de los cuidados básicos del adulto mayor, evidenciándose que, durante la aplicación del pre test vía virtual el 24% del grupo encuestado presento un nivel medio, mientras que el 76% mostraba un nivel alto. En tanto, después de la aplicación del programa de educativo sobre los cuidados básicos del adulto mayor, se evidencio que solo el 4% mostraba un conocimiento medio, mientras que el 96% presento un nivel alto en todas las dimensiones.

TABLA N° 5.1.3: Pre test y post test del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

DIMENSION HIGIENE	PRE TEST		POST TEST	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
BAJO	25	100,0	1	4,0
MEDIO	0	0	9	36,0
ALTO	0	0	15	60,0

Fuente: Elaboración propia de tesistas, 2020

Gráfico N° 5.13:



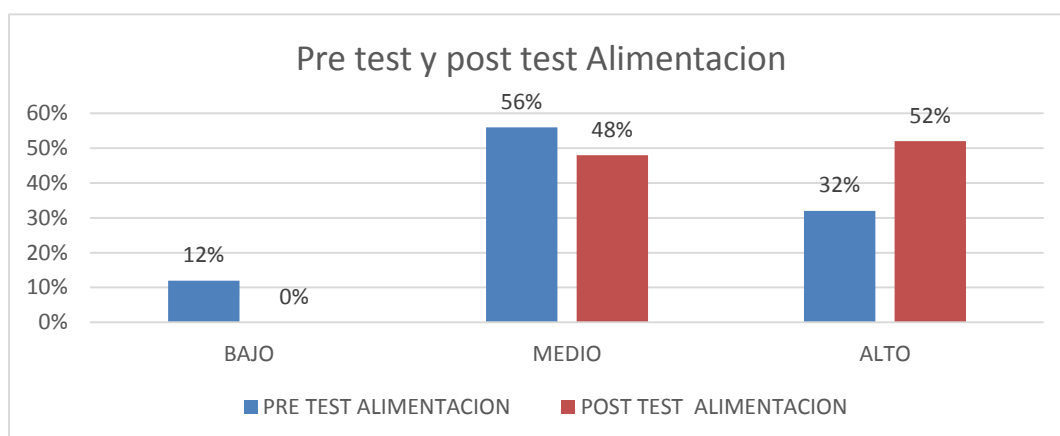
En la Tabla N° 5.1.3 y Gráfico N° 5.1.3, se observa que, el pre test en relación a nivel de conocimientos sobre los cuidados básicos de higiene en el adulto mayor, el total de la población estudiada presento un nivel bajo en un 100%. En tanto, después de la aplicación del programa el 4% presento un nivel bajo, seguido por el 36% un nivel medio, mientras que, el 60% mostro un nivel alto en el post test. Por lo que, los familiares demostraron importancia en el cuidado de la piel y mantenerla limpia e hidratada, considerando que la higiene debe considerarse siempre con elementos de agua, jabón y esponja.

Tabla N° 5.1.4: Pre test y post test del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

DIMENSION ALIMENTACION	PRE TEST		POST TEST	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
BAJO	3	12,0	0	0
MEDIO	14	56,0	12	48,0
ALTO	8	32,0	13	52,0

Fuente: Elaboración propia de tesistas, 2020

Gráfico N° 5.1.4:



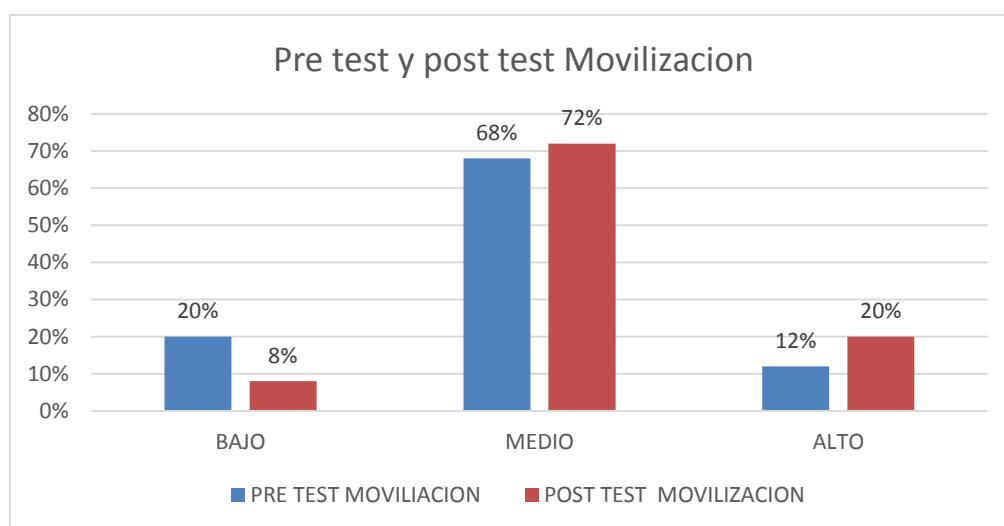
En la Tabla N° 5.1.4 y Gráfico N° 5.1.4, se observa que, en relación a la dimensión Alimentación, se halló lo siguiente en el pre test; el 12% del grupo estudiado presentó un nivel bajo, seguido por el 56% que presentó un nivel medio, considerándolo un porcentaje mayoritario, y el 32% presentó un nivel alto. En tanto, después de la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico, los resultados cambiaron, evidenciando un nivel medio en un 48%, mientras que, el 52% presentó un nivel alto. Por lo que, se logró que los familiares asimilaran que la alimentación debe ser variada, individual, acorde a sus necesidades, así como fraccionada tres veces al día, dada las características propias del adulto mayor.

Tabla N° 5.1.5: Pre test y post test del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

DIMENSION MOVILIZACION	PRE TEST		POST TEST	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
BAJO	5	20,0	2	8,0
MEDIO	17	68,0	18	72,0
ALTO	3	12,0	5	20,0

Fuente: Elaboración propia de tesistas, 2020

Gráfico N° 5.1.5:



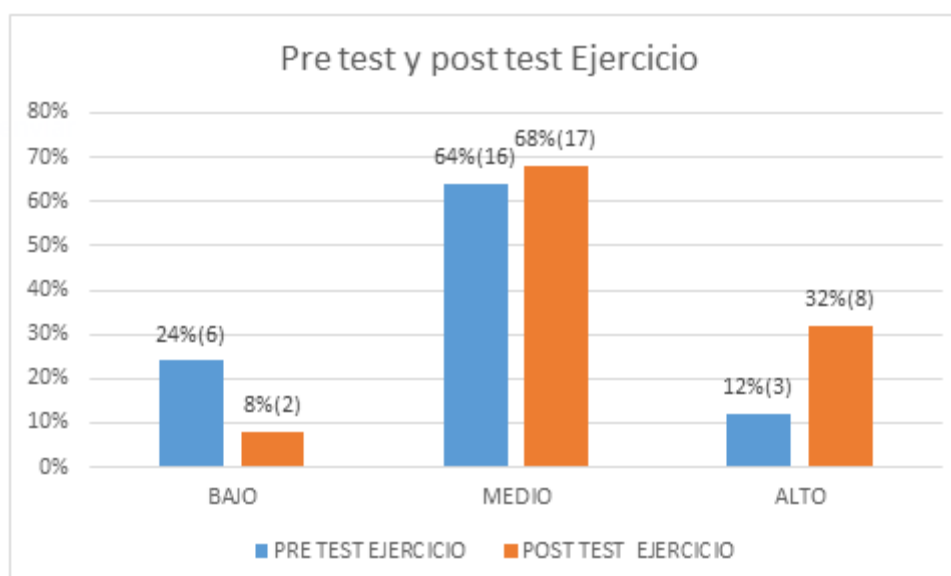
En la Tabla N° 5.1.5 y Gráfico N° 5.1.5, podemos observar que, en cuanto a la dimensión movilización, en el pre test aplicado al grupo de estudio, el 20% mostro un nivel bajo, mientras que el 68% mostro un nivel medio, y solo el 12% presento un nivel alto. En tanto, después de la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico, se obtuvo en el post test; el 8% mostro un nivel bajo, mientras que el 72% evidencio un nivel medio y el 20% un nivel alto. Cabe resaltar que en esta dimensión la importancia de fortalecer los cuidados en torno a la movilización del adulto mayor

TABLA N° 5.1.6: Pre test y post test del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

DIMENSION EJERCICIOS	PRE TEST		POST TEST	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
BAJO	6	24,0	2	8,0
MEDIO	16	64,0	17	68,0
ALTO	3	12,0	8	32,0

Fuente: Elaboración propia de tesistas, 2020

Gráfico N° 5.1.6



En la Tabla N° 5.1.6 y Gráfico N° 5.1.6, podemos observar en cuanto a la dimensión ejercicio en el pre test aplicado al grupo de estudio, se evidencio que, el 24% mostro un nivel bajo, mientras que el 64% mostro un nivel medio y solo el 12% mostro un nivel alto. Por otro lado, después de la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del Adulto Mayor dirigido, los resultados del post test fueron los siguiente; solo el 8% presento un nivel bajo, mientras que con un porcentaje mayoritario el 68% presento un nivel medio, y el 32% mostro un nivel alto. Por lo que, es importante fortalecer esta dimensión, ya que la actividad física se reduce con la edad y constituye un

indicador de salud. La reducción del repertorio motriz, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo provocan descoordinación y torpeza motriz., en el adulto mayor.

5.2. Resultados inferenciales

TABLA N° 5.2.1: Efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Estadísticas de muestras emparejadas

	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
PRETEST	33,6800	25	6,30291	1,26058
POST TEST	40,2800	25	5,64594	1,12919

Prueba de muestras emparejadas

	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 PRETEST - POST TEST	-6,60000	6,52559	1,30512	-9,29363	-3,90637	-5,057	24	,000

En la tabla se aplicó la prueba estadística T de student, demostrando que existe una diferencia en la media con un valor en el Pre test de 33,68, mientras que el post test muestra un valor de 40,28 y para corroborar la significancia, se obtiene que el valor de P es $p < 0.000$ ($p < 0.05$), demostrando que, existe una diferencia significativa en el pre test y el post test, por lo que, se evidencia que, la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion-2020 fue efectiva.

TABLA N° 5.2.2: Efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	PRE TEST HIGIENE	9,52	25	2,330	,466
	POST TEST HIGIENE	10,88	25	2,147	,429

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	PRE TEST HIGIENE - POST TEST HIGIENE	-1,360	2,856	,571	-2,539	-,181	-2,381	24	,026

Se aplicó la prueba estadística T de student, demostrando que existe una diferencia en la media con un valor en el Pre test de 9,52, mientras que el post test muestra un valor de 10,88 y para corroborar la significancia, se obtiene que el valor de P es $p < 0.026$ ($p < 0.05$), demostrando que, existe una diferencia significativa en el pre test y el post test, por lo que, se evidencia que, la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion-2020 fue efectiva.

TABLA N° 5.2.3: Efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	PRETEST ALIMENTACION	8,92	25	2,900	,580
	POST TEST ALIMENTACION	10,64	25	2,059	,412

Prueba de muestras emparejadas

Diferencias emparejadas

		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	PRETEST ALIMENTACION - POST TEST ALIMENTACION	-1,720	3,156	,631	-3,023	-,417	-2,725	24	,012

Se aplicó la prueba estadística T de student, demostrando que existe una diferencia en la media con un valor en el Pre test de 8,92, mientras que el post test muestra un valor de 10,64 y para corroborar la significancia, se obtiene que el valor de P es $p < 0.012$ ($p < 0.05$), demostrando que, existe una diferencia significativa en el pre test y el post test, por lo que, se evidencia que, la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion-2020 fue efectiva.

TABLA N° 5.2.4: Efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente

geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao
2020.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	PRE TEST MOVILIZACION	7,48	25	2,330	,466
	POST TEST MOVILIZACION	9,24	25	2,278	,456

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	PRE TEST MOVILIZACION - POST TEST MOVILIZACION	-1,760	3,370	,674	-3,151	-,369	-2,611	24	,015

Se aplicó la prueba estadística T de student, demostrando que existe una diferencia en la media con un valor en el Pre test de 7,48, mientras que el post test muestra un valor de 9,24 y para corroborar la significancia, se obtiene que el valor de P es $p < 0.015$ ($p < 0.05$), demostrando que, existe una diferencia significativa en el pre test y el post test, por lo que, se evidencia que, la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Acides Carrion-2020 fue efectiva.

TABLA N° 5.2.5: Efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente

geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2020.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	PRETEST EJERCICIO	7,76	25	2,437	,487
	POST TEST EJERCICIO	9,52	25	2,347	,469

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas							
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	PRETEST EJERCICIO - POST TEST EJERCICIO	-1,760	3,205	,641	-3,083	-,437	-2,746	24	,011

Se aplicó la prueba estadística T de student, demostrando que existe una diferencia en la media con un valor en el Pre test de 7,76, mientras que el post test muestra un valor de 9,52 y para corroborar la significancia, se obtiene que el valor de P es $p < 0.011$ ($p < 0.05$), demostrando que, existe una diferencia significativa en el pre test y el post test, por lo que, se evidencia que, la aplicación del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion-2020 fue efectiva.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

Por tratarse de una investigación de nivel descriptivo carece de contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

El estudio que realizó Ginesa al acoger el cuidado que realiza la familia al enfermo hospitalizado y la continuidad de los cuidados que necesita el enfermo llegaron a la conclusión que la familia permanece junto al enfermo. La familia que realiza cuidados básicos y específicos a pacientes hospitalizados debe ser acordada con la enfermera para que no se interfieran los cuidados de la familia con la enfermera. La enseñanza cuidados al familiar y al paciente previenen las alteraciones en sus procesos de salud y disminuye las consultas y hospitalizaciones, ahorra tiempo y costos a corto plazo. Por eso es importante incorporar a la familia en los cuidados de forma precoz para que pierdan el miedo y puedan realizarlos con mucha facilidad. Es importante los cuidados básicos como se consideró en la investigación la higiene, la alimentación la movilización y los ejercicios donde se considera que la higiene consiste en mantener la piel limpia e hidratada en un nivel alto en 48%, que el baño debe realizarse con frecuencia en un porcentaje de 44% y que la higiene corporal se requiere agua jabón y esponja en un 28%. En alimentación esta debe ser variada, individual y acorde de sus necesidades en un 32%, la alimentación debe ser fraccionada 3 veces al día en un porcentaje de 48% y la alimentación con mayor importancia es a base de carnes, menestras y verduras obtuvo un porcentaje de 32%. En cuanto a la movilización, los cambios posturales que permiten tener posiciones anatómicas obtuvo un 36%, los cambios posturales deben realizarse cada 30 minutos en un 28% y que los masajes deben realizarse en forma circular y con movimientos circulares en un 32%. En la importancia de los ejercicios para mantener su coordinación ésta se ubica en un porcentaje de 44%, los ejercicios tienen un beneficio a nivel físico en un 24% y que los ejercicios que realizan según su capacidad y tolerancia fue de un 28%.

En el estudio realizado "La familia en el cuidado y acompañante del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento concluyeron que es posible y necesario la

educación a los familiares sobre atención de los ancianos y recomiendan que esta debe ser continua para que les permita adquirir habilidades y destrezas para el cuidado del adulto mayor y garantizar la mejor atención de la salud. Por eso es importante capacitar a la persona que está bajo el cuidado del adulto mayor e ahí la importancia del programa educativo porque permite organizar y detallar un proceso pedagógico donde se difunden conocimientos que pueden ser asimilados y aprendidos para posteriormente ponerlos en práctica.

En la investigación de la habilidad de los cuidadores familiares se llegó a la conclusión que los cuidadores no tienen la habilidad suficiente para enfrentar las diversas situaciones referentes a la enfermedad y a las necesidades que requiere el adulto mayor a pesar del tiempo dedicado a este cuidado. Por eso es la importancia de esta investigación en realizar un programa educativo sobre los cuidados básicos del adulto mayor cuyas dimensiones fueron la Higiene, La alimentación, Movimiento y ejercicios por lo que se tuvo efectos significativos en los encuestados antes y después de este programa mejorando así los cuidados básicos brindados a sus adultos mayores.

En el estudio de implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad cuyos resultados fueron un alto índice de sobrecarga de los cuidadores pero al finalizar se reportaron cambios positivos en la calidad de vida, dependencia y mejor utilización de los tiempos dedicados al auto cuidado, lo que redundó en la mejora de la calidad de vida. En la investigación realizada sobre los cuidados básicos del adulto mayor antes y después de la capacitación se tuvo efectos significativos mejorando su actitud con los cuidados básicos en cuanto a higiene, alimentación, movilización y ejercicios del adulto mayor.

En la investigación conocimiento y práctica del cuidador sobre prevención de úlceras por presión llegaron a la conclusión que los conocimientos y la práctica sobre prevención de úlceras por presión están asociada significativamente. En la investigación realizada se obtuvo como resultado que la dimensión movilización donde consideran que los cambios posturales consisten en realizar posiciones anatómicas con un nivel alto con un porcentaje de 36% antes del programa educativo y se mantuvo después del programa educativo el mismo

porcentaje, así también que los cambios posturales se deben realizar cada 30 minutos ,en un nivel alto con un porcentaje de 28% manteniéndose este porcentaje después del programa educativo, así mismos consideran que los masajes en el adulto mayor deben realizarse e forma circular y con movimientos suaves ,obteniendo un nivel alto con un porcentaje de 24% antes y después del programa educativo se obtuvo un porcentaje de 32%.

En el estudio “La familia como cuidadora de adultos mayores”, concluyeron que el cuidador de la familia en el adulto mayor se ha visto disminuida ya que en la mayoría los familiares tienen cada vez menos hijos y que la mujer se ha ido involucrando en actividades económicas lo que disminuye el tiempo para dedicarse al cuidado del adulto mayor, por lo que cada día se ven abandonados. Los familiares que asumen el cuidado terminan afectados por los fenómenos del cuidado ya que no están preparados y son afectados emocionalmente como físicamente llegando al cansancio del cuidador. En la investigación realizada el cuidado del adulto mayor estuvo a cargo de una hija o en algunos casos por el hijo en un porcentaje alto de 40%, con un estado civil de soltera o soltero en un 56%, cuyas edades es entre 34 a 47 años en un porcentaje de 48%.

6.3 Responsabilidad y ética.

Los autores de la investigación nos responsabilizamos por la información emitida en esta tesis.

Nuestra investigación es inédita, los datos han sido obtenidos a través de una encuesta real tal como consta en los archivos que guardamos para casos pertinentes.

Los participantes del estudio no fueron sometidos a ningún riesgo. Las investigadoras realizaron un programa educativo virtual, encuesta para la recolección de los datos-

Este estudio fue productivo para los familiares de los pacientes geriátricos hospitalizados que participaron.

CONCLUSIONES

1. Esta investigación ha demostrado que el Programa educativo virtual ayudó a mejorar a los familiares de los pacientes adultos mayores hospitalizados en los cuidados básicos en sus cuatro dimensiones.
2. En la dimensión higiene en el programa aplicado a los familiares de los pacientes adultos mayores ayudó a considerar la importancia de mantener la piel hidratada, realizándola con frecuencia utilizando agua, jabón y esponja.
3. Hay una diferencia significativa en los cuidado básico de la Alimentación del adulto mayor antes y después del programa Educativo Virtual.
4. Se puede observar que los familiares consideran que los cambios posturales consiste en tener posiciones anatómicas y que se les debe movilizar constantemente, sin embargo, se tiene que fortalecer un poco más esta dimensión.
5. Finalmente se pudo observar que los familiares del Adulto Mayor no le dan la debida importancia a los ejercicios, evidenciándose un ligero cambio significativo. No lo esperado, por lo que de igual forma es importante fortalecer esta dimensión.

RECOMENDACIONES

Se sugiere a la institución y al servicio de Medicina que deben tener mayor flexibilidad en las visitas y el acompañamiento del adulto mayor.

Recomendamos a los jefes del servicio de Medicina y al equipo multidisciplinario la coordinación en las diferentes capacitaciones a los familiares sobre cuidados básicos del paciente geriátrico.

Implementar en el servicio de medicina 7mo A charlas educativas respecto a higiene, alimentación, movilización y ejercicios cada trimestre, dirigido a los familiares de los pacientes geriátricos hospitalizados.

Sugerimos que los familiares de los pacientes deben ser involucrados en el cuidado del adulto mayor, como parte de su tratamiento y recuperación.

Se sugiere a los jefes del servicio de Medicina la coordinación con las autoridades de la institución para la operatividad de medios audiovisuales (televisores) que se encuentran en los servicios hospitalarios.

Recomendamos a los jefes del servicio la elaboración de trípticos respecto al cuidado básico del adulto mayor y coordinar con el área encargada para la reproducción y así poder hacer entrega a los familiares al momento de su hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. 2015. [Citado 04 Set 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- 2.- Huenchuan, Sandra y Guzmán, José Miguel, 2009 Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En Arriagada, Irma (ed.) 2007, Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros (Santiago, CEPAL)
- 3.- Aguirre R, Batthyány K. Uso del tiempo y trabajo no remunerado. La encuesta Montevideo y Área Metropolitana 2003. Montevideo. Ñ UNIFEM-UDELAR. 2005.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de la vida. Internet. Organización Mundial de la Salud. 2019. [Citado 11 de Nov 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=73465>
- 5.- Ministerio de Inclusión Económica Social. Agenda de igualdad para 2012-2013 adultos mayores. Ecuador. Art. 36.
- 6.- Castillo D. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. [Internet]. 2016. [Citado Nov 2019]. Disponible en: <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=5127>
- 7.- Andina. Lima, Perú. [Internet]. Becerra C.20 marzo. 2011. Disponible en: <https://andina.pe/ingles/noticia-al-menos-265-pacientes-abandonados-hospitales-lima-anhelan-visita-familiares-349018.aspx>
- 8.-Ginesa R. España 2018.Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. [Citado 11 de Nov 2019].

9.-Yapu R. Mendoza 2016. La familia en el cuidado y acompañamiento del adulto mayor durante el proceso de envejecimiento. [Citado Nov 2019].

10.- Meza, Y., Amarís, G., Meza, K. P., Gómez, I. P., & Méndez, L. I. (2013). Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al Adulto Mayor con enfermedad crónica, Sincelejo. Colombia. Revisaludg. Unisucreg, 1(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/314273817_HABILIDAD_DEL_CUIDADOR_FAMILIAR_Y_SU_RELACION_CON_EL_TIEMPO_DE_CUIDADO_AL_ADULTO_MAYOR_CON_ENFERMEDAD_CRONICA_SINCELEJO_COLOMBIA

11.- Rosa Fernández Alba. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de auto cuidado del Adulto Mayor hipertenso ambulatorio. Colombia Boyacà Tunia. Tesis de Doctorado de enfermería. Bogotá Colombia. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. 2010

12.- Landínez Parra Nancy Stella, Caicedo-Molina, Imma Quitzel, otros. Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. Rev. Fac. Med, Volumen 63, Número 3Sup, p. 75-82, 2015. ISSN electrónico 2357-3848. ISSN impreso 0120-0011. Revista de la Facultad de Medicina DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.47818>

13.- Becerra S, Tapia M. Chiclayo, 2016. Conocimiento y práctica del cuidador principal sobre prevención de úlceras por presión, servicio geriatría del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/4202?show=full>

14- De la Cruz C, Factores del cuidador principal que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos de la persona postrada en cama; Chiclayo 2018.

15.-Vásquez Elsa, Chota. Perú, 2013. La familia como cuidadora de Adultos Mayores. Disponible en:

<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/265/T%20305.244%20V393%202013.pdf>

16.- MSC. Liana Alicia Prado Solar, I Lic. Marcela Gonzales Reguera, II MScNoelvis Paz Gómez, II Lic. Karelía Romero Borges II 23 de Octubre 2014. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención

17.- Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.

18.- Pérez A. Crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Economía crítica. España, 2006; 5, 7-37.

19.- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología,

20.- Kameyama Fernández L. Valoración geriátrica integral. Agosto 2013.

21.- Nutrición del Adulto Mayor. Recomendaciones para una Alimentación saludable. Departamento de Estudios Octubre 2004. Servicio Nacional del Consumidor Alimentación del adulto mayor.

22.- Clínica Universidad de Navarra. 2020. Disponible en:

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cambios-posturales>

23.- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.

24.- A.D.A.M. 1997 – 2020. Cómo cuidar las úlceras de decúbito MEDLINE PLUS Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM HealthSolutions. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000740.htm>

- 25.- GORBUNOV, G. D. (1990) Psicopedagogía del deporte, ediciones Cubanas.
- 26.- Moreno González, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 5 (19). pp.222-237. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>
- 27.- PUBLICADO EL 04/06/2019 POR CUIDEO. ACTIVIDAD FISICA su importancia en la tercera edad. Disponible en: <https://cuido.com/blog-cuido/actividad-fisica-tercera-edad>
- 28.- GUÍA DE EJERCICIO FISICO PARA MAYORES. "TU SALUD En MARCHA". Edita: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología Madrid 2012 www.segg.es
29. Pérez Porto Julián y Merino María, 2013, actualizado 2015. Disponible en: <https://definicion.de/programa-educativo/>
- 30.- GCFGlobalGoodwalCommnityFundation. Aprende Cabe. 1998
- 31.- Organización Mundial de la Salud, Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2015.
- 32.-Uriarte J, Vejez [Internet]; Características.co; última edición 2019 [consultado 11 de noviembre].
- 33.- Izquierdo M. Del sexismo y la mercantilización del cuidado de la socialización hacia una política democrática del cuidado. Congreso Internacional SARE 2000.
- 34.- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
- 35.- **Unesco 2009**
- 36.- Martín López, E. (2000). Familia y sociedad. Madrid: Ediciones Rialp.

37.- Vázquez de Prada, Mercedes (2008). Historia de la familia contemporánea. Madrid: Ediciones Rialp

38.- Cuidados y protección, compañía, seguridad y socialización. (Oliva Gómez, Villa Guardiola 2013.

39.- Canga A. Hacia una «familia cuidadora sostenible» Anales Sis San Navarra vol.36 no.3 Pamplona sep./dic. 2013

40.- Siefer Navas I. Participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado y factores relacionados de la propia familia, institución y del profesional de enfermería en las unidades médicas del Hospital Carlos van Buren de Valparaíso. Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm. 2012; 2(2):17-25

41.- Kaplan D, Berkman B. Cuidado del anciano por parte de su familia. DSW, PhD, Columbia University School of Social Work. [revisado Agosto 2016]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>

42.- Manual de cuidados generales para el Adulto Mayor disfuncional o dependiente.2014. [Internet]. Disponible en: https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf.

ANEXOS

Matriz de consistencia

Titulo: Efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao, 2020?

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Tec e Ins de recolección de datos
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del Servicio de Medicina Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao, 2020</p> <p>Problemas específicos:</p>	<p>Objetivos general:</p> <p>Determinar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao, 2020</p>	<p>Por tratarse de una investigación de nivel descriptivo carece de hipótesis..</p>	<p>Variable:</p> <p>Efecto del programa educativo virtual</p> <p>Dimensiones</p> <p>Higiene</p> <p>Alimentación</p> <p>Movilización</p> <p>Ejercicio</p> <p>Tipo de estudio</p> <p>Descriptivo</p> <p>Población:</p>	<p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario</p>

<p>¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión Callao. 2020?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de higiene del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico</p>		<p>25 familiares de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina</p>	
<p>¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión Callao 2020?</p>	<p>Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de alimentación del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico</p>			
<p>¿Cuál es el efecto del programa</p>				

<p>educativo virtual sobre los cuidados básicos en la movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión Callao 2020?</p>	<p>Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de movilización del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico</p>			
<p>¿Cuál es el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión Callao 2020</p>	<p>Identificar el efecto del programa educativo virtual sobre los cuidados básicos de ejercicios del Adulto Mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico</p>			

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

Estimado señor la siguiente encuesta tiene por finalidad establecer los conocimientos que tiene sobre el cuidado básico del adulto mayor en relación a higiene, alimentación, movilización y ejercicios. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y no serán orientadas para ningún otro propósito.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta, luego marque con un aspa (x), las afirmaciones enunciadas. Sírvase responder con total sinceridad, de antemano se le agradece por su cooperación.

Datos Generales

Edad; Grado de instrucción.....

Parentesco con el paciente.....Estado civil.....

Sexo: Femenino () Masculino ()

Escoja Ud. una de las 5 alternativas:

5	4	3	2	1
Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca	No Observado

		CRITERIOS DE CALIFICACION				
		5	4	3	2	1
N°	Ítems	Sie m pr	Ca si Sie m	Oc asi on al m	Nu nc	No Ob se rv ad
HIGIENE						
1	¿La higiene consiste en mantener la piel limpia e hidratada?					
2	¿Considera Ud. que el baño debe ser?					

3	¿Para realizar la higiene corporal se requiere de agua, jabón líquido y esponja?					
ALIMENTACIÓN						
4	¿La alimentación de características que deben tener los alimentos en el adulto mayor debe ser variada, individual y acorde a sus necesidades?					
5	¿La alimentación en el adulto mayor debe ser fraccionada en tres veces al día?					
6	¿Los alimentos importantes para un adulto mayor son; carnes, menestras, frutas y verduras?					
MOVILIZACIÓN						
7	¿Los cambios posturales consisten en mantener posiciones anatómicas?					
8	¿Los cambios posturales se deben realizar cada 30 minutos?					
9	¿Los masajes en el adulto mayor se deben realizar en forma circular y con movimientos suaves en las zonas de presión (glúteo, tobillo, cadera...)?					
EJERCICIOS						
10	¿Los ejercicios en el adulto mayor son importantes para mantener su movilidad y coordinación?					
11	¿Los ejercicios en el adulto mayor tienen beneficios a nivel físico?					
12	¿El adulto mayor debe realizar ejercicios según su capacidad y tolerancia?					



ESCALA DE APRECIACIÓN DE JUEZ EXPERTO

Experto:

Profesión:

Instrucción: Marque con una (X) el grado de acuerdo con cada ítem.

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo general.	X		
2. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo específico.	X		
3. El instrumento abarca las variables e indicadores.	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	X		
5. Los términos utilizados son claras y comprensibles.	X		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	X		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	X		
8. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
9. La estructura sigue un orden lógico.	X		
10. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

Fecha:

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

CONSIDERAR POBLACION RANDOMIZADA.
CONSIDERAR EQUIPO TECNOLÓGICO EN ASPECTOS GENERALES

[Handwritten Signature]
LIC. [Name] ENFERMERA DEL SERVICIO EMERGENCIA PERUANA CEP 6943 BREE 738

ESCALA DE APRECIACIÓN DE JUEZ EXPERTO

Experto:

Profesión:

Instrucción: Marque con una (X) el grado de acuerdo con cada ítem.

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo general.	✓		
2. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo específico.	✓		
3. El instrumento abarca las variables e indicadores.	✓		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	✓		
5. Los términos utilizados son claras y comprensibles.	✓		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	✓		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	✓		
8. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓		
9. La estructura sigue un orden lógico.	✓		
10. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

Fecha:

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



GOBIERNO REGIONAL CALLAO
Hospital Nacional Daniel Alcázar

Dra. Myriam Cruz
Supervisora del Departamento de

Firma



ESCALA DE APRECIACIÓN DE JUEZ EXPERTO

Experto:

Profesión:

Instrucción: Marque con una (X) el grado de acuerdo con cada ítem.

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo general.	X		
2. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo específico.	X		
3. El instrumento abarca las variables e indicadores.	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	X		
5. Los términos utilizados son claras y comprensibles.	X		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	X		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	X		
8. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
9. La estructura sigue un orden lógico.	X		
10. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

Fecha:

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Revisar la operacionalización.

.....

.....

.....

.....

.....

Gobierno Regional del Callao
Hospital Regional Docente de Carrión

[Firma]

Firma

REM. DR. L. [Nombre] - Cirujano y Desastres

RES. 000



ESCALA DE APRECIACIÓN DE JUEZ EXPERTO

Experto:

Profesión:

Instrucción: Marque con una (X) el grado de acuerdo con cada ítem.

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo general.	X		
2. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al objetivo específico.	X		
3. El instrumento abarca las variables e indicadores.	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	X		
5. Los términos utilizados son claras y comprensibles.	X		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	X		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	X		
8. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
9. La estructura sigue un orden lógico.	X		
10. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

Fecha:

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

* En la Variable epeto del Programa educativa visual
en indicadores considera ítems, decirles que ítems.
= indicar las dimensiones e indicadores.
La aplicable el instrumento, seguir adelante.

Gobierno Regional del Callao
Hospital Nacional Daniel A. Uceda Carmon
Nancy Camba Kan
Jefe del Departamento de Enfermería
C.E.P. 15958 PUNO R.E.M. 504

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
SUMA_HIGIENE_ANTES	,218	25	,003	,948	25	,226
SUMA_HIGIENE_DESPUES	,139	25	,200*	,943	25	,175
SUMA_ALIMENTACION_ANTES	,106	25	,200*	,955	25	,324
SUMA_ALIMENTACION_DESPUES	,114	25	,200*	,948	25	,225
SUMA_MOVILIZACION_ANTES	,142	25	,200*	,949	25	,242
SUMA_MOVILIZACION_DESPUES	,178	25	,040	,955	25	,330
SUMA_EJERCICIO_ANTES	,135	25	,200*	,965	25	,534
SUMA_EJERCICIO_DESPUES	,148	25	,167	,943	25	,178

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

HIPOTESIS ESTADISTICA:

Para la prueba de normalidad

H0: La distribución de los datos del cuidado básico del adulto mayor es normal

H1: La distribución de los datos del cuidado básico del adulto mayor no es normal

CRITERIO DE DECISION:

Se rechaza H0 si SIG < 0,05, caso contrario aceptar H0

Luego, dado que los valores de higiene antes con una SIG de 0,226 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de higiene después con una SIG 0,175 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de alimentación antes con una SIG 0,324 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de alimentación después con una SIG 0,225 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de movilización antes con una SIG 0,242 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de movilización después con una SIG 0,330 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de ejercicio antes con una SIG 0,534 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Dado que los valores de ejercicio después con una SIG 0,178 es > 0,05 entonces se acepta la H0

Los resultados del análisis exploratorio de los datos, en lo que se refiere a la forma de distribución, efectuado a través del test de bondad de ajuste a la curva normal de Shapiro-Wilk, indica que en la variable estudiada, se obtienen coeficientes que son estadísticamente significativos, por lo que se puede concluir que la distribución de los datos del cuidado básico del adulto mayor se comportan normalmente.

a. Corrección de significación de Lilliefors

HIPOTESIS ESTADISTICA:

Para la prueba de normalidad

H0: La distribución de los datos del cuidado básico del adulto mayor es normal

H1: La distribución de los datos del cuidado básico del adulto mayor no es normal

CRITERIO DE DECISION:

Se rechaza H_0 si $SIG < 0,05$, caso contrario aceptar H_0

Luego, dado que los valores de higiene antes con una SIG de 0,226 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de higiene después con una SIG 0,175 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de alimentación antes con una SIG 0,324 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de alimentación después con una SIG 0,225 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de movilización antes con una SIG 0,242 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de movilización después con una SIG 0,330 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de ejercicio antes con una SIG 0,534 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Dado que los valores de ejercicio después con una SIG 0,178 es $> 0,05$ entonces se acepta la H_0

Los resultados del análisis exploratorio de los datos, en lo que se refiere a la forma de distribución, efectuado a través del test de bondad de ajuste a la curva normal de Shapiro-Wilk, indica que en la variable estudiada, se obtienen coeficientes que son estadísticamente significativos, por lo que se puede concluir que la distribución de los datos del cuidado básico del adulto mayor se comportan normalmente.

CODIFICACION DEL PROGRAMA EDUCATIVO DEL CUIDADO DE ADULTO MAYOR EN EL PROGRAMA

	E d a.	Ir ru	P nt	E st a	H A	H A	H A	H D	H D	H D	A A	A A	A A	A D	A D	A D	M A	M A	M A	M D	M D	M D	E A	E A	E A	E D	E D	
1	40	3	4	2	5	4	1	4	5	1	1	5	3	3	4	1	1	3	1	5	5	4	4	1	2	4	5	
2	49	6	3	2	4	5	5	5	5	1	5	3	1	5	5	4	2	1	3	5	3	5	1	5	2	2	4	
3	37	6	1	1	4	4	2	4	2	2	3	4	4	4	2	5	2	4	2	5	3	1	5	3	4	5	1	
4	60	1	1	1	3	2	4	5	5	4	4	5	5	4	5	4	2	2	3	4	4	4	4	2	3	2	5	
5	18	3	1	1	4	2	2	5	4	5	4	5	5	4	5	4	1	1	1	4	3	3	2	5	4	5	4	
6	44	2	2	1	4	3	3	4	5	2	3	4	1	4	2	2	1	2	4	4	4	2	2	2	1	4	2	
7	19	5	3	1	4	5	4	5	1	4	4	3	1	4	4	3	4	1	1	3	4	3	4	2	3	5	5	
8	29	5	2	2	3	1	4	5	1	5	1	2	1	5	1	5	1	2	4	3	4	1	1	2	4	2	3	
9	24	1	2	1	5	5	2	5	3	5	1	4	1	3	5	4	5	3	1	3	2	5	3	5	2	5	3	
10	26	6	1	1	2	5	1	5	5	2	5	5	2	2	3	3	2	3	1	3	5	1	1	5	4	2	2	
11	26	1	1	1	5	1	1	4	4	4	5	4	1	5	2	2	3	4	2	2	4	3	3	2	1	2	5	
12	46	6	4	1	4	5	5	5	5	2	2	2	1	3	2	5	1	2	4	2	5	2	1	2	4	4	5	
13	56	2	1	2	2	2	2	3	5	4	1	3	2	3	5	4	2	1	2	2	2	2	1	1	3	5	3	
14	62	6	3	2	2	3	4	3	2	3	1	1	5	1	5	4	2	3	5	2	3	5	1	3	1	5	3	
15	43	3	1	2	3	2	5	5	4	3	4	1	3	5	3	5	4	3	3	2	4	2	4	3	1	5	3	
16	42	3	3	2	3	3	3	1	5	4	1	3	2	2	2	3	1	1	1	2	5	3	1	1	1	2	2	
17	48	4	1	2	1	4	4	2	5	2	3	2	2	1	5	3	4	4	3	2	4	2	4	3	3	2	2	
18	27	6	4	2	5	5	2	3	2	5	2	5	4	5	2	1	1	4	4	2	5	4	4	3	5	2	1	
19	19	3	2	1	4	5	1	5	3	5	4	5	5	5	3	5	4	2	5	2	5	2	2	3	4	5	1	
20	50	1	1	2	2	5	3	5	5	4	2	4	5	5	5	4	5	2	4	1	3	3	1	2	4	2	5	
21	52	3	4	1	1	4	2	5	2	5	2	1	4	4	5	3	2	1	2	1	1	3	2	1	2	5	4	2
22	20	2	4	1	2	1	1	1	2	2	1	3	1	4	2	4	2	2	3	1	2	1	3	4	2	2	4	2
23	40	4	4	2	5	3	1	3	3	5	2	5	3	2	5	3	1	2	4	5	3	1	3	2	2	2	3	1
24	45	6	1	1	5	1	4	2	5	2	5	5	1	2	5	2	1	2	5	5	2	2	1	3	5	4	2	4
25	18	3	2	1	4	2	4	2	4	3	5	1	4	5	5	1	3	5	2	5	5	2	1	1	2	5	2	1