



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**"AUTOCUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR VARÓN
Y MUJER QUE ACUDEN A UN CENTRO INTEGRAL DE
ATENCIÓN. ESTUDIO COMPARADO. CHICLAYO 2015"**

TESIS

**Para optar por el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería**

AUTORAS:

Barboza Bernal Diana Carolina.

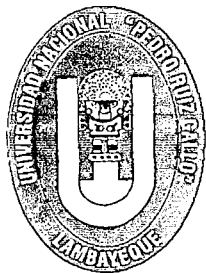
Caciano Chingay Lourdes Cristina.

Zúñiga Chafloque Areli Mavet.

ASESORA:

Dra. Aranda Moreno, Lucía

Lambayeque, Marzo del 2016



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



TESIS

**“AUTOCUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR VARÓN Y
MUJER QUE ACUDEN A UN CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN.
ESTUDIO COMPARADO. CHICLAYO 2015”**

Para optar por el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Barboza Bernal Diana Carolina.
Caciano Chingay Lourdes Cristina.
Zúñiga Chafloque Areli Mavet.

ASESORA:

Dra. Aranda Moreno, Lucía

Lambayeque, Marzo del 2016

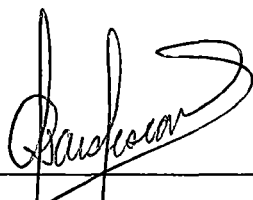
*“Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro
integral de atención. Estudio comparado. Chiclayo 2015”*

Aprobada por:



Dra. Aranda Moreno Lucía

Asesora



Mg. Pais Lescano Doris

Presidenta



Dra. Verástegui León Rosario

Secretaria



Mg. Alcalde Montoya Rosa

Vocal

DEDICATORIA

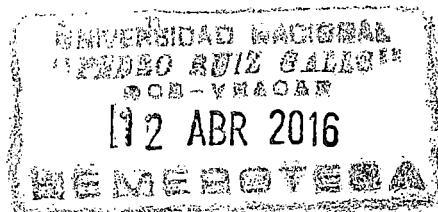
Le dedicamos este trabajo a Dios, por brindarnos la fortaleza para seguir adelante, guiándonos por el buen camino.

A nuestra familia, Con todo nuestro cariño y amor para las personas que hicieron todo en la vida para que nosotras pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba.

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora, Dra. Lucia Aranda Moreno, sus conocimientos, su paciencia, orientación, motivación y por su consideración con nosotras, todo ello han sido fundamentales para la culminación del presente trabajo de investigación.

A las personas entrevistadas por su tiempo y apoyo desinteresado para poder lograr obtener nuestros resultados y al Centro de Salud que nos aceptó y brindo el campo para poder realizar nuestro trabajo de investigación.



INDICE

DEDICATORIA.....	04
AGRADECIMIENTO.....	06
RESUMEN.....	09
ABSTRACT.....	10
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO II.....	17
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	18
2.1 Antecedentes.....	18
2.2. Base teórica conceptual.....	18
CAPITULO III.....	31
MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Tipo de investigación.....	32
3.2. Enfoque de la investigación.....	33
3.3. Población y muestra.....	35
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5. Análisis de datos.....	37
3.6. Rigor científico.....	38
3.7. Principios éticos.....	39
CAPITULO IV.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
CAPITULO V.....	98
CONSIDERACIONES FINALES.....	99
RECOMENDACIONES.....	103
REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS.....	104
Apéndice A: Consentimiento Informado.....	122
Apéndice B: Entrevista.....	123

RESUMEN

La presente investigación cualitativa con enfoque comparado. Tuvo como interrogantes de investigación científica: ¿Cómo es el autocuidado de la salud del adulto mayor varón en comparación con el autocuidado de la salud del adulto mayor mujer? ¿Qué semejanzas y diferencias hay en el autocuidado de la salud del adulto mayor varón con el adulto mayor mujer?. El objetivo que guio la investigación fue: “Caracterizar, analizar y comprender el autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención. La población lo constituyeron todos los adultos mayores varones y mujeres que integran un Centro de atención integral del adulto mayor Chiclayo. La muestra fue determinada por saturación. Se utilizó la entrevista abierta a profundidad conservándose el anonimato, respetando los principios éticos y de rigor científico. En el tratamiento de datos se usó el análisis temático, el cual dio origen a las siguientes categorías: **Hábitos en la alimentación** donde hay semejanza en ambos adultos mayores, **Cuidando la higiene personal** cuya semejanza en ambos adultos se enfatiza en el baño diario e higiene matinal observando diferencia con aumento en la frecuencia del baño en verano en las mujeres; luego similar en ambos sexos el **Cuidando de la actividad física aunque con limitaciones**; **Procurando el descanso** mediante siestas y leyendo como distracción, emerge la diferencia en la realización de actividades del hogar realizado por las mujeres; hay semejanza en ambos adultos: **Cuidando del patrón del sueño**. Finalmente, **emergen los cambios en el apetito**; **Preocupación por alteración del patrón del sueño y Repercusión de la situación económica para una alimentación balanceada**. Palabras Claves: Adulto mayor, autocuidado, envejecimiento, CIAM.

ABSTRACT

This qualitative research comparative approach. Had as questions of scientific research: How is the self-care of the elderly male compared to the self-care of the elderly woman? What similarities and differences are there in the self-care of the elderly male with? elderly woman ?. The objective that guided the research was: "To characterize, analyze and understand the self-care of the elderly man and woman who come to a comprehensive care center. The population is constituted by all adults older men and women who make up a Center for comprehensive care of the elderly Chiclayo. The sample was determined by saturation. open to depth interview preserved anonymity was used, respecting ethical principles and scientific rigor. In the data processing thematic analysis, which gave rise to the following categories it is used: Eating habits where there is similarity in both elderly, Caring personal hygiene in both adults whose likeness is emphasized in the daily bath and morning hygiene difference observed increase in the frequency of bathing in summer in women; then similar in both sexes Taking care of physical activity although with limitations; Seeking rest through naps and reading as a distraction, emerges the difference in performing household activities performed by women: There is similarity in both adults: Caring sleep pattern. Finally emerge changes in appetite; Concern altered sleep pattern and Impact of the economic situation for a balanced diet.

Keywords: Elderly, self-care, aging, CIAM.

CAPÍTULO

I

INTRODUCCIÓN

Actualmente la estructura de la población mundial está cambiando; el número de personas de 60 años o más aumenta en relación a la población total. La distribución de la población mundial según las edades está pasando por una profunda transformación, pues a medida que la mortalidad y la fertilidad han ido descendiendo, la distribución se está modificando gradualmente en favor de las edades más avanzadas. Todas las regiones del mundo están experimentando este cambio, así tenemos que desde 2009, se estimó que 737 millones de personas tienen 60 años o más lo que constituyen a la "población de edad avanzada" del mundo. Por otro lado, se prevé que este número se incrementará a 2 millones más para el 2050, por lo que las personas adultas mayores superarán en número a la población infantil (personas de 0 – 14 años)¹.

En los países desarrollados el porcentaje de personas mayores también es elevado, así tenemos que en Europa, uno de cada cinco personas es ya de 60 años o más. En Asia, América Latina y el Caribe la relación es uno de cada diez, y uno de cada 19 en África. Si comparamos, vemos que el envejecimiento de la población está avanzando más rápido en los países en desarrollo que en los países desarrollados, donde el envejecimiento de la población está más avanzada². Por lo que, para el 2050, se prevé que el 79% de las personas mayores de 60 años vivirán en países en desarrollo³.

Nuestro país no es ajeno a esa tendencia. La progresiva transformación que viene experimentando la estructura etaria de la población peruana es un fenómeno

que compromete a todos los grupos poblacionales y resulta más evidente en los adultos mayores.

En el Perú, el porcentaje de población de 60 a más años, en el año de 1990 fue de 1318,6 (6,1 %). En el 2000 fue 1 854,5 (7,1%) mientras que en el año 2013 fue 2 807,4 (9,2%) siendo su edad promedio de este grupo poblacional alrededor de los 69 años. (INEI, 2013). Sin embargo para el año 2021 esta cifra aumentara a 3 726,5 (11,2%)⁴.

Con respecto a la población adulta mayor por departamento, Moquegua y Arequipa tienen los más altos porcentajes 10,6% cada uno, seguido de Lima y la Provincia Constitucional del Callao con 10,4% cada uno, Ica y Lambayeque con 10,0% cada uno y Áncash con 9,9%. En el otro extremo se encuentra Madre de Dios con 4,8% y Loreto con 6,2% de población adulta mayor.

En el año 2010 de un total de 2 533 488 adultos mayores, en el departamento de Lambayeque la cifra de adultos mayores es de 110 525 (9,2%) y para el año 2013 esta cifra aumentó a 123 592 (10,0%)⁵. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, en los países en desarrollado la sociedad comienza a plantearse problemas sanitarios y sociales que hace poco tiempo eran escasamente considerados. Situación que se observa también en Perú. Es así que el Ministerio de Salud dentro de sus Lineamientos de Política refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable⁶.

Frente a lo mencionado, se plantea que la mejor contribución del individuo para superar los cambios que conllevan el proceso de envejecimiento es el autocuidado que consiste en fomentar estilos de vida saludables a una edad temprana, de manera que los adultos mayores del futuro, eviten algunos problemas de salud o estén mejor capacitados para enfrentarlos. El autocuidado no es solo una función inherente a los profesionales de la salud, sino que también involucra al adulto mayor, a su familia, a sus vecinos, a los grupos de voluntarios y a la comunidad en general, por lo que ellos poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de autocuidado y para incorporar a su vida diaria conductas de salud que fomenten su bienestar integral para la solución de sus problemas.

En los usuarios de un Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en Lambayeque en el año 2012, hemos encontrado que la mayoría de los adultos mayores registrados en este programa no acuden a las sesiones brindadas para mejorar su autocuidado, lo que conlleva a la falta de conocimientos de los adultos mayores para realizar óptimamente su autocuidado.

A partir de lo anterior expuesto se plantean las siguientes interrogantes: ¿Qué cuidados realizan las personas adultas mayores para conservar su salud?, ¿Son conscientes los adultos mayores que son los principales responsables de su salud?, ¿Qué realizan para conservar su alimentación? ¿Qué realizan para conservar su descanso? ¿Cómo realizan su higiene, y con qué frecuencia? ¿Qué realizan para conservar su actividad física? ¿En cuál de las actividades enfatizan más los hombres en comparación con las mujeres?, ¿Qué diferencias o similitudes tienen los adultos

mayores varón y mujer en su autocuidado? ¿La familia contribuye para el cuidado de la salud del adulto mayor?.

De la situación descrita finalmente emergen las siguientes interrogantes de investigación científica:

¿Cómo es el autocuidado de la salud del adulto mayor varón en comparación con el autocuidado de la salud del adulto mayor mujer? ¿Qué semejanzas y diferencias hay en el autocuidado de la salud del adulto mayor varón con el adulto mayor mujer?.

Actualmente en el Perú se viene experimentando un incremento de la población adulta mayor y en consecuencia un aumento de la demanda de atención en la salud de este grupo etario. Las Políticas del Ministerio de Salud buscan impulsar un envejecimiento activo y saludable mediante lineamientos y estrategias, para mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores en relación a su entorno.

Las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de la vida, ya que son un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado los aspectos propios del envejecimiento, la alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y la mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, situándolos así en una posición de vulnerabilidad lo que contribuye al deterioro de la salud de estas personas.

El profesional de enfermería como parte del equipo de salud en el primer nivel de atención tiene como responsabilidad incentivar el autocuidado del adulto

mayor ya que la práctica del Autocuidado juega un papel indispensable porque implica que el adulto mayor asuma voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad y mortalidad en el adulto mayor y mantener una calidad de vida durante los años que logre vivir.

Es allí donde el profesional de enfermería, juega un papel importante en la promoción e interiorización de las prácticas de autocuidado de la salud, en su rol de promotor de la salud, orienta y motiva en la persona adulta mayor, familia y comunidad la práctica del autocuidado, lo que implica pasar de una relativa dependencia o pasividad a una autonomía o participación activa y responsable, que permitirá al adulto mayor envejecer naturalmente y mantener su estado de salud, dirigiéndose hacia el bienestar⁷; sin embargo, no existen estudios que reflejen la realidad del trabajo de la enfermera y sobre todo del autocuidado de los adultos mayores, por eso se justifica el presente estudio.

El adulto mayor que trabajó toda una vida, muchas veces sigue trabajando en desmedro de su salud y generalmente las mujeres continúa en la labor doméstica y cuidando de sus descendientes como son los nietos; sin embargo, no hay estudios que reflejen esta situación, por eso se justifica también esta investigación porque pretende develar el fenómeno en estudio en la perspectiva de género.

La importancia radica en que los resultados permitirán la comprensión de la diferencia y/o similitud que existe en la realización de sus acciones cotidianas en los dos adultos mayores con la diferenciación de género: varón y mujer. Luego

permitirá un análisis sobre la labor del personal de salud en especial de enfermería sobre las orientaciones para el autocuidado hacia este grupo etario; así mismo, servirán como un soporte teórico y metodológico, para optar estrategias de orientación para el autocuidado de los adultos mayores, y puedan así realizar cambios, modificaciones en su estilo de vida.

A la Facultad de Enfermería le servirá para reforzar los contenidos en la asignatura correspondiente de ser necesario.

A las investigadoras permitirá familiarizarse con la metodología de investigación para desarrollar actitudes y capacidades de investigación, que fortalecerán la formación académica impartida, como función esencial del profesional de enfermería. Y finalmente la investigación contribuirá a ser una fuente bibliográfica primaria para enriquecer el marco teórico de posteriores investigaciones del mismo ámbito.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I: Introducción, aquí se detalla la situación problema, el problema, los objetivos y la justificación e importancia.

CAPITULO II: Marco Teórico, que comprende los antecedentes, los cuales nos va a servir para la discusión, la base teórica conceptual, y el marco contextual donde se desarrolla la investigación.

CAPITULO III: Marco Metodológico, donde se estudia el tipo de investigación, enfoque de la Investigación, Población y Muestra, Métodos y

Técnicas de Recolección de Datos, Análisis de los datos, Rigor Científico y Principios éticos

CAPITULO IV: Resultados Y Discusión, donde se presentan las categorías y subcategorías, teniendo en cuenta al objeto de la investigación y a los objetivos.

CAPITULO V: Consideraciones Finales, Recomendaciones

CAPITULO

II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

No se encontraron estudios relacionados.

2.2. Base Teórica Conceptual

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable, el envejecimiento es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 años a más, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010 a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel nacional, regional y local⁸.

Asimismo se define al envejecimiento como un proceso natural e inevitable durante el cual ocurren un conjunto transformaciones y /o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; se dice que es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Dichos cambios que se producen se dan a niveles: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales psicológicos y/o funcionales; una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación de la persona⁹.

El envejecer es además un proceso universal, progresivo, declinante, intrínseco, irreversible e individual que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las condiciones del entorno. Sin embargo, los

cambios que sufren los órganos y tejidos durante este proceso no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales que se presentan de forma universal, porque es propio de todos los seres vivos; progresivo, porque obedecen a un proceso acumulativo; declinante, porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual; intrínseco, porque ocurren dentro de la persona a pesar de ser influenciada por factores ambientales; irreversible, porque no se pueden detener ni revertirse ; individual porque cada especie tiene su propia característica de envejecimiento la cual varía enormemente de sujeto en sujeto¹⁰.

Para las investigadoras, de acuerdo con la concepción anterior, envejecer es un proceso que aparece como consecuencia del paso del tiempo y comprende no solo modificaciones físicas sino también ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y del contexto en que se desarrolló la persona en etapas anteriores.

Asimismo se considera que los factores culturales, educativos, socioeconómicos, las experiencias, expectativas y la adaptación en el diario vivir de cada persona no sigue un patrón establecido, por lo cual cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto y de órgano en órgano dentro de la misma persona, las cuales son diferentes y únicas, dándole el carácter de individualidad y heterogeneidad a esta etapa última de la vida y por lo cual se cree que es importante que el equipo de salud tome en cuenta esta característica, ya que no se pretenderá que todos los adultos respondan de la misma

manera a las intervenciones; preventivas, promocionales o de rehabilitación; que podamos realizar.

El envejecimiento como proceso (envejecimiento normal) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. El ritmo en esos cambios se produce en los distintos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos en forma desigual. El punto de corte para definir el envejecimiento es la edad de 60 años, pero para los efectos biológicos, este punto lo marca la declinación de las actividades somáticas y mentales. A este respecto la OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años¹¹.

Dentro del proceso de envejecimiento, se llama vejez, edad avanzada, edad tardía, tercera edad, ancianidad o adulto mayor; al periodo de vida comprendido entre los 60 y 65 años de edad hasta la muerte. Es esta etapa a la que más nombres se le han asignado en cada sociedad, como una forma de disfrazar innecesariamente la realidad determinada en cada persona en forma genérica. Las naciones unidas denominan adulto mayor a toda persona mayor de 65 años y de 60 años para aquellos países en desarrollo¹².

De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA), la etapa del adulto mayor se refiere a las personas de ambos sexos de 60 años a más. Asimismo, que es esta etapa una época de la vida en que se ha rebasado la barrera imprecisa de la medianía de edad y se entra en un período, que si bien puede acarrear angustias, problemas físicos, emocionales y económicos, aporta una serie de compensaciones como una mayor y profunda experiencia, una visión y sentido diferente de la vida¹³.

Asimismo se describen otros criterios de definición y selección de las Personas Adultas Mayores, siendo una de las cuales se realiza mediante la valoración clínica del adulto mayor (VACAM). La aplicación del VACAM inicial se concluye al identificar si el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño.

La persona adulta mayor que vive en la comunidad puede ser Activo Saludable, aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas; es aquella persona mayor capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado. La persona Adulta Mayor Enferma a aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante.

Mientras que la persona Adulta Mayor Frágil es aquella de 80 años a más, dependencia parcial, y que presenta tres o más enfermedades crónicas que padezca el adulto mayor por último se denomina Paciente Geriátrico Complejo a aquella persona adulta mayor que presenta una enfermedad principal de carácter incapacitante, deterioro cognitivo severo y un problema social en relación con su estado de salud.

En el presente estudio las edades de las personas con las cuales se trabajará oscilan entre los 60 a 80 años, considerándose a este grupo etáreo de acuerdo a la valoración clínica del adulto mayor (VACAM), como Adultos Mayores Activos Saludables porque realizan diversas actividades de la vida cotidiana por sí solos

como alimentarse, vestirse, entre otras. Sin embargo, ellos refieren tener desconocimiento o poco conocimiento sobre cómo cuidarse a sí mismos, cómo promover su salud y prevenir enfermedades. Esto debido a que gran mayoría de ellos presentan bajo nivel educativo y escasos recursos económicos.

Carter, considera la etapa adulta mayor como una etapa del desarrollo con sus propios problemas y tareas específicas. Es la época en la que la persona puede reexaminar su vida, resolver asuntos inconclusos, decidir cómo canalizar mejor sus energías y pasar mejor los días, meses o años que les quedan¹⁴.

Para Erikson, el logro mayor de esta última etapa de vida es el sentido de integridad del yo, o integridad del sí mismo, un logro basado en la reflexión de la propia vida. En la octava y última etapa del ciclo de vida, la integridad del yo frente a la desesperanza. En este sentido, el sentimiento de integridad resulta de la capacidad de la persona de mirar hacia atrás y contemplar la vida con satisfacción; el sentimiento de angustia y depresión se encuentra en la persona que ve su vida como una serie de oportunidades fallidas y de deducciones equivocadas, dándose cuenta ahora en los años crepusculares que es demasiado tarde para volver a empezar, para esta persona, el resultado inevitable es un sentimiento de desesperación acerca de aquello que podría haber sido y no fue.

Aunque la integridad debe superar a la desesperanza para que esta etapa se resuelva con éxito, Erikson sostenía que sentir desesperanza es inevitable. Las personas necesitan llorar, no solo por sus desdichas y oportunidades perdidas sino también por la vulnerabilidad y fugacidad de la condición humana. Sin embargo, también sostiene que incluso cuando las funciones del cuerpo se debilitan, las

personas deben mantener una “participación vital” en la sociedad, por lo que concluyó que la integridad del yo proviene no sólo de la reflexión sobre el pasado sino de la estimulación y desafío continuos.

De esto se deduce que si la persona ha superado adecuadamente los conflictos, podría tener una ancianidad satisfactoria y productiva; en cambio no la tendría la persona cuya vida estuvo llena de frustraciones y conflictos emocionales ocasionados por ella misma o por su medio y que no los pudo superar, cuyo resultado es una vejez insatisfecha. Es decir, según haya sido el estilo de vida, tipo de trabajo, recreación y tensiones, todas las funciones de la estructura orgánica de la persona se someten a un deterioro más o menos diferenciado, no necesariamente correlativo a edad cronológica pero inevitable¹⁵.

Las personas adultas mayores, como colectivo, pueden presentar situaciones sociales y personales caracterizadas por una serie de carencias y dificultades, que las coloca en una posición de riesgo o fragilidad¹⁶.

Siendo una de las principales esferas del ser humano la más afectada en esta etapa de vida; la esfera social, es por ello que de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividad en el adulto mayor, la cual enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas¹⁷.

“En este sentido, el tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada.” (Cariou)¹⁸.

Desafortunadamente, según consideran las investigadoras, en las distintas sociedades se exhiben conductas; tales como juzgar a un adulto mayor por su edad, por su lentitud o deterioro natural, así como tener actitudes peyorativas todo esto es considerado una forma de discriminación, a la que en los últimos años se ha denominado "fenómeno del viejismo". En dichas sociedades rechazan al adulto mayor por considerarlo inútil e improductivo. A todas estas circunstancias se suma el abandono familiar, aflicción, falta de comunicación y escasa participación social, que en general se ofrece a este grupo de población.

Ante dicho fenómeno colectivo la sociedad misma debe reconocer y aceptar al adulto mayor como una persona con los mismos derechos y deberes que cualquier otra persona que se encuentre atravesando una distinta etapa de vida; pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y socioeconómicas diferentes, las cuales deben ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias¹⁹.

Actualmente, es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en los programas de salud tanto en el sector público como privado; y en los cuales, el autocuidado representa una alternativa eficaz para el logro de objetivos y metas, ya que al mejorar los conocimientos sobre el concepto de salud, control de enfermedades, disminución de factores de riesgo y promoción de conducta de autocuidado, se traducirá en una población adulta mayor más saludable con mayor oportunidades para generar iniciativas y así mejorar la calidad de vida en esta etapa por la cual se encuentra atravesando ²⁰.

En dicha etapa de vida el adulto mayor busca incorporar a su vida diaria conductas para mantener su salud física, social, mental y espiritual que favorecerá

su calidad de vida, tendiendo a abandonar los estilos y conductas que le son perjudiciales, dirigidas a mantener y mejorar su salud, a lo cual se denomina autocuidado.

¿Qué es el autocuidado?, etimológicamente este término se presenta conformado de dos palabras: “Auto” del griego auto que significa "propio" o "por uno mismo", y “Cuidado” del latín cogitatus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio o cuidado por uno mismo²¹.

El Ministerio de Salud (MINSA) define el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona²².

Según Coppard menciona que el autocuidado son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales.

Las prácticas de autocuidado incluyen el poseer habilidades para realizar diagnósticos sencillos luego de hacer una valoración propia de su estado de salud, dentro de las cuales incluyen una alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para

prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación , manejo del tiempo libre, dialogo y adaptaciones favorables a los cambios en el contexto. Lo cual significa que la mayoría de estas habilidades son fáciles de enseñar y aprender; y con pocos riesgos de complicaciones en ausencia de un profesional²³.

Orem, define al autocuidado como la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo, asimismo lo menciona como una práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. De acuerdo con lo que menciona Orem, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales²⁴.

Orem y Coppard comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado, en tal sentido, los integrantes del equipo de salud en razón de su preparación y responsabilidad profesional están llamados a convertirse en agentes facilitadores de este proceso. Por lo tanto con el objetivo de encaminar al personal de salud; principalmente al profesional de enfermería para conseguir el autocuidado de la persona se señalan cinco premisas enunciadas por Orem en su teoría de autocuidado.

En su teoría de Orem menciona : Los seres humanos necesitan estímulos que actúen sobre ellos y su entorno para seguir vivos; la actividad del hombre se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás; las

personas experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismos; la actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades; y los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan tareas y asignan responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan privaciones.

Así mismo, se menciona que si se lleva a la práctica la teoría de Autocuidado de Orem deben seguirse los siguientes pasos: Primer paso; implica el examen de los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación de la persona asimismo El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. Segundo paso; Implica el diseño y la planificación, se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. El Tercer pasó; Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

También Orem, considera que el rol de la enfermera consiste en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a su autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: Actuar, guiar, apoyar, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona.

Las concepciones mencionadas sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fenómeno de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la

salud y rehabilitación. Además, es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico, y otras que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser holístico²⁵.

Se mencionan asimismo factores que influyen en la forma de autocuidarse en las cuales se mencionan: la edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, roles que desempeña la persona, estado de salud, entre otros²⁶.

En las prácticas de acciones de autocuidado existen diferencias entre las que desarrollan tanto las mujeres como las que desarrollan los varones. Un análisis realizado permite comprobar que, más allá de algunas diferencias entre los varones y mujeres, los varones saben lo que significa cuidar en un sentido más amplio, ponen en valor la necesidad de cuidado de ellos mismos, reconocen el esfuerzo, las energías que supone cuidar y el deterioro emocional y físico que genera.

El cuidado de la salud en el sexo femenino, el cual siempre es considerado como sexo débil por lo que se ha estereotipado a la mujer como cuidadora de la salud de su familia, pudiéndose considerar que también cuida adecuadamente de su propia salud.

Sin embargo, no se evidencian diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres, es decir, que la mujer aunque se dedique más que el hombre a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor o más adecuadamente que su compañero, pues esta actividad no la incorpora a su proyecto de vida y no la percibe como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su salud y bienestar²⁷.

El autocuidado en el envejecimiento, el cual es considerado como un proceso individual en cada ser humano, se indican tres componentes básicos del autocuidado, el primero es el autoconocimiento, la autoestima y la autodeterminación, reconociendo así al autocuidado como elemento conducente al desarrollo humano integral porque propicia su autonomía, expresada en el protagonismo de su propio autocuidado de la salud²⁷.

Actualmente en el Perú se viene experimentando un incremento de la población adulta mayor y en consecuencia un aumento de la demanda de atención en la salud de este grupo etáreo. Las Políticas del Ministerio de Salud buscan impulsar un envejecimiento activo y saludable mediante lineamientos y estrategias, para mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores en relación a su entorno.

Es por eso que en el Perú en el año 2006 de acuerdo a las leyes que rigen el país se dispone la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), los cuales son creados regidos bajo la Ley de las Personas Adultas Mayores, Ley N° 28803 la cual en su Artículo 8°, dispone su creación en las Municipalidades Provinciales y Distritales.

Se define como Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) al espacio Municipal de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y la familia.

Entre las finalidades que menciona los CIAM se encuentran : Favorecer y facilitar la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores y otros actores de la jurisdicción, desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad, identificar problemas individuales, familiares o locales, combatir y prevenir los problemas de salud más comunes y realizar actividades de carácter recreativo.

Asimismo, en el enfoque se encuentra que el CIAM para los adultos mayores es considerar a las personas adultas mayores como sujetos de derechos, hacia un envejecimiento activo, saludable, productivo y participativo que promueva la equidad y asociatividad de mujeres y varones sin discriminación de ninguna clase asimismo, un enfoque intergeneracional de la familia y comunidad, orientado a reinsertar a las personas adultas mayores en actividades como: toma de decisiones familiares, participación en la educación, transmisión de experiencias, etc.

Un enfoque intercultural con valoración positiva del envejecimiento, orientado a la solución de las necesidades de las personas adultas mayores, en el contexto de los distintos escenarios culturales locales y un enfoque de desarrollo de capacidades de las personas adultas mayores, promoviéndose a través del CIAM un envejecimiento activo²⁸.

Por lo mencionado y de acuerdo con Orem, los adultos mayores como personas comprometidas deben procurar un autocuidado, para ello deben prepararse y capacitarse para poder actuar deliberadamente sobre los factores que afecten su funcionamiento y desarrollo.

En el cuidado compensatorio la enfermera debe participar educando y brindando un cuidado humanizado, estableciendo la relación de ayuda como un cuidado compensatorio, donde debe entablar las relaciones interpersonales procurando la comunicación y la empatía, considerando el respeto a la persona por su dignidad con un trato humano.

Según Waldow, el cuidar es entendido como la esencia del ser. Si el cuidar es lo que caracteriza las acciones de enfermería en sus diferentes dimensiones (asistenciales, educativas, administrativas), y es parte del ser cuidador. Ese cuidado significa realizar acciones acompañadas, siempre, de actitudes y comportamientos de cuidar; el cual es una característica que hace parte del ser y es pensado y dirigido a los seres vivos, pues fundamentalmente esta acción se constituye en la relación con los otros y en ayudarlos a crecer y a realizarse²⁹.

Se espera ahora que los profesionales de la enfermería se sientan fortalecidos para reivindicar el lugar del cuidado como fenómeno responsable de la humanización. Lo que se pretende decir es que, aunque no sea sólo una característica de la enfermería, es en ella que el cuidado se concretiza plenamente y profesionaliza, pues incluye el privilegio de estar “presente”³⁰.

El cuidado humano, sin duda, está imbuido de valores, los cuales, independientemente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto el amor, entre otros aspectos. A través del cuidado se cumple la misión de ayudar, amar y dar cariño. El amor es la expresión más alta del cuidado, según Boff (2003). Se cuida lo que se ama y al cuidar unos e vuelve más amoroso; el amor potencializa nuestra capacidad de cuidar³⁰.

Aunque constituya un atributo de todos los seres humanos en el área de la salud y en especial en la enfermería, el cuidado es genuino y peculiar. Según varias estudiosas del tema, éste es la razón existencial de la enfermería. El término cuidado humano se difunde y en cierta forma, se consagró internacionalmente. Jean Watson y Madeleine Lenninger, teóricas sobre el cuidado, son sin duda, pioneras en utilizar el término cuidado humano en la enfermería.³⁰

También Watson considera que cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente). La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente³¹.

CAPITULO

III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación fue de tipo cualitativa, la cual consiste en descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando las expresiones de los participantes: como sentimientos, pensamientos, reflexiones tal y como son, expresados por las personas y no como el investigador lo describe³².

Según Canales, la investigación cualitativa es un proceso que se obtuvo datos del contexto en el cual los eventos ocurren, en un intento para describir estos sucesos, como un medio para determinar los procesos en la cual los eventos y perspectivas de los participantes están inmersos, utilizando para ello la inducción e intentar derivar las posibles explicaciones basadas en los fenómenos observados enfocándose a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto³².

El enfoque cualitativo busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de persona o lo que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes percibieron subjetivamente su realidad³³.

Es por esta razón que en la presente investigación se eligió esta metodología la cual ayudará a enfatizar los aspectos dinámicos, holísticos, e individuales de la experiencia humana, y por ende comprender el autocuidado de la salud que tiene

los adultos mayores de forma más amplia y profunda en el contexto en el que se desarrolla.

3.2. Enfoque del estudio:

El abordaje fue un estudio comparado el cual es un procedimiento de comparación sistemática de casos de análisis que en su mayoría se aplica con fines de generalización empírica y de la verificación de hipótesis, este estudio busca comparar algunas variables para contrastar una o varias hipótesis centrales, asimismo encontrar con precisión las causas de los fenómenos observados³⁴.

La comparación implica la búsqueda de diferencias y semejanzas en el marco de un esquema general teórico que ayude a la determinación de hechos cruciales. Dichos estudios sirven para descubrir tendencias y cambios de patrones previamente identificados.

Este método por excelencia utilizado está constituido por cuatro etapas o fases: descripción, interpretación, yuxtaposición y comparación. Esto no significa que todas estén presentes en estudios comparados³⁵.

Descripción, en esta fase se trató de recoger, clasificar y presentar los datos del área objeto de estudio en las mejores condiciones posibles para emprender la interpretación, en esta fase se tratará de conseguir un conocimiento amplio y más completo posible de aquello que se pretende comparar. En la descripción se llevó a cabo tareas primordiales: el establecimiento de las unidades de análisis, la obtención y el análisis de los datos del área objeto de estudio en las mejores condiciones posibles para emprender la interpretación. Bereday, la refiere fundamentalmente a dos cuestiones principales: el examen de la información escrita

(documentación) y/o visitas al escenario donde se desarrolla el objeto de estudio permitiendo el conocimiento personal in situ, siendo de vital importancia en la mayoría de las investigaciones.

En esta investigación se describió cómo es el autocuidado de la salud del adulto mayor varones y mujeres que acuden a un centro integral de atención del adulto mayor a través del análisis de la información escrita como lo serán los discursos obtenidos de la aplicación de la entrevista abierta a profundidad para luego realizar la interpretación de los datos obtenidos del estudio.

La fase de interpretación intentó dar explicaciones sobre el fenómeno estudiado. Poniendo énfasis y profundizando la etapa descriptiva; Una vez que los datos son presentados y clasificados, se determina que el material se encuentra en condiciones para ser interpretado. En esta fase se intentó encontrar el por qué y para qué de las descripciones hechas, y si requieren de mayor conocimiento de la historia del fenómeno estudiado por parte del investigador. En la investigación se amplió la descripción y se hará la interpretación de los datos encontrados de acuerdo a las declaraciones de los adultos mayores en estudio.

La yuxtaposición, en esta fase se considera que se empieza con la verdadera comparación teniendo como finalidad colocar ordenadamente en paralelo los elementos del sistema sobre los que se viene trabajando para posteriormente concluir con la formulación de la hipótesis de comparación. Se yuxtaponen aquellos elementos de un sistema que guardan correspondencia con sus iguales en otro sistema; cuando se colocan frente a frente los elementos seleccionados, se desprende una información sobre sus diferencias y semejanzas. El objeto de la

yuxtaposición es señalar la idea guía que deberá demostrarse en la última fase del método comparativo: la comparación en sí.

En este estudio se identificaron las semejanzas y diferencias encontradas en los discursos de los adultos mayores varones y mujeres que acuden a un centro integral de atención del adulto mayor.

La cuarta fase, la comparación, este es el último paso y culminación del estudio comparativo. Este último análisis simultáneo se puede realizar comparando, uno tras otro, los puntos de comparación establecidos en la descripción, y que son los mismos para las distintas áreas que se comparan.

Los datos de las distintas áreas son tratados de un modo simultáneo con el fin de demostrar la validez o falsedad de la hipótesis. Cualquier referencia a un área irá seguida de una comparación con la otra u otras. Estas comparaciones ocurrirán a veces en cada frase, en cada párrafo o en cada página y se tratará de ver si las características de los fenómenos que se comparan se corresponden totalmente, en parte o no se corresponden. Este último análisis simultáneo se puede realizar comparando, uno tras otro, los puntos de comparación establecidos en la descripción, y que son los mismos para las distintas áreas que se comparan.

Una vez realizado este paso ya se pueden emitir conclusiones del estudio y surge un conocimiento nuevo emergido de la comparación³⁶.

El análisis de la información obtenida nos aportó datos de interés acerca de cómo realizan el autocuidado de la salud de los adultos mayores varones y mujeres que acuden a un centro de atención integral del adulto mayor.

3.3. Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores varones y mujeres que son un total de 25 los que integran un Centro de atención integral del adulto mayor. Chiclayo, escenario de nuestro estudio.

Inclusión

- Adultos mayores que asistan continuamente al Centro de integral del adulto mayor.
- Adultos mayores varones y mujeres entre las edades de 60 a 85 años que deseen participar de la investigación.
- Adultos mayores que se expresen por si solos y se encuentren orientados en tiempo espacio y persona.
- Adultos mayores que no tienen ninguna discapacidad física.

Exclusión

- Adulto mayor que no estén presentes al momento de aplicar la entrevista.
- Adultos mayores que no se encuentren orientados en tiempo, espacio y persona.

Muestra

El tamaño de la muestra se delimitó por saturación o redundancia.

Se utilizó la metodología por conveniencia, que se caracterizó por un esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos.³⁷ La investigadoras seleccionamos directa e intencionalmente a los individuos de la población a los que tuvimos fácil

acceso y a la vez que predisponían del tiempo necesario para el desarrollo de la entrevista.

Así mismo este método de saturación consiste en reunir las evidencias suficientes para garantizar la credibilidad de la investigación³³; es decir, cuando en una investigación los entrevistados coinciden en sus observaciones o apreciaciones, se dice que la información se ha saturado debido a que no aporta nuevos hallazgos, lo cual el investigador va adquiriendo confianza de que una categoría este saturada.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se usó como técnica la entrevista abierta a profundidad, que implica la realización de varias sesiones con la misma persona. Se inició con una primera entrevista de carácter muy abierto, la cual partió de una pregunta generadora, amplia, que buscó un primer relato no sesgado, la cual sirvió de base para la profundización ulterior. Utilizándose para ello como instrumento el cuestionario elaborado por las autoras, el que recogió la información de cómo realiza el adulto mayor su autocuidado³⁷.

3.5. Análisis de datos

Se utilizó el análisis temático de los contenidos³⁹ que permitió analizar a profundidad autocuidado de los adultos mayores de nuestra investigación, evaluando sus discursos. Para ello se siguió los siguientes pasos:

Revisar el material: Después de obtener los datos a través de la técnica de recolección de datos: entrevista y observación mediante la utilización de una

grabadora, se procederá a comprobar que las grabaciones estén audibles y completas, para luego analizarlos, manteniendo siempre la confiabilidad de los sujetos investigados.

Codificar los datos: se codificó las manifestaciones de los adultos mayores sobre su autocuidado, a través de seudónimos, después de ser extraídos de la cinta magnetofónica. Posteriormente se resumirá y se eliminará información irrelevante para generar mayor sentido de entendimiento del material, analizando así nuestro objeto de estudio.

Interpretación de los datos: En el análisis cualitativo es fundamental darle sentido a las descripciones de cada categoría, esto implica ofrecer una descripción completa para ubicarlas dentro del problema investigado, en este caso el autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral del adulto mayor, analizando el significado de dichas categorías, de igual forma se buscó vincular a las subcategorías y categorías.

Descripción del contexto: se describió las características de los sujetos de estudio, en este caso el autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral del adulto mayor, según los datos obtenidos durante la entrevista y observación. Este análisis nos conducirá a conclusiones que nos permitirá responder al objetivo planteado.

3.6. Rigor Científico

Según Guba y Lincoln, citados en Polit⁴⁰ consideran los siguientes criterios de Rigor Científico:

Credibilidad

La credibilidad hace referencia a que todos los datos de la investigación sean aceptables, es decir creíbles.

Para garantizar esta condición a través del presente trabajo, en primer lugar se tuvo en cuenta realizar una reunión para conversar y permitir el consentimiento de los que deseen participar del trabajo de investigación. Por otra parte la credibilidad se garantiza por el trabajo prolongado en nuestro trabajo de investigación durante el tiempo de duración, lo que asegurará un conocimiento muy cercano a la realidad del estudio. Así mismo la información que se obtuvo luego de realizar la entrevista, se plasmó de forma veraz, considerando todo lo referido por los adultos mayores.

Confidencialidad

Esta se garantizará con el acceso a la información solo a las personas autorizadas, en este caso las investigadoras deberán mantener en reserva la información que será brindada por las personas entrevistadas.

En la presente investigación la información que se obtuvo de lo referido por los adultos mayores; se mantendrá en reserva asegurando en todo momento el anonimato, asignando códigos a los testimonios brindados por cada uno de ellos.

Confiabilidad:

Una investigación con buena confiabilidad es aquella que es estable, segura, congruente, igual a sí misma en diferentes tiempos y previsible para el futuro. La confiabilidad de la investigación fue dada por medio de los sujetos de estudio, las técnicas de investigación y las investigadoras.

Se consideró tantos adultos mayores de sexo masculino y femenino, que cumplieron con los criterios de inclusión. En lo que a las técnicas respecta, estas serán específicamente las entrevistas con la que se logró la consolidación de datos, el cual se efectuará de manera individual, por cada una de las investigadoras, contrastándose éstos paralelamente con el fundamento teórico con el que se cuenta.

Objetividad:

En nuestra investigación se adoptó una conducta objetiva detallando lo que efectivamente sucede, realizando un análisis racional de los datos para llegar a una explicación sobre la temática en estudio.

3.7. Principios Éticos

Durante el desarrollo de la Investigación Científica se aplicaron los principios éticos planteados en el decreto Supremo N° 011-2011-JUS 42:

Principio de respeto a la dignidad humana:

La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto, su valor no depende de factores ajenos a su dignidad, es respetado no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana⁴¹.

En la investigación se respetó la decisión de los adultos mayores de participar o no en la investigación haciéndoles firmar un consentimiento informado; así mismo se les informó que tenían el derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio y los procedimientos específicos.

Principio de autonomía y responsabilidad personal:

La autonomía estuvo siempre orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este entendido viene integrada a la responsabilidad personal⁴¹.

Esta investigación y aplicación científica y tecnológica se desarrollará respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada. El consentimiento en tales términos supone el reconocimiento del derecho de la persona a ser tratado como un ser libre y capaz de tomar sus decisiones. El consentimiento efectuado puede ser revocado en cualquier momento, sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno para la persona.

Principio de sociabilidad y subsidiaridad:

La subsidiaridad comienza por el respeto a la autonomía de la persona, que considera atender a sus necesidades sin sustituirle su capacidad de decidir y actuar.

El principio de sociabilidad y subsidiaridad obliga a la comunidad a ayudar donde la necesidad sea mayor, por ello se entiende que la protección de la salud es de interés público y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla⁴¹.

En la investigación se les informó a los adultos mayores que tienen la libertad de retirarse de participar en el momento que ellos así lo decidan, por otro lado los resultados de la investigación fueron entregados al centro de atención del adulto mayor, para que decidan qué acciones tomar en beneficio de la población en estudio.

Principio de igualdad, justicia y equidad:

Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen. De acuerdo a las necesidades sanitarias y la disponibilidad de recursos, se adoptarán las medidas adecuadas para garantizar el acceso a la atención de salud de manera justa y equitativa⁴¹.

Teniendo en cuenta este principio en la realización de este trabajo se dio un trato equitativo a todas las personas adultas mayores que participaron en la investigación.

CAPITULO

IV

RESULTADOS Y DISCUSION

SÍNTESIS COMPARATIVA

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
<p>HABITOS EN LA ALIMENTACIÓN</p> <p>Procurando el consumo de una Alimentación Balanceada.</p> <p>Consumiendo alimentación en horarios establecidos.</p>	<p>HABITOS EN LA ALIMENTACIÓN</p> <p>Procurando el consumo de una Alimentación Balanceada.</p> <p>Consumiendo alimentación en horarios establecidos.</p>
<p>CUIDANDO LA HIGIENE PERSONAL</p> <p>Enfatizando el baño diario.</p> <p>Enfatizando la higiene matinal.</p> <p>-----</p>	<p>CUIDANDO LA HIGIENE PERSONAL</p> <p>Enfatizando el baño diario.</p> <p>Enfatizando la higiene matinal.</p> <p>Procurando el baño frecuente en verano.</p>
<p>CUIDANDO DE LA ACTIVIDAD FISICA AUNQUE CON LIMITACIONES.</p>	<p>CUIDANDO DE LA ACTIVIDAD FISICA AUNQUE CON LIMITACIONES.</p>
<p>PROCURANDO EL DESCANSO</p>	<p>PROCURANDO EL DESCANSO</p>

Descansando mediante siestas. ----- Leyendo como distracción.	Descansando mediante siestas. Realizando actividades del hogar. Leyendo como distracción.
CUIDANDO DEL PATRON DEL SUEÑO.	CUIDANDO DEL PATRON DEL SUEÑO.
EMERGEN LOS CAMBIOS EN EL APETITO	EMERGEN LOS CAMBIOS EN EL APETITO
PREOCUPACION POR ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO.	PREOCUPACION POR ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO.
REPERCUSIÓN DE LA SITUACIÓN ECONOMICA PARA UNA ALIMENTACION BALANCEADA Y CUIDADO DE LA SALUD	REPERCUSIÓN DE LA SITUACIÓN ECONOMICA PARA UNA ALIMENTACION BALANCEADA Y CUIDADO DE LA SALUD

A continuación se presenta los resultados con la discusión a la luz de la literatura:

HABITOS EN LA ALIMENTACIÓN.

La alimentación es base, para poder llegar de la mejor forma a la vejez. La alimentación y nutrición es muy importante en esta etapa de la vida, porque permite

preservar y mantener la salud, así como limitar complicaciones que son frecuentes en el adulto mayor. En esta etapa de vida, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos tiende a declinar, por lo que se debe tener un cuidado especial en la dieta balanceada que aporte una nutrición equilibrada y saludable⁴².

Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso del envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad. Valorando los cambios físicos y mentales de cada persona, conviene adecuar la dieta, buscando el equilibrio nutricional necesario para mejorar la calidad de vida⁴³.

Una correcta alimentación, hace posible mejorar la calidad de vida de una persona mayor notablemente. Una mala alimentación durante la tercera edad puede dar lugar a enfermedades en este grupo en riesgo cómo lo es el adulto mayor. Asimismo en la alimentación se indican factores de riesgo que puedan llevar a presentar deficiencias nutricionales. Uno de los factores de riesgo para que los adultos mayores presenten una alimentación no balanceada sin llegar a cubrir las necesidades nutricionales, es la presencia de preferencias, gustos o también llamados hábitos alimenticios en el adulto mayor.

Los hábitos alimentarios son la selección y elección de la cantidad, calidad, forma de preparación de los alimentos y la frecuencia de consume que el individuo

tiene, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales⁴⁴.

Estos hábitos son de naturaleza compleja y en su configuración intervienen múltiples factores que se pueden diferenciar en dos grandes bloques de condicionantes: el primero determinado por factores geográficos, climáticos, políticos, agropecuarios, económicos, de infraestructura y transporte, que influyen en la cantidad, variedad, calidad, tipo de alimentos disponibles y accesibles para el consumo. El segundo se refiere a los factores que intervienen en la toma de decisiones y en la elección individual. Dentro de este grupo se destacan los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, nivel educativo, nivel de información y concientización por la salud y cuidado personal.

Al respecto, se afirma que el acto de comer tiene entonces, un significado complejo que excede con frecuencia la necesidad biológica de satisfacer los requerimientos energéticos y nutricionales individuales.

En el presente estudio, se corrobora los hábitos alimenticios de los adultos mayores y se verifica cuando emerge la sub categoría:

Procurando el consumo de una Alimentación Balanceada.

Cuando se habla de una alimentación adecuada a las necesidades o dieta equilibrada, hacemos referencia a aquella manera de alimentarnos que nos permite obtener de los alimentos los nutrientes necesarios para mantener la salud y que se adapte a nuestras necesidades individuales: edad, sexo, actividad física, estilo de vida, así como cualquier otra condición vital⁴⁵.

Es fundamental una alimentación balanceada en cada una de las etapas de nuestra vida desde la infancia hasta la vejez. Los aspectos básicos de una dieta son los mismos a lo largo de nuestra vida, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que se produce en el envejeciendo⁴⁶.

Conforme se envejece, la persona requiere menos energía que cuando es joven. Esto se debe a que los procesos naturales del organismo requieren menor energía cuando disminuye la actividad física y hay una menor masa muscular. Con el envejecimiento los órganos y sistemas del cuerpo del adulto mayor muestran un declive en sus funciones, lo cual hace que el metabolismo y a digestión de los alimentos sea más lenta. Por lo que la dieta en el adulto mayor debe asegurar una buena disponibilidad de nutrientes, los cuales serán obtenidos por el consumo diario y fraccionado de al menos 4 ó 5 comidas diarias. Las cuales incluyen desayuno, media mañana, almuerzo, merienda, cena⁴⁶.

El desayuno es la primera comida del día que se considera la más abundante, sólida y consumida antes de iniciar la jornada laboral, por lo que deja entrever la importancia que tiene dentro de la dieta total. Junto con el almuerzo y la cena, el desayuno es también una buena fuente de energía y nutrientes; de hecho, está comprobado que sin el desayuno la alimentación dejaría de ser nutricionalmente correcta.

Es recomendable el consumo de pequeñas cantidades de alimentos durante el día, tales como se indica la frecuencia en el consumo de alimentos a media mañana, el cual debe aportar entre el 10-15% de la energía que se necesita al día

debiendo ser estos alimentos nutritivos y rico en fibra tales como frutas, verduras y cereales con fibra⁴⁷.

El almuerzo es la comida del medio día que repone las energías perdidas con la jornada de trabajo de la mañana. Una comida adecuada al medio día nos permitirá trabajar bien, por lo que es importante que en el almuerzo esté presente al menos un alimento de cada grupo nutricional⁴⁸.

La merienda es una comida necesaria y de mucha utilidad aunque con frecuencia es olvidada durante el día⁴⁸.

La cena es la última comida del día, es tan importante como el desayuno o el almuerzo, pues satisface entre el 25 y 30% del requerimiento diario de energía y le brinda al cuerpo los minerales y nutrientes que necesita durante la noche y la madrugada. Asimismo es conveniente que la cena no sea excesiva en cantidades, ni muy ricas en alimentos grasos, ya que este tipo de alimento pueden impedir conciliar el sueño, para acostarse debe transcurrir al menos 2 horas después de haber comido. Lo cual este alimento es más ligero⁴⁹.

Lo antes mencionado se verifica en los discursos brindados en las entrevistas realizadas a los Adultos Mayores varones y mujeres que participaron en el estudio:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
HÁBITOS EN LA ALIMENTACIÓN	
Procurando el consumo de una Alimentación Balanceada.	

- "... tomo avena, a veces compro soya, pan 2 a 3 lo como con palta o con tortilla de huevo o pescado frito. Mi esposa me da un buen desayuno cuando estoy en casa o cuando compro en la calle me ..." (JÚPITER, 65 años)

- "...mi desayuno fue café, pan, queso y su leche. Yo no acostumbro a comer comida en la mañana, leche tomo todos los días..." (PLUTÓN, 80 años)

- "... tomo una tasa de soya y le agrego salvado de trigo y dos panes a veces con mantequilla y otras veces con queso o aceituna y nada más"... "Leche no tomo, mayormente soya y quinua..." (NEPTUNO, 70 años)

- "...he tomado mi avena con mis 4 panes integral, ajonjolí, queso, mi algarrobina..." "La avena tomo dos veces a la semana por esa parte mi esposa hace variado quinua, soya, chocolate, leche una vez a la semana..." (MARTE, 75 años)

- "Chicha morada con maíz jora, camotes con pescado de caballa"... "Avena consumo todos los días y soya dentro de eso va la miel, algarrobina, manzanas, plátanos también como en el desayuno"... "Desayuno a las 6 am por el trabajo que uno está laborando..." (TIERRA, 67 años)

- "...Yo consumo en mi desayuno cereales, como soy de la sierra acostumbro a comer camote, papa, mote"... "Leche tomo el 50 % de los días y el resto de día consumo avena, te,

- "Consumo variado leche le hecho un poquito de café o milo, consumo 2 tarritos a la semana la hago que me alcance para 2 días, la avena consumo 3 veces por semana"... "ha y café"... (TULIPAN, 66 años)

- "...he tomado té con tamal que me provoco y pan con un pedazo de queso"... "Un día leche con un pedazo de queso y pan. Otro día tomo avena con un pedazo de palta y pan, y otro día soya"... "La leche la tomo 3 veces a la semana...porque lo vario...el pan si es todos los días..."(ROSA, 75 años)

- "...avena mi pan integral un pedazo de queso"... "La avena tomo dejando 2 días, a veces tomo mi jugo de papaya o jugo de melón, soya 1 vez a la semana... Café si tomo 2 a 3 veces en el desayuno luego de tomar mi avena..."(MAR, 68 años)

- "Hoy tomé café con garbanzo y aceitunas con aderezo de carne. Ayer si tomé mi quinua, un pan y he frito un huevo"... El consumo de leche no es tan frecuente porque me hace mal, tomo leche con chocolate a veces 1 vez por semana porque me da miedo que me haga mal..."(LUNA, 73 años)

- "Ayer en el desayuno tome una sopa y una tasa de avena nada más leche no tomo, queso rara vez, a veces una sola vez a la semana hay veces que solo como pan sólo..."(SOL, 69 años)

café. Consumo mayormente el pan, también la papa, camote, arroz. Te cuento que a veces consumo también pescado o pollo en el desayuno. Como también queso y huevo mayormente...”(SATURNO, 83 años)

Media mañana

“...Siempre como mi fruta mi plátano, manzana, naranja lo que se encuentre en el mercado...” (MARTE, 75 años)

-“A media mañana consumo manzana a veces consumo aceituna seca con pecanas, almendra y nuez ese es un intermedio son cereales secos que le dan una energía interna que repercute en la parte física maso menos consumo a las 10:00am...”(TIERRA, 67 años)

-“Si, una limonada, también plátano o alguna fruta, eso es antes del almuerzo o después del almuerzo...” (NEPTUNO, 70 años)

-“Si frutas como todos los días, de todo tipo de frutas como naranja, manzana...” (PLUTON, 80 años)

-“Muy pocas veces, pero si a veces. Todo depende del trabajo que tenga durante el día. Si es posible busco algunas cosas para alimentarme como algunos dulces, papa a la huancaína, ceviche, alguna cosa que vendan en la calle...” (SATURNO, 83 años)

- “...como mi plátano en ayunas. Porque me da colágeno y luego ya después tomo mi desayuno .Mi vaso de avena, tostadas, pan no. Todos los días hago avena...”(CAMELIA, 70 años)

Media mañana

-“...Plátano manzano o alguna mandarina...todos los días consumo frutas...”(TULIPAN, 66 años)

-“... A veces cuando me siento que tengo un poquito de hambre consumo un paquete de galletas o sino frutas...siempre consumo frutas papaya, lima o plátano...” (ROSA, 75 años)

-“... Frutas como lima, plátano de la isla a veces...que no sean muy dulces...” (MAR, 68 años)

-“... A media mañana como frutas, a veces cuando llego del mercado traigo fresas y como...” (LUNA, 73 años)

-“...Si, a las 10 de la mañana me como mi perita, mi manzana, plátano...” (CAMELIA, 70 años)

-“No como nada porque estoy trabajando, ya la fruta lo consumo en el almuerzo...” (JÚPITER, 65 años)

En el almuerzo

-“...me han hecho una sopa de menudencia con verdura, mi estofado de pescado con mi camote, una cuchara de arroz y mi jugo de chicha morada.”... “2 veces por semana como las menestras, pescado si se pudiera comer todos los días como 3 veces por semana, pollo es más rápido para hacer todos los días como, no como nada de carne roja...” (MARTE, 75 años)

-“...una fritura de huevos con espinaca y tomate, de ensalada zanahoria rayada con palta y cebolla con aceite de oliva, arroz como poquito”... “Menestras como a la semana 3 a 4 veces, pescado todos los días así sea en el desayuno y almuerzo sino es en cebiche es en chilcano, el pollo nunca como...” (TIERRA, 67 años)

-“...pescado frito, menestra de frijol y arroz con ensalada de lechuga con refresco de chicha morada”... “El frijol, lenteja, alverjita partida, casi todos los días preparan menestras, pescado dejando 1 día, 2 días se alterna con pollo o a veces carnes rojas...” (NEPTUNO, 70 años)

-“...Pescado frito, con su arroz y yuca, a veces camote”... “Menestras todos los días a veces como todo tipo de menestras lenteja, alverja, frijol, trato de variar, carnes rojas no consumo ningún día, pescado frito más, a veces

En el almuerzo

-“...guiso de pescado con arroz y yuca, refresco de limonada”... “Las menestras lo preparo el domingo o el sábado frejol o sino arveja partida. El pescado también variado lo hago dejando 2 días consumo pescado el pollo si es diario, carnes será 1 vez al mes...” (TULIPAN, 66 años)

-“...he comido caldo de verdura y arroz con guiso de pollo y cebiche”... “El pescado lo consumo varias veces como 4 a 5 veces, el pollo casi diario, menestras de vez en cuando 2 a 3 veces frejoles otro día se consume lenteja o alverja partida, la ensalada 2 veces a la semana...carne como de vez en cuando será 2 vez a la semana...” (ROSA, 75 años)

-“...hice sopa de patitas de pollo con verdura concentrada, menestra de lenteja y guiso de pollo y de refresco limonada.”... “A veces hago ensaladas de lechuga repollada, brócoli y espinaca, a la semana preparo unas tres a cuatro veces”... “El consumo de pollo a la semana es por lo menos unas 3 a 4 veces por semana., las carnes rojas sólo 1 vez por semana, el consumo de menestras tres veces por semana...” (LUNA, 73 años)

-“Ayer que ha comido en el almuerzo arroz, menestra y pescado frito”... “Ensaladas muy poco a la semana comeré 1 vez, las menestras 2 a 3 veces

sudado y ceviche..."(PLUTON, 80 años)

- "... menestras carnes, queso tamales. Mayormente eso me gusta son los alimentos de toda mi vida. La menestra las consumo un 30% de la semana, variedad como el frijol, maíz, carnero, vacuno, chanco. También consumo pescado con un 30% de los días de la semana, ensalada consume es muy saludable la ensalada de la lechuga, rabanito..."(SATURNO, 83 años)

- "Bueno sopa mi segundo y fresco. Arroz con menestra dos veces a la semana, tallarines más variados, consumo carne de pollo casi todos los días, ya lo vario con pescado dos veces a la semana. Carne de res no consumo mucho, una vez cada dos semanas. Luego de eso siempre toma mis 2 vasos de fresco, luego ya consumo mis frutas, me como 2 a 3 frutas plátano, manzana, pera, durazno. Lo que haya en la temporada lo vario comprando y como..."(JÚPITER, 65 años)

Merienda

- "Como plátanos con manzanas, como bastantes plátanos como 5 esa es mi rutina de comer siempre..."(TIERRA, 67 años)

En la cena

- "Casi muy poco por circunstancias de la edad la comida en la cena me cae mal, pero si como algo unas 4 cucharadas de arroz con alguna cosita acompañado de su agüita de manzanilla, anís, etc"... "Un poquito

por semana, de todo tipo de menestras..." (SOL, 69 años)

- "Arroz menestras pescado frito o sudado, pedazo de yuca, camote o papa cuando preparo el pescado sudado. Siempre vario. El pescado lo preparo 3 veces a la semana, las menestras si las consumo diario. Consumo ensaladas de betarraga con zanahoria, espinaca también lechuga repollada, las ensaladas las preparado todos los días Vario, hago chicha morada. Ya después ya no como nada hasta la noche..."(CAMELIA, 70 años)

- "... he tomado mi sopa de gallina, arroz solo...jugo de papaya."... "El pescado como 3 veces a la semana y el pollo consumo 4 días a la semana, como sopa de pollo porque carne no como, menestras 4 veces a la semana hago..." (MAR, 68 años)

Merienda

- "...como a veces un plátano con pan y tomo un té..."(ROSA, 75 años)

"Si a veces pero no chocolates sino mazamorras, cheuches ..." (LUNA, 73 años)

En la cena

- "Ayer comí galletas solamente con un pedacito de queso y mi milo. El café tomo dejando un día de preferencia en la noche..." (TULIPAN, 66 años)

<p><i>de arroz, pescado frito y manzanilla..."</i> (MARTE, 75 años)</p> <p><i>-“Ayer comí 3 galletas integrales con mi avena y un huevo pasado”... “Tomo manzanilla porque es desinflamante y también consumo el romero es para curar todas las flatulencias por eso que es bueno...”</i>(TIERRA, 67 años)</p> <p><i>-“Bueno en la noche acostumbro a tomar un lonche nada más con soya y algarrobina con una cucharadita de salvado de trigo, dos panes con mantequilla y una fruta...”</i>(NEPTUNO, 70 años)</p> <p><i>-“En la noche ya no como pan, como lo que sobra a veces del almuerzo y refresco no tomo, café en las noches, leche de tarro...”</i>(PLUTON, 80 años)</p> <p><i>-“Consumo a veces comida del almuerzo, pero yo no consumo comida de un día para otro. No tomo infusiones en la noche, solo cuando me siento mal. Yo tomo más café...”</i>(SATURNO, 83 años)</p> <p><i>-“Ya poco lo que ha quedado del almuerzo, a veces cafecito cuando hay o manzanilla. Algo ligero. Siempre mis comidas las como a las mismas horas, yo no cambio de horario...”</i>(JÚPITER, 65 años)</p>	<p><i>-“Ayer consumí en la noche mi leche como pan y plátano sancochado”... “más tomo manzanilla...”</i>(ROSA, 75 años)</p> <p><i>-“Ayer tome anís a veces con nada porque estoy llena...”</i>(MAR, 68 años)</p> <p><i>-“En la noche acostumbro comer aguadito, no acostumbro comer el almuerzo del día, preparo otra vez los alimentos, en la noche casi no como pan y si como le quito la miga de pan para que no engorde...”</i>(LUNA, 73 años)</p> <p><i>-“Como pan, con manzanilla, toronjil, hierba luisa, menta, porque me he dado cuenta que en las noches comer arroz me hace mal, comida muy poco me hace daño, tengo miedo porque después mi barriga se eleva por gases...”</i>(SOL, 69 años)</p> <p><i>Un vaso de avena con tostadas, lo que queda del almuerzo lo caliento y me lo como...”</i>(CAMELIA, 70 años)</p>
--	---

Como se observa en el cuadro anterior, existen semejanzas tanto en los adultos mayores varones y mujeres en la ingesta del número de comidas consumidas al día.

En el caso de varones y mujeres el total de ellos presentan un consumo entre 4 a 5 comidas al día. Considerado adecuado según el requerimiento nutricional que presenta el adulto mayor.

El consumo de solo 3 comidas al día se observó solo en los adultos mayores varones y en el caso de las mujeres no fue referido.

En lo referente a los hábitos alimentarios de los adultos mayores se encontró que la mayoría consume tres comidas al día o más. Además los discursos evidencian que tanto en los adultos mayores varones como mujeres existe una semejanza en lo referente al consumo de frutas y verduras a media mañana. Los cuales dependen de factores como el trabajo y falta de tiempo en el caso de adultos varones.

En estudios realizados⁵⁰ reconocen los beneficios fisiológicos y metabólicos del consumo de frutas y verduras los cuales varían de acuerdo con el tipo de fibra. Los alimentos ricos en fibra soluble han mostrado que mejoran la concentración de lipoproteínas y lípidos sanguíneos además actúan como antioxidantes. Esos hallazgos son importantes ya que recomiendan incluir estos alimentos en la dieta de los adultos mayores.

Se observa en los adultos mayores en estudio un bajo consumo de frutas y verduras lo que llevara a no cumplir con los beneficios brindados por estos grupos alimenticios según lo expuesto anteriormente. También en los discursos se refleja que los adultos mayores consumen una dieta variada en el que incluyen el consumo de cada uno de los grupos alimenticios e incluso la ingesta de alimentos ricos en fibra en su día a día. Asimismo, los adultos mayores cumplen con el número de

comidas recomendadas y con el horario en la ingesta de cada una de las comidas en el día.

Pese a lo anterior descrito los adultos mayores en los discursos indican el consumo de café y té incluidos en el desayuno y la cena. En adultos mayores mujeres se muestra que refieren consumir café una vez al día; en el caso de los adultos mayores varones sólo uno de ellos indica que si consumen. Al respecto, durante la entrevista los adultos mayores varones refieren que el consumo de café es dañino para su salud por lo cual no consumen.

Según el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y el Comité conjunto nacional para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión, en su más reciente informe, no menciona que el café o a la cafeína sean factores de riesgo para hipertensión. La Asociación Americana del Corazón afirma que tomar café con moderación (1 a 2 tazas al día), no parece tener efectos adversos⁵¹. En este estudio, se afirma que la mayoría de los entrevistados no tienen ese hábito ya que consumen 1 taza de café que de acuerdo a lo mencionado en la asociación del corazón no les haría daño.

Luego aparece la siguiente subcategoría que demuestra que el adulto mayor varón y mujer tiene horarios establecidos para el consumo de sus comidas:

Consumiendo alimentación en horarios establecidos

Si bien es cierto alimentarse bien es fundamental ya que ésta repercute de forma directa sobre nuestra salud. Durante la tercera edad es de vital importancia cuidar la alimentación.

Este cuidado de la ingesta dietética no solo se debe conocer la frecuencia, cantidad y grupo de alimentos que se debe consumir para mantener un buen estado de salud, debemos también conocer los horarios del consumo de estos alimentos para su mejor absorción y así poder establecer determinadas intervenciones dirigidas a mejorar los niveles de salud en los adultos mayores que son más vulnerables.

Resulta evidente que una de las características del envejecimiento es la pérdida o reducción de la eficacia de los mecanismos homeostáticos que actúan ante estímulos externos o desequilibrios internos del organismo. El proceso que conduce al envejecimiento comprende un conjunto de fenómenos que interactúan entre sí, donde los ritmos biológicos participan y regulan múltiples aspectos; implica, además, una alteración de la homeostasis predictiva o reostasis entendida ésta como la capacidad de modulación de las respuestas homeostáticas para permitir la anticipación a los cambios periódicos y por tanto previsibles del entorno.

Se sabe que el anciano presenta alteraciones de los ritmos circadianos de metabolismo, en la nutrición y alimentación, del ciclo de sueño/vigilia, de temperatura corporal, cortisol y melatonina; sin embargo, se conoce muy poco acerca de cómo envejece el sistema circadiano, que es el principal regulador de la homeostasis predictiva⁵².

En base a este concepto, podemos decir que hay momentos en los que el organismo experimentará un mayor desgaste energético y otros en los cuales entrará en reposo, sin tener apenas un gasto de energías. Entonces, el consumo de alimentos debe adecuarse a estos requerimientos para obtener el mejor rendimiento.

La sincronización por horarios regulares de alimentación es sin duda un potente sincronizador de los ritmos biológicos, el alimento tiene su efecto principalmente sobre los osciladores periféricos, es importante mencionar que este efecto sincronizador sólo se logra con el hábito de comer todos los días a las mismas horas⁵³.

Los horarios del cuerpo recomendables para realizar las comidas son comenzando con el desayuno, entre las 7 y 9 de la mañana, El desayuno es uno de los alimentos clave en una dieta saludable. Pero como no todos tienen los mismos horarios, lo importante es desayunar una hora después de haberse levantado. Lo ideal es hacerlo entre las siete y nueve de la mañana, ya que es durante ese horario que se produce la absorción de nutrientes en el intestino delgado.⁴⁹

El almuerzo, entre las 12 y las 13hs, la merienda a las 5 de la tarde, y la cena que no debe pasarse de las 7 o 9 de la noche, ya que luego de esta hora, el cuerpo comienza a mermar su actividad, pues entra en la fase de reposo y el metabolismo se enlentece notoriamente.⁴⁹

Los siguientes discursos reflejan los horarios de alimentación de los adultos mayores:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Consumiendo alimentación en horarios establecidos.	
<p>Horario del Desayuno</p> <p>- “como yo voy a mi monte tomo a las 9:30am a veces varia la hora...” (MARTE, 75 años)</p> <p>- “Desayuno a las 6 am por el trabajo que uno está laborando...” (TIERRA, 67 años).</p> <p>- “... Desayuno estoy tomando a las siete de la mañana y siempre es a la misma hora, salvo por algún motivo pero mayormente tengo una hora ya determinada no pase de allí ...” (NEPTUNO, 70 años)</p> <p>- “El horario es fijo, estable de 8 a 9...” (SATURNO, 83 años)</p> <p>- A las 7 o 7:30 am ...” (PLUTON, 80 años)</p> <p>Horario del Almuerzo</p> <p>- “Todos los días almuerzo a las 2pm ahí si es fijo...” (MARTE, 75 años)</p> <p>- “Yo almuerzo 1:00 pm, siempre es a la misma nosotros salimos a esa 12:00pm de trabajar mientras nos arreglemos a esa hora estoy almorzando...” (TIERRA, 67 años).</p> <p>- “El almuerzo a eso de la una de la tarde o a la una y media y siempre es</p>	<p>Horario del Desayuno</p> <p>- “...7:30 am siempre es la misma hora...” (TULIPAN, 66 años)</p> <p>- “...Lo tomo 9 am y siempre es el mismo horario...” (MAR, 68 años)</p> <p>- “...Lo tomo a las 7:30 de la mañana, a veces varia cuando voy al mercado y me hago tarde en desayunar...” (LUNA, 73 años)</p> <p>- “Tomo a las 10:00a.m...me siento a tomar después que termino de hacer mis cosas...mi horario de desayuno no es fijo...” (ROSA, 75 años)</p> <p>- “...A veces a las 9 de la mañana ...” (SOL, 69 años)</p> <p>Horario del Almuerzo</p> <p>- “El almuerzo es a la 1-1:15 pm siempre es a la misma hora...” (TULIPAN, 66 años)</p> <p>- “...a veces almuerzo a la 1 a 2pm pero no siempre es a la misma hora. ...” (ROSA, 75 años)</p> <p>- “...A la 1:00pm siempre es la misma hora que almuerzo...” (MAR, 68 años)</p> <p>- “...A la 12:30 pm siempre es la misma hora que almuerzo...” (LUNA, 73 años)</p>

<p>la misma hora que almuerzo..."(NEPTUNO, 70 años)</p> <p>- "...A las 12 pm..." (PLUTON, 80 años)</p> <p>Horario de la cena</p> <p>- "...Como a las 8:00pm siempre es a la misma hora..." (MARTE, 75 años)</p> <p>- "...Como a las 7:00 a 8:00pm no siempre es el mismo horario pero es una comida simple..." (TIERRA, 67 años).</p> <p>- "...A las 6 o 7 de la noche ..." (PLUTON, 80 años)</p> <p>- "...A las 8 pm, no como muy tarde..." (SATURNO, 83 años)</p>	<p>- "...Será 1 de la tarde o 2 de la tarde más o menos a veces, no tengo horario fijo, pero de las 2 p.m. no paso..."(SOL, 69 años)</p> <p>- "... a veces lo tomo a las 7 o a veces 8.30 de la noche espero a mi esposo..." (CAMELIA, 70 años)</p> <p>Horario de la cena</p> <p>- "...7:00pm a veces un poquito más tarde cuando estoy ocupada tomo a las 8pm, depende señorita a la hora que me desocupo..."(TULIPAN, 66 años)</p> <p>- "...A las 7pm..."(ROSA, 75 años)</p> <p>- "...7:00pm siempre es la misma hora que cenamos con mi esposo..."(MAR, 68 años)</p> <p>- "...A las seis de la tarde o a veces siete de la noche ..."(LUNA, 73 años)</p> <p>- "...A las 6 o 7 de la noche ..."(SOL, 69 años)</p> <p>- "...a veces lo tomo a las 7 o a veces 8.30 de la noche, depende de la hora que llegue mi esposo... yo siempre espero a mi esposo..."(CAMELIA, 70 años)</p>
--	--

Los discursos anteriores nos revelan que la mayoría de adultos mayores varones como mujeres si realizan su ingesta de alimentos en los horarios adecuados según la hora recomendada; sin embargo, podemos darnos cuenta que son los adultos mayores varones los que cumplen con tener un horario fijo en la

alimentación a comparación de los adultos mayores mujeres que tiene un horario cambiante en su día a día.

Otra de las necesidades que se verificó en el estudio es la higiene:

CUIDANDO LA HIGIENE PERSONAL

El proceso natural de envejecimiento, el medio ambiente producen cambios en nuestro organismo que lo deteriora progresivamente y de forma irreversible, pero es en la piel donde mejor se evidencia este fenómeno a los que es necesario prestarle atención.

Se explica que, la degeneración del tejido conjuntivo (dermis), responsable de la firmeza y tersura de la piel, se va acelerando conforme avanza la edad. Este proceso conocido como elastosis cutánea, produce atonía y distensión de la dermis. Por otro lado, la disminución de la retención hídrica en la sustancia fundamental origina una pérdida de volumen. También se nota una pérdida de firmeza. El mejor tratamiento para combatir la flacidez es adoptar cuanto antes las medidas de prevención adecuadas para combatir la deshidratación y degeneración del tejido cutáneo⁵⁴.

Así mismo, la epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular. La dermis pierde parte de su contenido colágeno produciéndose arrugas, la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudo elastina que da el color

amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso⁵⁴.

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

En los tiempos actuales la higiene no es un arte, sino una ciencia que investiga el modo de conservar la salud, de perfeccionar el funcionamiento del cuerpo humano, de prevenir las enfermedades y de prolongar la vida del hombre. No se trata pues de un conjunto de reglas empíricas, sino de una serie metódica de conocimientos adquiridos mediante la investigación”⁵⁵.

La higiene es una necesidad que abraza no solo la higiene corporal sino el lavado de dientes y baño diario.

En este estudio emergió la higiene personal y sobre todo el baño diario y se verifica cuando surge la sub categoría:

Enfatizando el baño diario

La higiene personal se define como “el autocuidado por el que las personas realizan funciones tales como el baño, el acicalamiento, la higiene general del cuerpo y el aseo personal”⁵⁶.

La práctica de la higiene personal es una cuestión de responsabilidad individual, sostienen Potter y Perry (2003), que se adquiere a través del proceso de educación⁵⁷.

Asimismo, MINSA en el 2012 da a conocer que la higiene personal es el acto básico del cuidado del cuerpo para el mantenimiento de la salud y consiste en el baño diario, lavado de cabello, lavado de manos, limpieza y corte de uñas y cepillado de dientes⁵⁸.

La higiene corporal comienza con el baño de preferencia con jabón neutro. El baño ayuda a quitarle impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento, por ello la limpieza de la piel tiene que ser todos los días lavándose la cara, orejas, boca, cuello, brazos, manos, axilas, pies y genitales.

Durante la entrevista a la población en estudio, ellos mencionan estar pasando este proceso de envejecimiento con responsabilidad realizando este baño diario, lo cual se puede corroborar con los siguientes discursos:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Enfatizando el baño diario	
<p>-“ <i>Baño si es todos días porque uno transpira como uno trabaja y hay que bañarse, porque el baño te relaja y obligatoriamente hay que hacerlo...a si sea verano o invierno me baño una vez al día porque uno transpiro... ”</i> (MARTE, 75 años)</p> <p>-“<i>Mi baño es diario, cuando yo vengo de mi trabajo y también en la tarde ósea 2 veces al día, es igual de acuerdo a la estación aunque a veces hace mucho frio caliente mi agua y me baño ... ”</i>(TIERRA, 67 años)</p> <p>-“<i>Me baño todos los días señorita, antes irme al trabajo y a la hora que llego. Pero en la calor me baño más, hasta antes irme a dormir sino ya no duermo bien... ”</i>(JÚPITER, 65 años)</p>	<p>-“<i>Todos los días 7:30am me baño caliente mi agua...así sea verano o invierno... (ROSA, 75 años)</i></p> <p>-“Yo me baño diario, en el calor es 2 veces al día y en el invierno 1 sola vez...(MAR, 68 años)</p> <p>-“<i>Me baño todos los días, a veces una o dos veces por día en la mañana cuando me levanto y la nochesita...y en invierno si a veces dejando un día... ”</i> (SOL, 69 años)</p>

Los discursos reflejan en forma semejante que los adultos mayores varones y mujeres realizan la práctica de higiene personal con el baño diario para mantenerse limpio, aseado y tener un aspecto saludable la cual la consideran una necesidad básica que se han de satisfacer para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. Una piel limpia , sana, integra y cuidada es imprescindible para

protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

Con esta práctica saludable se controlan olores naturales del cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor. De igual forma evitamos la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel por la grasa que se acumula, las células que se descaman y el polvo atmosférico y gérmenes que se adhieren en la superficie del cuerpo.

A medida que avanza la edad el tejido adiposo disminuye y esto disminuye la transpiración y esto permite que los adultos mayores opten por una higiene matinal, esto se verificó en el estudio:

Enfatizando la higiene matinal.

Necesidad de aseo es mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los adultos mayores es una de las funciones primordiales, pues se sabe que algunos individuos el aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica el grupo del que procede⁵⁹.

Los hábitos se aprenden a lo largo de la vida, a pesar de la avanzada edad, los adultos mayores aprenden y valoran la importancia de su responsabilidad hacia su salud bucal.

Mantener una salud bucal puede contribuir a consumir alimentos que necesita para nutrirse y además se sentirá bien al sonreír, hablar y reír, no solo depende de la alimentación sino también de la higiene bucal⁶⁰.

El aseo matinal se refiere a las prácticas higiénicas de lavado de cara y manos, lavado de dientes que realizan con o sin ayuda durante las primeras horas de la mañana⁵⁹.

Lavado de dientes es cepillarse los dientes y enjuagarse la boca después de cada comida, con pasta dental o bicarbonato. Sin embargo, para asegurar una correcta higiene dental es recomendable hacerlo dos o tres veces al día, y con especial cuidado⁶¹. Es importante ya que da frescura y permite una salud dental. A pesar de que los adultos mayores pierden muchos dientes, ésta pérdida no debe ser considerada normal. La causa más común es cuando no tienen un correcto cepillado⁶¹.

Beneficios de un correcto lavado de dientes es remover las partículas alimentarias que quedan en la superficie de los dientes, lo cual van a prevenir la formación de la placa bacteriana evitando las caries⁶².

Por eso mantener una buena higiene bucal evita éstos problemas además de la pérdida de los dientes. Si este fuera el caso sería necesario el uso de prótesis dental cuando se han perdido los dientes naturales, teniendo en cuenta que los dientes cumplen con funciones estética, nutrición, fonación y la salud en general⁶³.

Los adultos mayores realizan su lavado de dientes esto se verifica en forma similar en las entrevistas realizadas y se muestra en el siguiente cuadro comparativo:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Enfatizando la higiene matinal	
<p>- “Los diente me lavo 2 veces; uno en la mañana y a la hora de acostarse” ... “Bueno me lavo los dientes fijos porque la prótesis es la parte de arriba según el dentista me ha corregido dice que la prótesis hay que lavarla con jabón de glicerina y eso es lo que estoy haciendo...” (MARTE, 75 años)</p> <p>- “Me lavo los dientes todos los días en la mañana, almuerzo y antes de ir a dormir...” (TIERRA, 67 años)</p> <p>- “Me lavo los dientes todos los días, en la mañana y después de cada comida...” (NEPTUNO, 70 años)</p> <p>- “En la higiene de mis dientes, si todos los días como 3 a 4 veces por día, después de cada comida...” (PLUTÓN, 80 años)</p> <p>- “Me lavo los dientes todos los días, aunque la verdad es que me lavo solo 1 vez antes de acostarme...” (SATURNO, 83 años)</p> <p>- “...en las mañanas cepillarse 2 veces al día cuando me levanto y antes de acostarme...” (JÚPITER, 65 años)</p>	<p>- “Me lavo en las mañanas todos los días, 2 veces al día en la mañana y en la noche...” (TULIPAN, 66 años)</p> <p>- “Bueno me lavo los dientes a la hora de levantarme y después de almuerzo y luego antes de dormir...” (ROSA, 75 años)</p> <p>- “Me lavo los dientes en la mañana, medio día, noche ósea 3 veces al día en la mañana ante, para el almuerzo después y para la noche...” (MAR, 68 años)</p> <p>- “Las veces de lavarme los dientes después del desayuno, después del almuerzo y después de cenar ...” (LUNA, 73 años)</p> <p>- “Los dientes me lavo 2 veces al día en la mañana y la tarde...” (SOL, 69 años)</p> <p>- “Me lava los dientes todos los días, a la hora que me levanto y antes de dormirme...” (CAMELIA, 70 años)</p>

Los discursos reflejan la similitud de los hábitos de la higiene matinal en los adultos mayores varones y mujeres en ambos sexos, refiriendo que se lavan los dientes 2 a 3 veces al día y después de cada comida.

Esto es importante ya que guardan conciencia sobre su salud bucal y la disciplina con que realizan sus actividades muy responsables a pesar de que en esta edad tienen a olvidarse más rápidos de las cosas.

Un aspecto a tener en cuenta es el factor clima de acuerdo a las estaciones que hacen variar los hábitos de higiene como es en verano:

Procurando el baño frecuente en verano

El baño⁶⁴ puede realizarse desde cada dos días hasta cinco, dependiendo de factores como el peso del adulto mayor, la frecuencia de evacuaciones, condiciones ambientales, etc , observando que existen personas adultas mayores varones y mujeres que no realizan esta práctica de higiene personal diaria, relacionándolo cada uno de ellos al factor clima (ambiental) realizándolo interdiario como hábito o dependiendo la temperatura ambiental tal y como o se demuestran en los siguientes discursos brindados:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Procurando el baño frecuente en verano	
-“El baño lo hago algunas veces intermedario, depende de la época que estamos o el trabajo que estamos realizando. En el verano me baño casi	-“ Yo me baño 2 veces a la semana, siempre soy así...a veces en verano si un poco más se suda se baña uno 3-4 veces por semana pero en invierno solo 2 veces ... ” (TULIPAN, 66 años)

<p><i>todos los días, en el invierno no mucho...” (SATURNO, 83 años)</i></p>	<p>-“Yo me baño diario, en el calor es 2 veces al día y en el invierno 1 sola vez...” (MAR, 68 años)</p> <p>- “Yo me baño dejando un día y cuando hace mucho calor todos los días...”(LUNA, 73 años)</p> <p>-“Me baño 2 a 3 veces por día en el verano y luego me vuelvo a dormir y en invierno si a veces dejando un día...” (SOL, 69 años)</p> <p>-“ ...Ahí sí señorita no me baño todos los días, me baño dejando un día con agua tibiecita. Ya cuando viene el calor con el sol caliente mi agüita y me baño. Pero igual sea verano o invierno me baño dejando un día...”(CAMELIA, 70 años)</p>
--	---

Estos datos al ser comparados se observa que son las mujeres adultas mayores las que procuran realizar el baño diario con más frecuencia por día en el verano, en comparación con los adultos mayores varones, refiriendo que el clima es influyente en el número de veces de practicar este hábito saludable. Pues en la tercera edad disminuye la secreción del sudor, lo que dificulta la regulación de la temperatura. De ahí que los mayores tengan más tendencia a enfriarse o acalorarse.

El baño diario y en cualquier época del año ha sido un factor decisivo para acabar con muchas enfermedades infecciosas. Es decir que la falta de higiene y de limpieza corporal favorece las infecciones⁶⁵.

Por lo mencionado, se afirma que el baño diario favorece por su efecto relajante y por el bienestar que proporciona. Debe utilizarse jabón para ayudar a

eliminar los excesos acumulados en el cuerpo para mantenerlo con olor agradable y fresco.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la actividad física y se observa en la siguiente categoría:

CUIDANDO DE LA ACTIVIDAD FISICA AUNQUE CON LIMITACIONES

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo.

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular⁶⁶.

Durante esta etapa el ser se vuelve vulnerable debido a que la fuerza muscular se debilita tardando más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad, los órganos de los sentidos pierden agudeza, también se aprecian decrementos en la capacidad de resolver problemas, etc., pero al mismo tiempo que aparecen esas “vulnerabilidades”, la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía y calidad⁶⁷.

La actividad física es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. La actividad física puede reducir el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento.

También la actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con éxito un envejecimiento saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada, sin querer batir récords y sin poner a prueba a nuestro organismo⁶⁸.

Asimismo, es importante señalar que muchos de estos beneficios requieren que la participación sea regular y continua, y que esos beneficios pueden revertirse rápidamente si se retorna a la inactividad.

Durante la entrevista a los adultos mayores en estudio mencionan estar realizando actividad física, lo cual se puede corroborar con los siguientes discursos:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
CUIDANDO DE LA ACTIVIDAD FISICA AUNQUE CON LIMITACIONES	
-“ Mira tanto como en la mañana como en la noche hago ejercicio...en la mañana hago desde la 5:00 a 6:00am y	-“yo solamente camino cuando salgo a predicar, 2 horas en la tarde y en la

<p><i>en la noche 10:00 a 11:00pm, hago abdominales, flexiones, barras y cuanto cosa que hay, es mi rutina como se dice, hago 1 hora de ejercicios... ” (MARTE, 75 años)</i></p> <p><i>-“Hago ejercicios de tipo abertura de piernas, planchas, corro después que salgo de mi trabajo le dedico 30min. Además el cuerpo se mantiene joven cuando hacemos ejercicios, todos los días hago me hecho adicto al ejercicio... ”(TIERRA, 67 años)</i></p> <p><i>-“En mi edad, generalmente antes de ducharme hago mis 2 o 3 minutos de ejercicios. Aparte de que en mi condición normal camino bastante, a veces camino 2 horas diarias ... ”(SATURNO, 83 años)</i></p> <p><i>-“El físico es en el trabajo, usted sabe que en el trabajo planeando, cargando en la carretilla, cargando es el único físico que hago... ”(JÚPITER, 65 años)</i></p>	<p><i>mañana también 2h todos los días... ” (TULIPAN, 66 años)</i></p> <p><i>-“Hago mis ejercicios antes de levantarme eso de la piernas me han enseñado hacer subí y baja los brazos también todos los días hago antes de levantarme, será 15min nada más... ”(ROSA, 75 años)</i></p> <p><i>-“Yo me hago sola en mi casa cuando me levanto 10min hare movimientos de brazos y piernas todos los días a la semana... ”(MAR, 68 años)</i></p> <p><i>-“Si realizo pero ejercicios que me han enseñado son veinte de flexión de brazos y veinte de flexión de piernas, siento que me relaja me hace más flexible, ya no tengo dolor de piernas al caminar... ”(LUNA, 73 años)</i></p> <p><i>-“Hacemos actividad física 2 días a la semana 1h cada día, y en casa lo practico todos los días en la mañana lo que me enseñan o lo vario bailando la música que escucho en la mañana. También salgo a caminar todos los días... ”(CAMELIA, 70 años)</i></p>
--	---

Las manifestaciones anteriores respecto a la actividad física en el adulto mayor en el cuadro comparativo nos demuestra que adultos mayores varones como mujeres realizan en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta, juegos, deportes o ejercicios), en el desarrollo de actividad física se mencionan dos niveles de intensidad para el ejercicio: el nivel vigoroso como lo es el trotar, caminar, ejercicios aeróbicos, trabajo planeado los cuales deben tener una duración mínima de 20 minutos y el

nivel moderado como lo son las caminatas a paso rápido, jardinería y trabajo intenso en casa, baile con una duración de 30 minutos.

Los datos encontrados en este estudio son similares a otras investigaciones realizadas según El 4to. Congreso Internacional en Pro del Envejecimiento Sano, que se realizó en Alemania, se establecieron las directrices de Heidelberg para promover la actividad física entre los adultos mayores. En estas directrices, la actividad física se define operacionalmente como todos los movimientos de la vida cotidiana, como trabajo, actividades diarias, recreación, ejercicio y actividades deportivas.

Así mismo, la OMS⁶⁹, nos dice que para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Los beneficios positivos pueden lograrse con ejercicios suaves. El hecho de realizar una actividad física ligera o moderada durante al menos 30 minutos al día beneficiará al funcionamiento físico de la persona adulta mayor, especialmente en los que nunca han realizado ejercicio de forma regular. Esto ayudará a tener un envejecimiento saludable.

Es necesario tener en cuenta que una necesidad importante es el descanso, esto si se lo tienen muy en cuenta los adultos mayores del estudio.

PROCURANDO EL DESCANSO

El descanso es una necesidad que varían según las personas. Está determinado por las horas extras que hacen los adultos mayores, esto se da generalmente durante las horas vespertinas coincidiendo tanto en adultos mayores varones y mujeres.

El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. El adulto mayor que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo, realizar siestas, realizar actividades del hogar⁷⁰.

En la presente investigación surgen categorías como la denominada: Procurando El Descanso, en la que según las manifestaciones de los entrevistados los adultos mayores varones y mujeres, que actividades realizan durante su descanso, así se constata en las siguientes subcategorías.

Descansando mediante siestas

El adulto mayor tiende a ser siesta es un momento de descanso y relajación que le permite a la persona adulta mayor recuperar sus fuerzas aumentando de forma significativa su rendimiento de sus actividades cotidianas y la capacidad de utilizar mecanismos de afrontamiento que les permitan recuperar sus energías, ánimos y sentirse activos durante el día⁷¹.

El momento idóneo de realizar esta siesta dependerá a qué hora nos hemos despertado por la mañana. Por ejemplo, si solemos empezar el día a las 8am, la

mejor hora para tomar una siesta reparadora serán a las 15 horas. Y en general, el mejor horario es entre 13 horas y las 15 horas, pues es cuando el nivel de energía decrece por el aumento de melatonina a esa hora. Algunos expertos⁷² aseguran que se debe esperar un mínimo de una hora desde que se termina de comer para emprender la siesta porque dormirse después del último bocado es precisamente lo que puede provocar las alteraciones digestivas.

Los beneficios aportados por la siesta están siendo elogiados por multitudes de organismos científicos que aseguran que el bienestar. Entre ellos destaca la disminución de los riesgos cardiovasculares, la liberación de tensiones, el aumento de la capacidad de concentración y el refuerzo del estado de alerta⁷².

Los adultos mayores realizan siesta esto se verifica en las entrevistas realizadas y se muestra la similitud en el siguiente cuadro comparativo:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Descansando mediante siestas	
<p>-“Mi descanso es normal, realizo 3:30-4:00pm hago mi siesta...” (MARTE, 75 años)</p> <p>-“Yo hago una siesta porque yo lo veo que el descanso es lo mejor del ser humano así como uno trabaja...”(TIERRA, 67 años)</p> <p>-“...luego del almuerzo, leo mi periódico y tomo mi siesta a las 3:00pm de la tarde...”(NEPTUNO, 70 años)</p>	<p>-“Duermo varias horas unas 2h y salgo a caminar después del almuerzo, a veces me pongo a leer revistas...”(ROSA, 75 años)</p> <p>-“A las 2 pm veo televisión hasta las 7:00pm, a veces duermo un poquito será 10min en lo que veo mi novela...”(MAR, 68 años)</p> <p>-“ Si acostumbro a tomar siestas a las 3:00 pm hasta las 4:00 pm todos los días ...”(LUNA, 73 años)</p>

<p>-“Si tomo siesta a las 2 de la tarde...” (PLUTON, 80 años)</p> <p>-“ Las horas de descanso para que sean positivos tengo tener tranquilidad, algunas veces viendo televisión, luego aprendiendo algo nuevo, leyendo la biblia o algo hasta que me pueda digerir bien mis alimentos, para evitar las enfermedades porque a la edad que tengo me es todo más lento...”(SATURNO, 83 años)</p> <p>-“Me pongo a ver televisión o conversar con mis amigos, descanso siempre 1 hora después del almuerzo...”(JÚPITER, 65 años)</p>	<p>-“Hago siesta en la tarde después de almuerzo y duran aproximadamente una hora...” (SOL, 69 años)</p> <p>-“Después del almuerzo un ratito veo televisión, o luego voy viendo a mi hermana y camino. No me he acostumbrado a dormir en la tardes ...”(CAMELIA, 70 año)</p>
--	---

Los discursos mencionados en el cuadro nos develan que hacen los adultos mayores en su descanso, lo cual nos damos cuenta que no hay similitudes entre ambos sexos, siendo los adultos mayores varones que toman una siesta por las tardes y las mujeres no todas realizan siesta además hacen otras actividades de distracción. Existen investigaciones que lograron comprobar que el cerebro de las mujeres requiere de un periodo más largo para “descansar” y recuperar energías, producto del desgaste diario de la multiplicidad de tareas que realizan⁷³.

Los adultos mayores varones y algunas adultas mayores mujeres coinciden en que toman una siesta de una hora. La última institución en declarar los beneficios de la siesta ha sido la Agencia Espacial Norteamericana (NASA), quien considera que el tiempo adecuado para una siesta es de 26 minutos⁷⁴. Esto no guarda relación con lo indicado (NASA) lo cual los adultos mayores duermen más de lo dicho, ya

que es una costumbre de parte de ello refiriendo que tienen una siesta muy reparadora.

Luego emerge la siguiente subcategoría que demuestra que el adulto mayor mujer realiza en su descanso lo cual se dedica hacer sus actividades del hogar, así lo refieren y se verifica en la siguiente categoría:

Realizando actividades del hogar

El Adulto Mayor en su hogar asume diversos roles hacía la realización de actividades que lo hagan sentir saludable y con auto valía corporal y emocional.

Los adultos mayores ayudan en el mantenimiento y cuidado de la casa, quehaceres domésticos desde cocinar, lavar la ropa hasta realizar quintas y jardines, los trámites y compras de alimentos y el cuidado de nietos, bisnietos u otros familiares así como también, la transferencia de saberes, oficios y conocimientos a las generaciones más jóvenes.

Es importante destacar el valioso aporte de las personas mayores, especialmente el papel de las mujeres mayores, cumplen el rol de realizar los quehaceres del hogar hasta en su momento de descanso⁷⁵.

Los adultos mayores realizan actividades del hogar esto se verifica en las entrevistas realizadas y se muestra en el siguiente cuadro comparativo:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Realizando actividades del hogar	
-.....	<p>-“...de ahí vamos hacer la cena salgo afuera un rato si hace calor...”(MAR, 68 años)</p> <p>-“...también lavo mi ropa , riego mis plantas , no puedo estar sin hacer nada, tengo que estar haciendo algo sino me aburro , yo no me canso...”(LUNA, 73 años)</p> <p>-“...A veces me pongo a tejer a palito a crochet también me encanta coser, vienen mis amiguitas y me dices que les pegue un cierre u comienzo con la remendada...”(CAMELIA, 70 año)</p> <p>-“...en la casa me pongo a lavar a hacer limpieza, a dar de comer a mis animales a limpiar sus corrales...”(SOL, 69 años)</p>

Tal como se demuestra en las entrevistas de los adultos mayores de ambos sexos en esta sub categoría se encuentra una de las diferencias ya que las adultas mayores mujeres son quienes realizan actividades del hogar. Esta diferencia probablemente se debe a los adultos mayores varones donde la participación de estos no realiza, debido a que ellos hacen otras actividades en su descanso.

Un tipo de actividades⁷⁵ que más realizan como prioridad las mujeres es significativamente superior al porcentaje esperado, mientras que el porcentaje observado en el grupo de varones es inferior. La actividad es la siguiente: Ayudar en las labores domésticas.

Otra actividad que realiza durante su descanso los Adulto Mayor aparece en la siguiente sub categoría:

Leyendo como distracción

Leer es una actividad que aporta flexibilidad en los adultos mayores ya que disminuye sus niveles de estrés, al observarse que la lectura opera como herramienta que combate los sentimientos de ansiedad, angustia, soledad o nerviosismo⁷⁶.

Los adultos mayores realizan actividades de leer en sus tiempos de descanso esto se verifica en las entrevistas realizadas y se muestra en el siguiente cuadro comparativo:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
Leyendo como distracción	
PROCURANDO EL DESCANSO <i>- Leo... yo me levanto a las 5 am me pongo a leer mi biblia...</i> (MARTE, 75 años) <i>- "...leo mi periódico..."</i> (NEPTUNO, 70 años) <i>- "... leyendo la biblia..."</i> (SATURNO, 83 años)	PROCURANDO EL DESCANSO <i>- "... Mi descanso es leer a partir de las 2pm y de ahí salimos a predicar..."</i> (TULIPAN, 66 años) <i>- "...a veces me pongo a leer revistas..."</i> (ROSA, 75 años)

Como se puede evidenciar en el cuadro comparativo anterior, el Adulto Mayor varón realiza otras actividades como leer en su descanso.

La lectura⁷⁶ es una actividad mental primordial para mantener las funciones intelectuales en la tercera edad. Ser un lector frecuente también previene el deterioro cognitivo, porque requiere el ejercicio de distintas zonas del cerebro. Las asociaciones, la transformación de elementos lingüísticos, la comprensión de ideas y en funcionamiento de la memoria para mantener la información son funciones mentales que se utilizan al leer.

Otra necesidad es el sueño, que muchas veces se ve alterado en las personas de la tercera edad y esto se puede observar en la siguiente categoría:

CUIDANDO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

El sueño es una necesidad fisiológica básica de todo ser humano porque, es esencial para la salud de toda persona siendo aún más importante para las personas adultas mayores debido a que les permite disfrutar de un mejor estado de salud, Según Maslow. El sueño⁷¹ es esencial para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participación de actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

A lo largo de la vida el patrón del sueño tienden a modificarse, los cambios biológicos propios del envejecimiento en el ser humano por lo general se pueden reducir en intensidad, duración y continuidad del sueño⁷⁷; por lo tanto, los adultos mayores deben mantener un patrón de sueño restablecedor que permita realizar sus actividades físicas y mentales propias de su edad.

Para mantener dicho patrón de sueño el adulto mayor debe dormir 7-8 horas; sin embargo, con el paso del tiempo se pueden requerir menos horas de sueño⁶¹.

Lo mencionado, depende de varios factores como los ambientales que son la luz, ruido, temperatura, confort de la cama se sabe que la exposición al ruido o las temperaturas extremas provocan efectos negativos sobre la arquitectura del sueño otro factor que influye es el estado de salud, nutrición, práctica de ejercicio físico y consumo de determinadas sustancias estimulantes, es decir la ganancia de peso causa períodos de sueño más prolongados y la pérdida de peso conduce a una reducción de la cantidad total y un despertar temprano. Comer mucho o tener hambre antes de acostarse influye en el sueño. En cuanto al ejercicio físico en una cantidad moderada favorece el sueño, pero en exceso hace difícil conciliarlo, cuando se hace dos horas antes de acostarse, favorece la relajación⁷⁷. Por último el factor cultural como los Estilo de vida, Los turnos rotatorios y nocturnos afectan las pautas de sueño, todos estos factores contribuyen negativamente en el patrón del sueño.

Además cuando se conoce el patrón del sueño de un adulto mayor se le puede ayudar a mejorar su sueño adecuando su horario y así poder cuidar la calidad de éste, así podemos citar por ejemplo, si el patrón del sueño normal de una persona fue de 6 horas en la noche cuando era joven, ésta persona necesita solo 6 horas de sueño. Si el adulto mayor duerme siesta durante el día una o más horas, entonces dormir 5 o menos horas en la noche, ellos pueden quejarse de un sueño inadecuado cuando en realidad duermen al menos 6 horas durante todo el día. Por lo tanto debe explicarse al adulto mayor para que pueda comprender sus necesidades de sueño⁶⁰.

Esto se verifica en las entrevistas realizadas a los adultos mayores y se muestra en el siguiente cuadro comparativo entre varón y mujer:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
CUIDANDO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	
<p>-“Gracias a dios duermo porque cuando está el cuerpo bien agotado el sueño se consigue rápido. Me acuesto a las 11pm hasta las 5 am...” (MARTE, 75 años)</p> <p>-“Si duermo bien”... “en cuanto al sueño se refiere duermo a las 9:00 a 9:30pm para levantarme a las 3:00 a 3:30am no tengo problemas para dormir porque cuando uno sale del trabajo de lo que uno labora todos los días, salgo cansado y para mí lo más mejor para recuperar el cuerpo y recuperar energía es dormir una buena cantidad de tiempo... duermo un promedio de 6- 7h diarias...”(TIERRA, 67 años)</p> <p>-“ Mayormente estoy durmiendo a muy tardar 9pm de la noche y me levanto a las 6:00am, me levanto dos veces para ir al baño. ...”(NEPTUNO, 70 años)</p> <p>-“Me acuesto a las 10 pm de la noche y me levanto a las 7 de la mañana, sólo a veces me levanto por las noches por el calor y también me levanta para ir al baño...” (PLUTON, 80 años)</p> <p>-“Si duermo bien, generalmente duermo a partir a las 10pm y levantando a la 6 o 6:30 am eso</p>	<p>-“Si duermo bien durante las noches”... “Me acuesto a las 11 pm de la noche y me despierto a las 5:40am...”(LUNA, 73 años)</p> <p>-“ Me levanto a las 4 o 5 de la mañana por el trabajo y me acuesto a veces a las 10 o 11 de la noche, una vez que estoy en mi cama ya no siento nada me quedo bien dormida...” (SOL, 69 años)</p> <p>-“Duermo tranquila, yo me acuesto a las 10pm y hasta el siguiente día. y me estoy levantado a las 6 am para levantarme a orinar y luego sigo durmiendo hasta las 8 de la mañana ...”(CAMELIA, 70 años)</p>

<i>depende también de la salud porque cuando la salud esta mala se me quita el sueño. Pero si hay que cuidar mucho el sueño porque es parte de la salud...</i> (SATURNO, 83 años)	
---	--

Como se observa en el cuadro anterior, existe semejanza en los discursos de los adultos mayores varón y mujer con respecto a su patrón del sueño; todos los adultos mayores encuestado refieren conciliar de una manera óptima el sueño, también se determinó que para obtener un buen estado de sueño se tiene que tener una actividad física durante el día, lo cual esto va permitir que la persona llegue cansada y no tenga dificultad para conciliar el sueño.

Entonces, eso quiere decir, que hay una relación directa entre el agotamiento físico y la calidad de sueño en cuanto a un estado reparador que va permitir mejorar las funciones mentales superiores.

En general los adultos mayores refirieron dormir 7 horas aproximadamente y además que se despiertan en la noche para ir los servicios higiénicos para miccionar, coincidiendo en ambos sexos.

Estas interrupciones del sueño por los numerosos despertares nocturnos pueden ser debidos al algunas enfermedades crónicas o degenerativas propias de la edad o malos hábitos, como tomar muchos líquidos antes de acostarse o dietas con alto contenido de grasas o azúcares que permiten afectar la función urinaria y /o digestiva que permiten ir frecuentemente al servicio higiénico, por eso hay que evitar consumir e irse a dormir rápido⁶⁰.

A pesar del autocuidado que realizan los adultos mayores, probablemente por los cambios que suceden en su organismo y el desgaste natural es que se constató que emergen algunos cambios.

EMERGEN LOS CAMBIOS EN EL APETITO

Durante el proceso de envejecer, los diferentes órganos y sistemas del cuerpo van sufriendo cambios, se experimenta modificaciones derivadas tanto del propio uso por el paso del tiempo, enfermedades, condicionantes ambientales y otros factores de riesgo acumuladas durante la vida.

Entre esos sistemas tenemos el aparato digestivo, conjunto de todos los órganos que están implicados en la nutrición. Va desde la boca hasta el ano, pasando por el esófago, el estómago, los intestinos delgado y grueso, el hígado y el páncreas en sus funciones de secreción de sustancias necesarias para la digestión.

Con el paso del tiempo en la boca suele haber un adelgazamiento de las encías y una disminución de la resistencia del esmalte dentario; ambos hechos llevan a la pérdida de piezas dentarias. Hay también una reducción del número de papilas gustativas originando disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Así mismo disminución de la producción de saliva⁷⁸.

Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales. La

meta de la OMS⁵⁴ para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes en esta etapa de la vida.

En el estómago encontramos una disminución del epitelio y atrofia de la submucosa y la muscular; la secreción de ácido disminuye así como las diferentes enzimas. Hay una mayor aparición de la atrofia gástrica, y esta va acompañada muchas veces de anemia perniciosa. Todas estas alteraciones contribuyen a la disminución del apetito, que es una queja frecuente de las personas mayores, y que parte es una compensación a la disminución del peso y de la talla. En el intestino la capacidad de absorción mayormente no se altera, pero en el intestino grueso habrá disminución de la velocidad de tránsito intestinal⁷⁹.

El hígado, con el tiempo, presenta una mayor dificultad para metabolizar sustancias, y disminuye la producción de bilis. La vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de que se formen piedras en su interior. Sin embargo, parece ser que la función exocrina del páncreas, (la producción de sustancia que participan en la digestión) se mantiene relativamente intacta⁷⁸.

El intestino delgado no sólo recibe un menor riego sanguíneo sino que también ve disminuida su movilidad y padece una cierta atrofia de la mucosa, con lo cual puede darse, a pesar de una ingesta correcta, una malabsorción de nutrientes como si hubiera carencias en la alimentación. En el colon también se produce una disminución del peristaltismo, de la movilidad, y la mucosa se atrofia, con lo que se altera la absorción de agua de las heces, hecho que produce tendencia al estreñimiento⁷⁸.

Todos estos cambios, que son normales por el proceso de envejecimiento, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos como se muestra, conllevando todo esto a una disminución del apetito en el adulto mayor. Esto se verifica en las entrevistas realizadas a los adultos mayores y se muestra en el siguiente cuadro comparativo en el varón y mujer:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
EMERGEN LOS CAMBIOS EN EL APETITO	
<p>-“Depende lo que coma, un factor fundamental para probar la sazón de la comida hay que tener los dientes fijos porque si uno usa una prótesis ya sea dos o una entonces ya el sabor no se aprecia bien pero se come...” (MARTE, 75 años)</p> <p>-“Mi apetito es como si tuviera 27 años, no ha variado para mí...” (TIERRA, 67 años)</p> <p>-“...mi apetito no ha subido ni ha disminuido, normal...” (NEPTUNO, 70 años)</p> <p>-“...ha variado mi apetito, ya no es como antes...” (PLUTON, 80 años)</p> <p>-“La verdad sí, antes de muchacho comía más, aunque ahora no dejo de comer a veces como poco pero a veces me da un apetito que como más de la cuenta...” (SATURNO, 83 años)</p> <p>-“La verdad no mucho señorita, aunque analizado bien, si creo que ha disminuido mi apetito, ha bajado un poco. “Es la edad</p>	<p>-“...siento que ha variado mi apetito, a veces no tengo ganas de comer en la cena...” (TULIPAN, 66 años)</p> <p>-“... no ha variado mi apetito, bueno a veces tengo el estómago lleno ya como menos, no siento igual las comidas...” (ROSA, 75 años)</p> <p>-“ Mi apetito ha variado, casi no tengo hambre...debo de tener gastritis recién me van hacer una endoscopia...desde todo este año ha variado...a veces como por no dejar de comer...sino que tengo que hacer lo que a mí me gusta, rico para comerlo...” (MAR, 68 años)</p> <p>-“No he sentido que ha variado mi apetito, está igual que antes...” (LUNA, 73 años)</p> <p>-“A eso sí, a veces cuando hago la comida el arroz ya no lo pruebo no sé si esta rico o está feo...” (SOL, 69 años)</p>

<i>señorita...jajajaj...</i> ”(JÚPITER, 65 años)	-“ <i>Si he perdido el apetito a veces como por estar llena...</i> ”(CAMELIA, 70 años)
--	--

Como se observa en los discursos hay reconocimiento de los adultos mayores varones y mujeres sobre la disminución del apetito debido a los cambios asociados al envejecimiento, lo cual es difícil en algunas situaciones desligar dichos cambios a la aparición de enfermedades.

La saciedad⁸⁰ se define como la sensación de plenitud de comer, lo que frecuentemente se altera en la vejez, varios estudios han documentado un hambre anormalmente baja después de la inducción experimental de ayuno o balance energético negativo en personas ancianas. El aumento de la saciedad se asocia con el aumento de la superficie del antro estomacal y con una aparente distensión de este después del consumo de las comidas. Existe una reducción en la percepción de hambre y/o un aumento de la saciedad, lo que contribuye a la pérdida de peso en el envejecimiento.

Otro problema que emerge es lo relacionado a la necesidad del sueño.

PREOCUPACION POR ALTERACION DEL PATRÓN DEL SUEÑO

El dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano ya que durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos, ya que tanto el cuerpo y la mente se regeneran durante las distintas fases del sueño, creando así las condiciones de salud para las actividades del día

siguiente. Es por ello que la falta y la privación del sueño repercuten en la capacidad de concentración y la creatividad en la persona⁹⁰.

Aquellas alteraciones relacionadas con el proceso de dormir se denominan trastornos del sueño. Estos trastornos son una causa de consulta muy frecuente y pueden interferir de forma importante en las actividades cotidianas, con afectación de la calidad de vida y otras consecuencias graves⁹¹.

Para la aparición de dichas alteraciones se determinan la influencia de distintos factores de riesgo que la predisponen tales como los factores de riesgo socio-demográficos entre ellos se mencionan al sexo. Estudios epidemiológicos coinciden que el sexo femenino se constituye en riesgo para parecer trastorno del sueño. Asimismo se ha visto que en las personas que se encuentran divorciadas, separadas o viudas, la frecuencia de trastornos del sueño es mayor⁹².

Asimismo como otro factor se indica la edad, la cual conlleva a importantes cambios en las características del sueño, entre los 20 y 65 años de edad, el sueño disminuye más lentamente. El promedio normal de sueño en un adulto joven es de 7.5 horas diarias, mientras que en el adulto mayor disminuye aún más y lo normal no es más de 5-6 horas diarias. Parece que el incremento de la edad disminuye la capacidad para mantener el sueño, ya que cuesta más dormir sin interrupciones⁹⁰.

El ciclo de vigilia – sueño del adulto mayor se caracteriza por una disminución del tiempo total d sueño nocturno; existe una reducción del sueño profundo, que corresponde a las fases 3 y 4 del sueño NO-REM; disminuye la eficiencia del sueño, que se define como el tiempo real del sueño en relación con el tiempo total que transcurre desde que la persona se acuesta hasta que se levanta⁹³.

Asimismo aumenta la frecuencia de despertares nocturnos y hay estudios que muestra que las personas mayores de 60 años se despiertan brevemente en un aproximado de 160 veces por noche, en comparación con los jóvenes adultos que se levantan brevemente más o menos 5 veces por noche; la latencia del sueño también es mayor, por lo que tardan en quedarse dormimos; se quejan más de insomnio y tienden a dormir con más frecuencia durante el día⁹⁴.

La mayoría de los cambios en el patrón de sueño de los adultos mayores están presentes desde la edad media de la vida y persisten en edades avanzadas. De acuerdo con estos estudios el tiempo total de sueño comienza a disminuir entre los 18 y los 40 años y no presenta mayores cambios después de los 70 años; y lo único que sigue disminuyendo de manera significativa después de los 70 años es la eficiencia del sueño⁹⁵.

A medida que transcurren los años se duerme menos tiempo. Los adultos mayores suelen dormir aproximadamente 6 horas o menos por la noche por lo que el comportamiento del sueño cambia con el paso del tiempo y es común que en la vejez el sueño se vuelva superficial y fragmentado, por lo que se duerme durante algunas horas en el día y otras en la noche⁹⁶.

Esto se verifica en las entrevistas realizadas a los adultos mayores y se muestra en el siguiente cuadro comparativo entre varón y mujer:

EN EL VARON	EN LA MUJER
PREOCUPACION POR ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO	
-“A las 10:00 pm me voy a dormir hasta las 4:00 am si me va al sueño me	-“...Me acuesto a las 10:00pm y me levanto a las 4:00pm...me levanto al

<p><i>levanto para ir al baño y luego regreso a mi cama y ahí estoy vueltas y vueltas hasta las 6:00am que prendo la televisión que dan las noticias y hasta que amanece...”(JUPITER, 65 años)</i></p>	<p><i>baño una vez, ya a las 4:00am que me despierto al baño...ya no duermo...” (TULIPAN, 66 años)</i></p> <p><i>–“No...a las 11:00pm ahí me da sueño pero a las 3-4am se me quita el sueño y ya no puedo dormir...” (ROSA, 75 años).</i></p> <p><i>–“ Me acuesto a las 11pm...y siempre me duermo a esa hora...a veces me despierto a la 1 ó 2 am cómo que me levanto a orina...pero de ahí me duermo a las 5:00am otra vez...”(MAR, 68 años)</i></p>
--	--

Como se observa en el cuadro anterior los discursos demuestran que la necesidad del sueño de las personas adultas mayores tanto en adultos mayores varones como adultos mayores mujeres está siendo afectada por muchos de los cambios fisiológicos en esta etapa de vida los cuales no forman parte de un envejecimiento saludable, dichas alteraciones fisiológicas relacionadas con el ciclo sueño-vigilia es a lo que se denomina trastorno del sueño.

En general los adultos mayores refirieron presentar interrupciones del sueño. Las quejas más frecuentes manifestadas fueron: tener dificultad para dormir sin interrupciones toda la noche, pasar noches inquietas o intranquilas, despertarse demasiado temprano y ya no poder volver a conciliar el sueño.

Asimismo, se determina de forma objetiva que en los adultos mayores mujeres la incidencia de alteración del sueño frente al adulto mayor varón es predominante esto se manifiesta al evaluarse los discursos, en las que de las once

entrevistas, seis de ellas realizada a adultos mayores varones solamente uno de ellos nos refiere el padecer alteraciones del sueño; en el caso de los adultos mayores mujeres de cinco de las entrevistas realizadas, tres de ellas manifiestan alteraciones del sueño. En ambos relatos de adultos mayores varones y mujeres indican pasar más tiempo en la cama, menos de él durmiendo, ya que tardan más tiempo en conciliar el sueño, presentan más despertares entresueño con periodos de vigilia nocturna prolongados y menor eficiencia de sueño con menor proporción de sueño profundo⁹¹.

Los problemas de sueño son frecuentes en las personas adultas mayores ya que están probablemente más relacionados con una menor “habilidad” para dormir, que con un descenso de la “necesidad” de dormir⁹⁷.

Finalmente, es necesario, mencionar que las personas de la tercera edad y que han tenido una actividad remunerada según las leyes peruanas acceden al derecho a una pensión de jubilación; sin embargo, no todas las personas tienen ese derecho. Al respecto, se puede afirmar que en el Perú como en la mayoría de países del mundo se vive una crisis económica producto de la implantación de las políticas neoliberales y entonces la economía repercute de forma negativa en los hogares y esto se verificó en este estudio:

REPERCUSION DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA PARA UNA ALIMENTACION BALANCEADA

En el Perú la alimentación es un tema importante, no solo por el conocido hecho de que la alimentación de la mayoría de ciudadanos en nuestro país no es

óptima, sino que se ha comprobado que para el Perú, la calidad de la alimentación está relacionada con: La disponibilidad de los alimentos, con el comportamiento alimentario del individuo (cómo utiliza los alimentos, lo cual está determinado por el grupo social al que pertenece y el nivel educativo que posee) y con el aprovechamiento biológico de los alimentos, es decir qué tan bien el organismo absorbe los nutrientes obtenidos en la ingesta⁸¹.

Por lo mencionado, resulta de mucha importancia que la persona consuma una dieta equilibrada y adecuada a sus necesidades, la alimentación equilibrada es aquella manera de alimentarse que nos permite obtener de los alimentos los nutrientes necesarios para mantener la salud y estos alimentos tienen que ser variados y en cantidades adaptadas a nuestros requerimientos y condiciones personales tales como: edad, sexo, actividad física, estilo de vida, así como cualquier otra condición vital⁸².

En relación a la alimentación en el adulto mayor se ha estimado que entre un tercio y la mitad de sus problemas de salud están condicionados por la dieta. Por ejemplo, un insuficiente poder adquisitivo, la ignorancia al programar las dietas, la soledad y la falta de habilidad culinaria contribuyen a que los ancianos consuman dietas monótonas, reducidas a un número limitado de alimentos y con el consiguiente peligro de padecer deficiencias nutritivas.

La vulnerabilidad nutricional del adulto mayor es clara debida, por un lado, a su declive físico: las variaciones fisiológicas durante la tercera edad y por otro, a su marginalidad social por el bajo poder adquisitivo.

En el proceso de envejecimiento⁸³ intervienen también cambios psicológicos, económicos y sociales que pueden modificar los hábitos alimentarios de las personas de edad avanzada y por tanto ser capaces de influir en su estado nutritivo. Asimismo, estos cambios ni son iguales en todos los individuos, ni afectan a todos por igual. Por lo descrito se menciona que los adultos mayores están mucho más expuestos que los adultos jóvenes a tener un estado nutricional marginal y a presentar deficiencias nutricionales francas ante los distintos factores tales como la situación socioeconómica que pueda influir en el consumo de una adecuada alimentación.

En las personas adultas mayores la seguridad económica se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida⁸⁵.

Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer sus necesidades, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, ya que la etapa de la vejez acarrea un drástico descenso del ingreso y el surgimiento de necesidades antes no consideradas.

En esta etapa de vida se produce un suceso que se denomina jubilación, el cual determina una disminución de los ingresos de las personas mayores, que va a ser causa de gran parte de sus problemas socio-familiares y sanitarios el cual

constituye el paso brusco de una fase de plena actividad a otra de ocio absoluto el que determina un proceso de desadaptación en el adulto mayor.

Las personas que acceden a la jubilación lo hacen en mejor situación económica en el caso de los adultos mayores varones jubilados en el que su situación económica es considerada en mejores condiciones que la situación económica del adulto mayor mujer ya que en su mayoría a las únicas labores a las que se dedican son labores del hogar por ser amas de casa, las mujeres se encuentran en peor situación. Tanto las que se jubilan, como las mujeres que se encuentran en edad activa perciben por término medio menos ingresos (por jubilación o por salario que los varones) ⁸⁶.

La situación económica precaria en el adulto mayor incrementaría el riesgo de mal nutrición ya que no es fácil acceder al consumo de más y mejores alimentos que contengan los nutrientes necesarios de todos los grupos alimenticios, lo que empeora la posibilidad de tener una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada, la cual juega un papel muy importante en el organismo que lo predispone a tener un estado nutricional marginal y a presentar deficiencias nutricionales⁸⁷.

Lo antes mencionado se verifica en los discursos brindados en las entrevistas realizadas a los Adultos Mayores varones y mujeres en estudio, el cual se muestra en el siguiente cuadro comparativo:

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
REPERCUSION DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA PARA UNA ALIMENTACION BALANCEADA	
<p>-“Mi ingreso mensual es de 500 soles, en mi casa también aporta mis hijos para los gastos de la casa y la comida...” (NEPTUNO, 71años)</p> <p>-“Mi ingreso mensual como yo soy una persona jubilada son 890 soles de los cual 700 soles le doy a mi esposa con eso apporto para mi hogar que yo cumpro con mi obligación...” (MARTE, 75 años)</p> <p>-“El ingreso mensual son hoy día en la empresa son 1000 soles es para mí aunque tengo que compartir con mi sobrina que está en la universidad yo la apoyo para que estudie no esperando recompensas sino que es un desprendimiento de mi parte...” (TIERRA, 67 años)</p>	<p>-“De mi mensualidad... neto 370 soles, yo apporto en mi alimentación...” (TULIPÁN , 66 años)</p> <p>-“Mi ingreso mensual es 450 soles...yo soy la que apporto en el hogar...” (ROSA , 75 años)</p> <p>-“El ingreso mensual es 900... el que aporta es mi hijo... y el esposo de mi nieta...” (MAR, 68 años)</p> <p>-“Yo no tengo ingreso mensual el que aporta es mi esposo y mis hijas, yo no apporto porque no trabajo...” (LUNA, 73 años)</p>

<p>-“Soy jubilado y lo recibo me alcanza para vivir bien, tengo seguro aparte y no me preocupo por ese aspecto de dinero...” (SATURNO 83 años)</p> <p>-“Mi ingreso es suficiente para mí y mi esposa, para salir y darnos nuestros gustitos. Gano más del mínimo. Yo soy el que aporta el dinero en la casa...” (JUPITER, 65 años)</p>	<p>-“Quien aporta en mi hogar es mi esposo...” (CAMELIA, 70 años)</p>
--	---

Tal como se muestra en el cuadro comparativo se presentan discursos que indican la repercusión de la situación económica para una alimentación balanceada en el adulto mayor varón así como en el adulto mayor mujer en el cual se determinan diferencias, inicialmente desde la constitución de los hogares en donde viven los adultos mayores el cual se constituye por el adulto mayor en compañía de su esposa o conyugue mientras en otros se incluye la compañía de los hijos y nietos lo que constituye un apoyo en el aporte económico del hogar para así garantizar cubrir las necesidades entre ellas la alimentación.

En los discursos de los adultos mayores mujeres en tres de ellos se menciona como los que aportan en el ingreso económico del hogar al conyugue e hijos. Sólo dos de los discursos menciona que la adulta mayor mujer presenta un ingreso

económico propio el cual es utilizado para adquirir alimentos necesarios y lograr una alimentación balanceada.

En la composición de los hogares en los que el jefe de hogar es un Adulto Mayor se observa que más de la mitad vive en compañía de su esposa o conviviente; asimismo es posible notar que algunos adultos mayores viven en compañía de sus hijos y sus nietos. Esta situación puede tener implicancias importantes con relación a la capacidad de la familia para dar apoyo económico a los adultos mayores. En efecto, se esperaría que los adultos mayores que viven con sus hijos (quienes muy probablemente se encuentren en edad de trabajar) tengan mayores posibilidades de recibir apoyo económico de estos; sin embargo, si se considera a los nietos el escenario cambia puesto que se esperaría que estos a su vez dependieran de sus padres, los cuales tendrían que hacer frente a una doble responsabilidad (mantener a sus hijos menores de edad y mantener a sus padres un adulto mayor) ⁸⁶.

Asimismo, en el cuadro comparativo se muestra una diferencia en relación al ingreso económico mensual ya sea el caso por pensiones de jubilación o salario mensual, determinando un ingreso económico superior en el caso de los adultos mayores varones en relación al adulto mayor mujer, en este caso algunas de ellas mencionan no percibir ingreso económico por lo que indican como único aportante al esposo o conyugue e hijos.

Según INEI- ENAHO en el Perú el ingreso promedio mensual de la población adulta mayor, según sexo en el año 2012 en el caso de los hombres fue

de 1010,80 nuevos soles; mientras que en el caso de las mujeres fue de 541,00 nuevos soles.

Asimismo, el ingreso por pensión de las personas adultas mayores, según sexo, en el año 2012; los adultos mayores mujeres perciben un ingreso por pensión de 362,40 nuevos soles mientras que los adultos mayores varones perciben una pensión de 670,60 nuevos soles⁸⁹.

Además, se puede afirmar que después de la jubilación los hábitos en el adulto mayor sufren cambios entre ellos en la alimentación. Las personas de edad cuando dejan de trabajar sufren un cambio drástico en sus patrones presupuestarios, en sus comidas, compras y en su estilo de vida; esto es debido entre otras razones a presiones sociales y cambios tecnológicos que han contribuido a este alejamiento forzoso de las personas de edad de su trabajo, de modo que menos de un 5% de la población mayor de 65 años mantiene su actividad laboral como lo era antes⁸⁶.

En gran de los discurso presentados los adultos mayores indican percibir un aporte mensual cómo producto de su jubilación lo que indicaría el cese de su actividad laboral lo que constituiría un cambio en su status socioeconómico ya que el aporte que constituya en su hogar influirá directamente en la adquisición de alimentos necesarios para garantizar un aporte adecuado y balanceado de todo tipo de nutrientes necesarios para garantizar un estado nutricional optimo en esta etapa de vida.

Se menciona que una adecuada ingesta de alimentos es esencial para mantener una óptima actividad física, mental y una mayor calidad de vida. Los

cambios atribuibles al envejecimiento pueden ser síntomas clínicos de una nutrición inadecuada⁸⁷.

Se ha estimado que en los adultos mayores, entre un tercio y la mitad de sus problemas de salud están condicionados por la dieta. Un insuficiente poder adquisitivo contribuye a que los adultos mayores consuman dietas monótonas, reducidas a un número limitado de alimentos, con el consiguiente peligro de padecer deficiencias nutritivas. Estimaciones del número de ancianos con dietas nutricionalmente inadecuadas son entre 10 y 90% ⁸⁷.

Con lo anterior expuesto y sumado a esto la pobreza, la poca disponibilidad de recursos, el aislamiento, malos hábitos alimentarios comprometen el consumo de alimentos y esto repercute en su estado nutricional. Se considera que el primer paso para presentar carencias en la alimentación es la ingesta deficiente de alimentos, por esto la población adulta mayor, presenta un riesgo latente y esto llevaría a aumentar la morbi mortalidad y reducir la calidad de vida⁸⁷.

Como se observa el adulto mayor a pesar de su fragilidad procura su autocuidado; sin embargo, existen problemas que necesitan apoyo de la familia para solucionarlos y sobre todo aquí es que debe estar presente el cuidado enfermero para un autocuidado compensatorio, el mismo que debe ser un cuidado humanizado mediado por el trato humano donde hay especialmente la comunicación, comprensión y empatía como parte de un cuidado por la dignidad de persona que es el adulto mayor quien ha dado toda su vida con su trabajo a su familia y a la sociedad.

CAPITULO

V

5.1 Consideraciones Finales

En el presente trabajo de investigación se mostró como es el autocuidado del adulto mayor varón en comparación con el autocuidado del adulto mayor mujer, develando las actividades que realizan para conservar su salud en las diferentes necesidades tales como: alimentación, higiene, actividad física, descanso y sueño para que puedan lograr un envejecimiento saludable.

Los resultados obtenidos muestran que el Adulto Mayor Varón y el Adulto Mayor Mujer son semejantes llevan a cabo una gama de prácticas de autocuidado de los que destacan: el cuidado en sus hábitos alimenticios los cuales muestran lograr obtener el consumo de una Alimentación Balanceada en horarios establecidos:

Ambos utilizan una dieta variada en el que incluyen el consumo de cada uno de los grupos alimenticios e incluso la ingesta de alimentos ricos en fibra tales como frutas y verduras en su día a día. Asimismo los adultos mayores cumplen con el número de comidas recomendadas mientras que con el horario en la ingesta de cada una de las comidas en el día se refleja diferencias entre ambos ya que son los adultos mayores varones los que presentan un horario establecido a diferencia de las adultas mayores mujeres que fluctúa su horario de ingesta de sus alimentos por diferentes factores como quehaceres domésticos.

Otra de las actividades que realizan ambos adultos mayores en el autocuidado de su salud para lograr un envejecimiento saludable es el cuidar de su higiene personal enfatizando el baño diario e higiene matinal. Entonces se afirma

que los adultos mayores varones y mujeres muestran similitudes en la realización diaria del baño: sin embargo, cabe resaltar que este baño diario se ve influenciado por muchos factores entre ellos factores ambientales viéndose reflejado en la frecuencia al día, siendo mayor en el adulto mayor mujer en comparación del adulto mayor varón.

Otro hábito saludable es la higiene matinal lo cual en la presente investigación nos muestra que existen semejanzas en el adulto mayor varón y mujer, refiriendo que realizan el lavado de dientes es 2 a 3 veces al día y después de cada comida.

A pesar del proceso de envejecimiento propio del adulto mayor y pese a las dificultades que puedan presentarse en su día a día, el adulto mayor realiza el cuidado de su actividad física mediante la realización de actividades diarias y ejercicios rutinizados en el adulto mayor mujer al igual que el caso del adulto mayor varón que realiza actividades relacionadas a las actividades diarias propias del trabajo así como la práctica de ejercicios planificados en su día a día.

Los Adultos Mayores varones y mujeres del estudio realizan distintas actividades en su descanso de los que destacan en ambos sexos: realizan siestas toda la población adulta mayor como promedio 1 hora y manifestando que es muy reparadora, actividades del hogar como barrer, lavar, tejer lo hace más la mujer y realizan lecturas haciendo más los varones. Esto refleja que el Adulto Mayor varón y mujer tienen diferentes formas de tomarse un descanso.

Otro de las acciones de autocuidado de la salud en el adulto mayor es procurar el descanso el cual se favorece mediante siestas y lectura como distracción. Como resultados obtenidos se muestra que los Adultos Mayores varones y mujeres realizan distintas actividades en su descanso de los que destacan: realizar siestas como promedio 1 hora, en caso de los adultos mayores mujeres predominan la realización de actividades del hogar como barrer, lavar, tejer, mientras que el descanso mediante la realización de lecturas se muestra predominando en el adulto mayor varón. Esto refleja que el Adulto Mayor varón y mujer si se toman un descanso pero lo desarrolla de distintas formas.

Se considera importante el sueño en el Adulto Mayor siendo esencial para la salud y básicos para la calidad de vida, procurando el cuidado el patrón del sueño. En ambos sexos existe semejanza en el adulto mayor varón y mujer con respecto a su patrón del sueño; no todos los adultos mayores encuestado refieren conciliar de una manera óptima el sueño, se determinó también que para obtener un buen estado de sueño se tiene que tener una actividad física durante el día, lo cual esto va permitir que la persona llegue cansada y no tenga dificultad para conciliar el sueño.

Otra práctica de autocuidado encontrado en ambos casos, es la preocupación que presentan los adultos mayores por la alteración del patrón del sueño. Algunos de los adultos mayores entrevistados presentan interrupciones del sueño considerándose las quejas más frecuentes manifestadas el tener dificultad para dormir sin interrupciones toda la noche, pasar noches inquietas o intranquilas, despertarse demasiado temprano y ya no poder volver a conciliar el sueño y cuando

esto ocurre, es común que los ancianos valoren negativamente la calidad de su sueño.

Otro factor influyente en la alimentación del adulto mayor es surgir de los cambios en el apetito, en el cual se evidencia una disminución del apetito en el adulto mayor varón y mujer, en el caso de la mujer es la que presenta mayor disminución del apetito en relación al varón, el cual refiere mantener su apetito en su alimentación.

En este estudio se constató que el Adulto Mayor Varón y el Adulto Mayor Mujer llevan a cabo una gama de prácticas de autocuidado de los que destacan: la repercusión de la situación económica para garantizar una alimentación balanceada en el adulto mayor. En la cual surge la primera diferencia en el aporte económico que brinda tanto el adulto mayor varón como mujer para garantizar el consumo de alimentos que garanticen una dieta balanceada ya que sólo algunas de ellas presentan un ingreso económico propio el cual es utilizado para adquirir alimentos necesarios incluidos en la dieta diaria. Mientras que en el caso de los adultos mayores varones toman la posición de principal aportarte en el hogar para el consumo diario de requerimientos nutricionales.

Lo expuesto demuestra que es el adulto mayor varón quien realiza un mejor autocuidado de la salud en sus actividades cotidianas en comparación al autocuidado de la salud del adulto mayor mujer que no está procurando alcanzar un envejecimiento saludable.

5.2. Recomendaciones

A las autoridades pertinentes del centro de salud donde asisten los adultos mayores, se les recomienda que evalúen los programas preventivos –promocionales y de ser necesario busquen estrategias que logren una mayor concientización sobre las prácticas cotidianas que realice el adulto mayor para el autocuidado de la salud y así logren cumplir la meta de disfrutar de un envejecimiento saludable y activo.

A los familiares, orientar a los miembros de la familia del adulto mayor e involucrarlos en el cuidado de la salud en cada una de las actividades cotidianas que realizan para mantener un estado de salud óptimo, ya que la familia constituye para el adulto mayor la principal fuente de confianza y apoyo en esta última etapa de vida dado que por muchos años ellos ofrecieron y brindaron el cuidado por ellos.

A la Facultad de Enfermería, docentes y estudiantes, para que continúen realizando investigaciones en este grupo etáreo y con otras metodologías y consideren la ayuda necesaria; así mismo, que en las asignaturas incluyan los contenidos temáticos para lograr un cuidado integral y humanizado con visión holística.

A los profesionales de Enfermería el logro de capacidades y habilidades que permitan lograr motivar a los adultos mayores y que estos logren un auténtico autocuidado, propiciando responsabilidad por su salud y consiguiendo estilos de vida saludables. Bajo esa visión el más grande reto debe ser mantener a las poblaciones adultas mayores productivas y libres de enfermedades que provoquen el cese de productividad en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, A. Salud pública y medicina preventiva. (3a.ed.) México: Manual Moderno, (2002). pp. 413-420.
2. United Nations. Population Ageing and Development 2009. [en línea] New York: Department of Economic and Social Affairs; 2009 [fecha de acceso 2 Nov 2015] Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>
3. Naciones Unidas. Estudio Económico y Social Mundial 2007: Desarrollo de un Mundo que envejece [En línea] New York: Departamento de Información Pública; 2007 [fecha de acceso 16 Dic 2009] Disponible en : http://www.futuros21.info/uploads/wess07factsheet_sp.pdf
4. Ministerio de Salud. Situación del Adulto Mayor en el Perú [En línea] 2005 [fecha de acceso 4 junio 2009] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/boletines/SituacionAdultoMayorPeru.pdf>
5. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú; 2005. Pp. 3

6. Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas, Situación de la Población Adulta Mayor [Sede Web]. Lima Perú; 2013. [Acceso el 14 de mayo del 2014].
 Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf>

7. Manrique. D. Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios.

8. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013-2017: Envejecimiento de la población [Sede Web]. Lima Perú; 2013-2017. [Acceso el 14 de Junio del 2015].
 Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf>

9. GARCÍA M. Musicoterapia y su aplicación en la vejez. Barcelona-España; 2010. [Sede Web]. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en: <<http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Musicoterapia-Y-Su-Aplicacion-En-La-Vejez.pdf>>

10. OPS. Enfermería gerontológica: Conceptos para la práctica. Washington; 1993. [Sede Web]. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3106/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1>>.

11. Landinez N, Contreras K, Castro A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Bogotá, Colombia; s/f. [Sede Web]. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu08412.htm>.

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

13. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima - Perú; 2005 [sede Web]. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lneamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf>.

14. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima - Perú; 2006 [sede Web].

[Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en:<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf>

15. Papalia D; Wendkos O; Duskin R. Desarrollo Humano, editores. Human Developmet. 12vaed. México: McGraw-Hill; 2011. Pg.585- 587.
16. Acevedo J; Trujillo M; López M. La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad. México; 2010[Documento en línea]. Pg. 289. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en:<<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>>
17. Rodríguez K. Vejez y Envejecimiento. Bogotá- Colombia; 2010. [Documento en línea]. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf>
18. Gonzales J. Teorías del envejecimiento. Caracas- Venezuela; 2010. [Documento en línea]. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en: <<http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/?i=art1>>
19. Quintanar A. Análisis de la Calidad de Vida. México; 2010. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible

en:<http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf>

20. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS; 1993.
21. Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación Práctica. [Sede Web]*. Barcelona: Masson – Salvat Enfermería; 2001. [Acceso 14 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://webs.ono.com/usr0007adolf/agencia.pdf>
22. Ministerio de Salud. Cuidado y Autocuidado de la Salud Persona Adulta Mayor. Lima- Perú; 2009. [Acceso el 14 de Junio del 2015]. Disponible en:<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/adulto/materiales/Rotafolio.pdf>.
23. Coppard L. La Auto atención de la salud y los ancianos. Washington, D.C: OPS; 1993. (19) Marriner A y Col. Modelos y teorías de enfermería. 4a ed. España: Harcourt Brace de España. S.A; 1999.
24. Marriner A y Col. Modelos y teorías de enfermería. 4a ed. España: Harcourt Brace de España. S.A; 1999

25. Israel E. Méndez M. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev. Cubana Enfermera V.26, N°4. [Documento en línea] Habana 2010. [Consultado: 03 de marzo del 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000400007&script=sci_arttext

26. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Promoción de la Salud y el Autocuidado de las Personas Adultas Mayores. Lima- Perú; 2008. [Documento en línea] Habana 2010. [Consultado: 03 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/cartillas/cartilla2.pdf>.

27. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Centros Integrales Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor Adulto Mayor (CIAM) .LIMA 2010 [Web en línea]. [Consultado: 03 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/PAUTAS_CIAM.pdf.

28. Sistema de atención integral a la salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. [Documento en línea] México 2003 [Consultado: 03 de marzo del 2015]. Disponible en

:<<http://www.uv.mx/saisuv/files/2015/01/Recomendaciones-mundiales-sobre-act-fisica.pdf>>.

29. Vera R. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Colombia 2009. [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147005.pdf>>

30. Waldow R. Cuidar: expresión humanizadora. 1era edición 2008; Brasil.

31. S/A. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON. Mayo de 2012 [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://tpfite8.blogspot.pe/>>.

32. Taylor, S. Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós, 1987, p. 101.

33. Salamanca A. y C. Martín-Crespo. El Muestreo en la Investigación Cualitativa. [Documento en línea]. 2007. [Consultado: 26 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf>

34. Salamanca A. y C. Martín-Crespo. El Muestreo en la Investigación Cualitativa. [Documento en línea]. 2007. [Consultado: 26 de agosto del 2014]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf.

35. Menchada, S. Estudios Comparados [Documento en línea] s/f. [Consultado: 20 de agosto del 2014]. Disponible en: [http://www.redpai.uady.mx/documentos/2009/Estudios%20Comparados\(UV\).pdf](http://www.redpai.uady.mx/documentos/2009/Estudios%20Comparados(UV).pdf).

36. Sociedad Española de Educación comparada. . [Documento en línea] 2014. [Consultado: 03 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.uned.es/reec/pdfs/24-2014/REEC%2024%20-%20FINAL%20%28completo%29.pdf>.

37. Gregorio R; J. Gil y E. García Jiménez. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Aljibe, Málaga 1996.

38. Tipos de muestreo. [Documento en línea]. S/f. <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>.

39. Robles, Bernardo. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco, vol. 18, núm. 52, 2011, pp. 39-49. [Documento en línea]. [Consultado: 03 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>.

40. Martínez, M. “Arte y Ciencia de la Metodología de la Investigación Cualitativa”. 2da Edición, México: Editorial Trillas 2004.

41. Polit, D. Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de Salud. Sexta Edición Editorial Mcg Graw-Hill-Interamericana. México 2000.

42. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. DECRETO SUPREMO N° 011-2011-JUS. [en línea] 2011 [fecha de acceso: 30 de Setiembre del 2015]. Disponible en : <<http://blog.pucp.edu.pe/media/267/20110905-DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>>.

43. González S. Alimentación saludable del adulto mayor en el Centro de Salud Boca de Caña del Cantón Samborondón 2014 - 2015. Guayaquil; 2014. [Documento en línea] 2015 [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7660/1/TESIS%20ALIM>

ENTACION%20SALUDABLE%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>.

44. En contexto. “Importancia de la nutrición en la vejez”. España. 2015. (21): 1-3. 2014. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en <<http://www.revistaencontexto.com/>>

45. Rojas D. Percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios estado nutricional y práctica de actividad física en población de 9-11 años del colegio CEDID Ciudad Bolívar -Bogotá; 2011. [Documento en línea] 2011 [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis704.pdf>>.

46. Torres L; Francés M. La dieta equilibrada. España; 2007 [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/gu%C3%ADa%20ap-diet%C3%A9tica%20web.pdf>>.

47. S/A. Alimentación durante la tercera edad. [Documento en línea] S/f [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF/Guia%20de%20Alimentacion%20y%20Salud%20-%203a%20edad.pdf>.

48. La nación. Alimentación para mayores. [Documento en línea]. 1999. [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.nacion.com/ln_ee/ESPECIALES/edadoro/edad2/edad3.html>.
49. GOTTAU G. La merienda: una comida necesaria que con frecuencia pasamos por alto. [Documento en línea] 2011 [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://www.vitonica.com/dietas/la-merienda-una-comida-necesaria-que-con-frecuencia-pasamos-por-alto>>.
50. S/A. Cambiar horarios. [Documento en línea] 2011 [Consultado: 26 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://paraeladultomayor.blogspot.pe/2011/01/cambiar-.html>>.
51. Restrepo S. Morales R. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. [Documento en línea] Chile 2006 [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-751820060005000006>.

52. Duque M, Velásquez R. Efecto del consumo de diferentes dosis de café filtrado sobre los niveles plasmáticos de homocisteína y presión arterial en un grupo de voluntarios sanos. Colombia 2008. [Consultado: 26 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v15n2/v15n2a4>> .

53. Ángeles-Castellano M. y otros. Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez). [Documento en línea] 2011 [Consultado: 07 de enero del 2015].Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un112e.pdf>>.

54. Escobar C, Ángeles-Castellanos M. El tiempo para comer. [Documento en línea] 2011 [Consultado: 07 de enero del 2015].Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un112e.pdf>>.

55. S/a. Manual de geriatría: Cambios asociados al envejecimiento. [Documento en línea] S/f. [Consultado: 23 de noviembre del 2015].Disponible en: <<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/cambioEnvejec.pdf>>.

56. Colmenar C; Araque N. “La Higiene en los libros de texto de enseñanza secundaria en España 1868- 1936” [Documento en línea]. 2009. Cabás:

Revista del Centro de Recursos, Interpretación y Estudios en materia educativa (CRIEME) de la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria (España). Disponible en: <<http://revista.muesca.es/index.php/articulos2/117-la-higiene-en-los-libros-de-texto-de-ensenanza-secundaria-en-espana-1868-1936>> ISSN 1989-5909>.

57. Kozier, B., Erb, G., y Berman, A. (2005). Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica (2ª ed.). Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana.
58. Potter, P. y Perry, A. (2003). Fundamentos de enfermería (5ª ed.). Barcelona: Océano.
59. Ministerio de Salud (2012). Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/840_MINSA975.pdf>.
60. Narichi S. Texto de enfermería. 2016 [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.academia.edu/4146875/TEXTO_DE_ENFERMERIA>

61. Savio I. Guía de Cuidados de Salud Para Adultos Mayores. Uruguay; 2011 [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en:
http://www.bps.gub.uy/bps/file/8115/1/_guia_del_adulto_mayor.pdf
62. Elfenbein P, Guía de programas para adultos mayores. [Consultado: 24 de enero del 2016]. Disponible en:
<<http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/healthy/guias.pdf>.
63. Ministerio de salud pública y asistencial. Manual de salud [Consultado: 24 de enero del 2016]. Disponible en:
<<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2435.PDF>.
64. Ministerio de salud. Cuidado y autocuidado de la salud de los adultos mayores. Lima 2009 [Consultado: 24 de enero del 2016]. Disponible en:
<<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/adulto/materiales/Rotafolio.pdf>>.
65. S/a. Cuidando al adulto mayor en casa. [Documento en línea] S/f. [Consultado: 23 de noviembre del 2015]. Disponible en:
http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_al_adulto_mayor_en_casa.pdf.

66. Pamplona N (2009). Higiene personal: baño diario.
67. Gac. H. Algunos cambios asociados al envejecimiento. [Documento en línea] 2000-Vol. 29 [Consultado: 23 de noviembre del 2015].Disponible:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/AlgunosCambios.html>.
68. Espinoza, M. El Adulto Mayor no es sinónimo de muerte; aún vive. [Documento en línea] 2010. [Consultado: 22 de noviembre del 2015]. Disponible en:
<http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf>.
69. OMS, Edwards P, “Blietín sobre el Envejecimiento, Perfiles y Tendencias”. Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades no Contagiosas. Ginebra Suiza, 2001.
70. OMS. La actividad física en los adultos mayores. [Documento en línea] s/f [Consultado: 23 de noviembre del 2015].Disponible:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.

71. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. 4º ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 1004 – 1023.
72. Murillo S. MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON INSOMNIO - ASILO DE ANCIANOS SAN JOSÉ – CHICLAYO 2011. Lambayeque; 2011 [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/195/1/TL_Murillo_Fernandez_SandraElizabeth.pdf.
73. Practicopedia. Cómo practicar la siesta de forma responsable, México; 2009 [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://salud.practicopedia.lainformacion.com/bienestar/como-practicar-la-siesta-de-forma-responsable-2923>.
74. Estudio revela por qué las mujeres necesitan dormir más que los hombres. Ecuador; Ecuador 2013. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.crhoy.com/estudio-revela-por-que-las-mujeres-necesitan-dormir-mas-que-los-hombres/>.

75. Salud neurociencia. La siesta modélica debe durar 26 minutos. Español; 2011 [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/07/18/neurociencia/1310985264.html> >.
76. Miralles I. Vejes productiva. Noviembre 2010. [Documento en línea] [Consultado: 24 de enero del 2016]. Disponible en:
<file:///C:/Users/Downloads/Dialnet-VejezProductiva-3702472.pdf>.
77. La importancia de la lectura en el adulto mayor. Chile [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en:
<<http://w3.metlife.cl/personas/consejos-de-vida/adultos-mayores/la-importancia-de-la-lectura-en-el-adulto-mayor.html>>.
78. Fernández A, Vásquez E. El sueño en el anciano.[Revista en Línea]. España; 2007. May [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016].
Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174>.
79. Queralt M. Cambios biológicos en personas mayores:Aparato digestivo. . [Documento en línea] S/f. [Consultado: 23 de noviembre del 2015].Disponible en:

<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/aparato-digestivo-ancianos.shtml>.

80. Gamarra M. Cambios Fisiológicos del Envejecimiento. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.14 N° 1. [Documento en línea] 2001 [Consultado: 23 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v14n1/cambios.htm>.

81. Ortiz G. y otros. Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. [Artículo en línea] Año 2012, Volumen 62 Número 3 [Consultado: 23 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2012/3/?i=art7>.

82. Kahn A; Medina P; Candela R. La alimentación en el Perú. Perú; 2014. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <https://cuestionessociales.wordpress.com/2014/11/15/la-alimentacion-en-el-peru/>.

83. Torres L; Francés M. La dieta equilibrada. España; 2007 Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/gu%C3%ADa%20ap-diet%C3%A9tica%20web.pdf>.

84. Zamora M. Estado nutricional de un colectivo de personas de edad avanzada de la comunidad autónoma de Madrid: influencia de diversos factores socioeconómicos. Madrid; 2002. Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/1/AD1030601.pdf>>.
85. Bazo M. La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos La ancianidad. Madrid; 2005. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo19.pdf>>.
86. González J. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana. Bogotá; 2011. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>>.
87. Bazo M. La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos La ancianidad. Madrid; 2005. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en:

<<http://observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo19.pdf>>.

88. Olivera J; Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. Perú; 2014. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/LEONIC/Mis%20documentos/Downloads/10085-39949-1-PB.pdf>>.
89. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la Población Adulta Mayor. Perú; 2013. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: <<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-oct-dic-2013.pdf>>.
90. Cabrera B. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en adultos mayores del programa de coordinación de jubilados del seguro social. Cuenca; 2014. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19933/1/TESIS%20\(30\).pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19933/1/TESIS%20(30).pdf)>.

91. Santamaría J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. MedClin (Barc) 2003; 120 (19): 750-5 disponible <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v120n19a13048028pdf001.pdf>>.

92. Guzmán Geiser. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid; 2009. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Enr_compl.pdf.

93. López C. Insomnio en el anciano. Enfermería Docente, 2007; (69): 31-34. Acceso: 22 diciembre 2015. Disponible en < <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174&pagenumber=1&w=100>>.

94. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. México; 2012. [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/385_IMSS_10_Trastorno_sueno/GRR_IMSS_385_10.pdf.

95. Brizzolara A. Trastornos del sueño en adultos mayores. Chile; 2008.
[Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible
en:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1080>

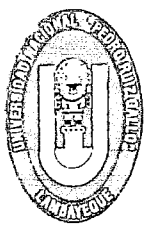
96. Murillo S. Mecanismos de afrontamiento de los adultos mayores con
insomnio - asilo de ancianos San José – Chiclayo 2011. Lambayeque;
2011 [Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016].
Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/195/1/TL_Murillo_Fernandez_SandraElizabeth.pdf

97. Instituto del sueño El Sueño en los Ancianos. Madrid; 2015.
[Documento en línea] [Consultado: 22 de enero del 2016]. Disponible
en: <http://www.iis.es/trastornos-del-sueno-personas-mayores-insomnio-ancianos-tratamiento/>.

APÉNDICE



APÉNDICE N° 1
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUÍZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE LA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

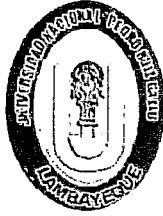
Objetivo: Recolectar información sobre el autocuidado de su salud que tienen los
adultos mayores

Sr.(a) _____, reciba nuestro
más cordial saludo, somos estudiantes de Facultad de Enfermería de la UNPRG que con
fines de obtención del título profesional, estamos realizando una investigación sobre
:Autocuidado del adulto mayor; pretendiendo que los resultados de la investigación
orienten y motiven el cumplimiento de las expectativas de las actuales y futuras
profesionales de enfermería. Investigación que para lo cual solicitamos su valiosa
participación, la cual consistirá su participación en responder a una entrevista a
profundidad que explorará su percepción sobre su autocuidado, la cual será grabada.
Su participación en este estudio es voluntaria. Sus respuestas a la entrevista serán
anónimas, y se utilizará un seudónimo, escogido por usted. La información que se recoja
será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta
investigación. Una vez procesadas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.
Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento
durante el estudio .Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin
que eso la(o) perjudique en forma alguna. Si alguna de las preguntas durante la entrevista
le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no
responderlas.
Desde ya le agradecemos su participación.

Lambayeque, del 2015.

.....
Firma del Informante

.....
Firma de las Investigadoras



APÉNDICE N° 2
UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA



La entrevista tiene por objetivo recoger información que permita, Determinar, analizar y comprender el autocuidado de su salud que tienen los adultos mayores.

Datos generales:

Edad..... Sexo..... Estado civil:.....

¿Con quién vive usted?.....

Tiempo de asistencia al CIAM:

A. PREGUNTAS ESPECIFICAS

- **¿Qué hace usted para conservar su salud?**
Mencione lo más detallado en cuanto a:
 - Alimentación
 - Descanso
 - Sueño
 - Higiene
 - Actividad física ¿Qué actividades realiza?