

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL  
ADULTO MAYOR ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD  
HABITAD HUMANITY AÑO 2014**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**DELIA SUPO ZAPATA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**


**PUNO - PERÚ**

**2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR**  
**ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

**TESIS PRESENTADA POR:**  
**DELIA SUPO ZAPATA**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
**APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:**


**PRESIDENTE:**

  
Dra. Rosenda Aza Taëca


**PRIMER MIEMBRO:**

  
Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo

**SEGUNDO MIEMBRO:**

  
Lic. Julia Belizario Gutiérrez

**DIRECTOR - ASESORA:**

  
Mg. Agripina María Apaza Álvarez

Puno - Perú

2015

**ÁREA : Adulto**

**TEMA : Adulto mayor – cuidados de la familia**

## *DEDICATORIA*

*A Dios por protegerme durante todo Mi camino y  
Darme fortaleza para continuar cuando a punto*

*Consagro esta tesis a la memoria de mis Abuelos:  
Francisca y Tiburcio quienes Fueron mí Fuente de  
Inspiración e hicieron posible La realidad de esta  
Tesis*

*Con inmenso amor, a mis padres: Adriano y Narcisa,  
Por su trabajo y Sacrificio En todos estos años.*

*A mi hermano menor Edwin Adrián,  
Por su apoyo en la culminación de  
Este propósito.*

*A Aurelio por su apoyo moral e incondicional,  
Para continuar adelante y concluir con mis  
Objetivos.*

*Delia S. Z.*

## AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional del Altiplano – Puno por haberme acogido en su alma mater y brindarme la posibilidad de estudiar en sus aulas.
- A la Dra. Nelly Martha Rocha Zapana por su apoyo, calidad humana.
- A los miembros del jurado: Dra. Rosenda Aza Tacca, Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo y Lic. Julia Belizario Gutiérrez.
- A mi Directora y Asesora Mg. Agripina María Apaza Álvarez pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, por su invaluable ayuda en todo el desarrollo del trabajo.
- A todo el personal administrativo de la Facultad de Enfermería por su colaboración y apoyo durante el desarrollo de mi formación profesional.
- A quienes siempre me alentaron María, Nora, Elva.

Delia S. Z.

## RESUMEN

En el presente estudio se describe el cuidado y protección que la familia brinda al Adulto Mayor asistente al Puesto de Salud Habidad Humanity. Fue de tipo descriptivo con diseño transversal. La muestra constituida por 30 familias responsables del cuidado y protección del adulto mayor. Para recolectar datos se utilizó la técnica de la encuesta; instrumento el cuestionario con 42 ítems, el que fue sometido a prueba piloto “Alfa de Crombach”. Resultados: del 100% de las familias cuidadoras del adulto mayor, en la dimensión de necesidades fisiológicas (alimento) referente al consumo de proteínas es a veces en un 66.7%, calcio es a veces en 46.7%, en fibra el 70% a veces cumple y no cumple en 46.7% el consumo de fibra; el 53.4% consumen mayor a 3 veces por semana grasas saturadas, el 66% no consumen agua mayor a 2 vasos por día. Referente a la necesidad de seguridad y estabilidad el 43.3% de las familias no cumplen en satisfacer esta necesidad y el 30% no acompaña a tomar transporte público. Referente a la necesidad de aprecio y reconocimiento el 6.7% a veces cumple la familia, el 13.3% no cumple con fomentar la comunicación, el 33.3% no cumplen con facilitar recreación y el 50% no cumplen con estimular la mente de los adultos mayores; finalmente 43.3% de la familias no facilitan situaciones que favorezcan al cuidado de la salud mental de la población que fue motivo de estudio. Es imperativo orientar el trabajo del profesional de enfermería a las acciones de prevención y promocionar la salud de los adultos mayores principalmente en las dimensiones alimento, apoyo emocional y recreación; así preservar a una mejor calidad de vida de este sector poblacional.

**Palabras claves:** Familia, Cuidado y Protección, Adulto Mayor

## ABSTRACT

The present study describes family care and protection to the Senior Assistant to the health post Habitat Humanity. It was descriptive with cross design. The sample consisted of 30 families responsible for the care and protection of the elderly. To collect data we used the technique of the survey; the questionnaire with 42 items, which was being pilot tested "Alpha of Cronbach" instrument. Results: 100% of family caregivers for the elderly, in the dimension of physiological needs (food) relating to the consumption of protein is sometimes in a 66.7%, calcium is sometimes in 46.7%, fiber 70% sometimes meets and does not meet in 46.7% of fiber consumption; the 53.4% use more than 3 times per week saturated fat, 66% do not consume more than 2 cups water per day. Concerning the need for security and stability 43.3% of families fail to satisfy this need and 30% not accompanied to take public transport. Concerning the need for appreciation and recognition the 6.7% sometimes meets the family, 13.3% does not meet to foster communication, the 33.3% fail to provide recreation and 50% fail to stimulate the mind of the older adult; Finally 43.3% of the families do not provide situations that favour the care of mental health of the population which was the subject of study. It is imperative to guide the work of professional nursing to prevention efforts and promote the health of older adults in dimensions mainly food, emotional support and recreation; preserve to a better quality of life for this population sector.

**Key words:** Family, care and protection, adult wholesale

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.- CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	3
1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
1.4.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	8
II.- MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	9
III.- VARIABLES Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÒN.....	59
V.- DISEÑO METODOLÒGICO .....	60
5.1.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÒN .....	60
5.2.- ÀMBITO DE ESTUDIO .....	60
5.3.- POBLACIÒN Y MUESTRA DE ESTUDIO .....	62
5.4.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÒN DE DATOS.....	62
5.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÒN DE DATOS.....	64
5.6.- PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÀLISIS DE DATOS .....	65
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÒN .....	67
VII.- CONCLUSIONES.....	95
VIII.- RECOMENDACIONES .....	97
IX.-REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA .....	98
X. ANEXOS.....	110

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1.- CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La familia “es medio aprovisionador total del adulto mayor, debe hacer todo lo que el adulto mayor es incapaz de realizar por sí mismo, alimentación, vestido, higiene y transporte todo con afecto. Son las personas idóneas con compromiso, interacción, directa con el adulto mayor en el hogar, asume la responsabilidad del bienestar y la atención de sus necesidades básicas del adulto mayor. Tiene el deber de cuidar la integridad física, mental y emocional de los adultos mayores.”<sup>(1)</sup>

Según la Encuesta Nacional de Hogares continua, correspondiente al trimestre Julio, Agosto y Setiembre del 2007 en donde el 74,5% de la población Adulto Mayor de 60 y más años de edad, presentó algún problema de salud. El 24,5% de los adultos mayores con dolencias acuden a establecimientos del sector público, el 7,6% a servicios del sector privado y el 10,2% a otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio, casa de curandero). Preocupa que un 58,6% de este grupo poblacional no busque atención por diversas razones como falta de tiempo, dinero, auto medicación, por no tener seguro social, o algún familiar que se encargue de ellos.<sup>(2)</sup>

Según el Plan de Salud con Adultos Mayores 2006 a 2010 del MINSA, considera que las personas del grupo etario adulto mayor activas y con todas sus capacidades para realizar su auto cuidado personal están en esta condición el 30%; y el 65% son adultos mayores frágiles que tienen algún tipo de disminución de su estado físico, emocional, social; y el 3% a 5% de adultos mayores son dependientes con una pérdida sustancial de su estado físico y emocional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, en lo referente a la utilización del baño, vestirse, usar el retrete, movilidad, alimentación, uso del teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transporte, controlar la medicación, manejar el dinero, con la consecuente disminución de sus recursos económicos.<sup>(3)</sup>

En otro estudio realizado en Costa Rica en el 2005, se encontró que el cuidado es provisto por los familiares muy allegados al adulto mayor que lo requiere, el cual no está regulado, ni sometido a horarios, ni a remuneración económica, y generalmente quienes lo proveen no han tenido educación formal al respecto, al menos cuando comienzan a desempeñar rol. Los resultados del estudio afirman que los cuidadores



familiares hacen un valioso aporte a la sociedad, asumiendo el cuidado de los adultos mayores en situación de dependencia o limitación física o psicológica, tarea que el estado no ha reconocido como parte de los deberes del sector salud. Los cuidadores familiares como agentes de salud; en este sentido, los profesionales de los sistemas formales de educación y servicio deben acercarse a quienes proveen el cuidado familiar de tal manera que puedan conocer sus ejecutorias y también sus necesidades para, con base en ellas, desarrollar planes de acción tendientes a su cualificación y apoyo asistencial.<sup>(4)</sup>

Torres (2010), en su estudio realizado que lleva por nombre "Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los Adultos Mayores por parte de los familiares" planteó como objetivo general: identificar el manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los Adultos Mayores por parte de los familiares, concluyen: las familias ponen poca participación en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales de los adultos mayores y que la falta de interrelación familiar trae como consecuencia que ella no visualice o no sé percate que el anciano es un ente con emociones y manifestaciones espirituales en su desarrollo como ser humano".<sup>(5)</sup>

En un estudio realizado sobre el "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia" los resultados demuestran que para el adulto mayor, el significado de la calidad de vida es tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, vivienda e higiene; apoyándolo en lo necesario para que logre, principalmente, su bienestar físico. En relación a la familia, cuanto menor considere el nivel de satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del adulto mayor, menor será el nivel de su "calidad de vida".<sup>(6)</sup>

Durante las practicas pre profesionales cumplidas en el Puesto de Salud Habilidad Humanity. se ha observado que los adultos mayores en su etapa final de su ciclo de vida sufren una serie de deficiencias físicas, enfermedades y limitaciones para realizar sus actividades de su vida diaria; ejemplo les da miedo salir solos a la calle, no pueden cocinar solos, prefieren estar en casa, están mal vestidos, y en mal estado de higiene,

ya no pueden desempeñarse laboralmente en actividades que requiere resistencia, viven con sus familiares; entonces se observó que los familiares le dan la mínima importancia a su presencia, despreocupándose por el bienestar de los mismos, entre otras características. Lo que se convierte en sufrimiento, dolor y desesperación que reducen en gran medida el disfrute de su vida, lo que puede provocar trastornos psicológicos, biológicos y sociales en el adulto mayor. La realidad observada muestra una creciente debilidad en las familias que albergan a un adulto mayor, con frecuencia son expuestos a sufrir por no recibir apoyo y cariño; económicamente son dependientes; se habla de las responsabilidades de los hijos para con sus padres, pero pocas veces los hijos asumen esas obligaciones porque según el significado de calidad de vida este conduce a vivir en paz y tranquilidad, Estas observaciones requieren ser explicadas a través del presente estudio de investigación.

## **1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

### **1.2.1.- A NIVEL INTERNACIONAL**

El estudio realizado sobre el “Auto cuidado y dependencia en el adulto mayor en el Geriátrico Gustavo Friscker de San Pedro de la Paz. México 2008”. Cuyo objetivo fue determinar el Auto cuidado y dependencia en el adulto mayor en el Geriátrico Gustavo Friscker de San Pedro de la Paz. México. Es un estudio transversal y el instrumento para la recopilación de datos fue la entrevista personal. Para la misma se seleccionó una muestra de adultos mayores de 65 años, constituidos por 40 ancianos: de los cuales el 6,73% practican actividad física y recreativa; cerca de la mitad con 47,1% tienen deficiencias en realizar y el 46.2% de los adultos mayores tenían practicas deficientes en dos o más conductas y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte; referente al manejo de hábitos alimentarios el 69% de los ancianos presentaban hábitos muy saludables por que ingieren proteínas, vegetales, frutas y agua > de 6 vasos al día; el 31% de los adultos mayores con hábitos poco saludables, por que ingieren grasas saturadas e hidratos de carbono simples de 3 a más veces por semana. Al evaluar el nivel de actividad física se encontró que los adultos mayores presentaban en su mayoría hábitos poco saludables con un 85,7% y el 94,18% con hábitos nada saludables. En cuanto al tiempo de ocio y recreación se encontró que el 54,8% de adultos mayores presentaban un manejo saludable y el 15,5% de los adultos mayores presentaban un manejo poco saludable. En cuanto a los hábitos de sueño, se encontró que más del 50% de las

personas mayores de 65 años refieren tener problemas habituales con el sueño; y el 100% presenta insomnio cada noche a los 95 años de edad. Este aumento de la dificultad para dormir en los ancianos es especialmente significativo cuando éstos están institucionalizados en asilos, hospitales, abandonados por la familia.<sup>(7)</sup>

En un estudio realizado sobre la “Intervención de la familia en la satisfacción de necesidades socio - afectivas del adulto mayor en el Ancianato María de San José de Valencia 2007. El objetivo fue: determinar la intervención de la familia en la satisfacción de necesidades socio - afectivas del adulto mayor. La población estuvo conformada por 54 adultos mayores, estudio de tipo descriptivo observacional, se dieron los siguientes resultados: que el anciano tiende a bajar su autoestima por el enfrentamiento de la jubilación con un 61.5%, seguida por el retiro y la marginalidad social con un 51% y de igual manera se confirmó pérdida del significado de vida y pérdida en la adaptación con un 37%; además, se evidenció que a menudo la familia identifica déficit social tales como el aislamiento en los ancianos, el apoyo emocional y las actividades interpersonales son escasas. Se concluye que el anciano que recibe apoyo de su familia, desarrolla y consolida sentimientos de autoestima, sentimientos positivos acerca del mundo y de otras personas, es capaz de mantener una saludable existencia psíquica hasta el final de sus días.<sup>(8)</sup>

### 1.2.2.- A NIVEL NACIONAL

Un estudio sobre “Capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria del Adulto Mayor residentes en Perú de la facultad de medicina universidad nacional Federico Villa Real 2007”, tuvo como objetivo principal: Determinar La Capacidad Funcional en las actividades básicas de la vida diaria del Adulto Mayor. La población estuvo conformada por 76 adultos mayores. Es un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal con enfoque cualitativo, el instrumento que se utilizó fue la valoración geriátrica integral. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: el 53% de los adultos mayores de 75 años era dependiente parcial, el 30%, eran autónomos y el 17% era dependiente total. Se encontró que las actividades de la vida diaria más comprometidas fueron bañarse con un 44.5% de los adultos mayores; vestirse, un 39% e ir al baño un 36.5%. Donde el mayor porcentaje de adultos mayores

en esta provincia se ubica en la categoría de nivel de actividad social baja con 63.4%, el 32.4% es moderada y solo el 4.2% es buena.<sup>(9)</sup>

Otro estudio de investigación titulada “Maltrato familiar en el Adulto Mayor del INABIF en Lima-2006”, el objetivo de estudio fue evidenciar la existencia del maltrato en el adulto mayor dentro del ámbito familiar lo cual fue posible al realizar una entrevista a 20 adultos mayores del albergue para el adulto mayor del INABIF en Lima - 2006. La investigación fue de tipo descriptiva explicativa, diseño correlacional. Los resultados obtenidos en el estudio fueron que los adultos mayores de 60 a 75 años percibieron maltrato en un 50%, los de 76 a 85 años lo percibieron en 26%. Las mujeres percibieron maltrato en un 41%. El maltrato por abandono, fue mayor en un 54%, sigue el maltrato psicológico en 39% y finalmente el maltrato físico en 7%.<sup>(10)</sup>

Otro estudio de investigación titulado: “factores psicosociales de la familia que influye en el cuidado del Adulto Mayor”. El objetivo del estudio fue determinar la influencia de los factores psicosociales de la familia en el cuidado del adulto mayor lo cual fue posible al realizar una encuesta a 83 Adultos Mayores a consulta ambulatoria en el hospital María auxiliadora de Lima 2007. El estudio fue descriptivo transversal. Los resultados obtenidos fueron que la comunicación enmascarada, los papeles no efectivos de la familia y los antecedentes de no tener en claro sobre los cuidados que requiere un adulto mayor en sus necesidades básicas. Por parte de la familia son escasos en un 67%, las personas adultas mayores además de enfrentar los problemas de salud propios de la edad, enfrentan un entorno familiar marcado, muchas veces, por la falta de cohesión y de solidaridad en un 87%. El sentido de utilidad hace que mientras el adulto mayor pueda apoyar con su economía en el cuidado del hogar, reciba una pensión y realice pequeñas labores, es objeto de atención y de cierta protección. Sin embargo, cuando está enfermo y pierde autonomía se opta por el rechazo y el abandono, considerándosele una pesada carga para la familia en un 57%.<sup>(11)</sup>

Otro estudio de investigación titulado “Estado nutricional y factores asociados a la malnutrición en el Adulto Mayor en la comunidad de Masma Chicche, Junín 2012”; cuyo objetivo fue: determinar el estado nutricional y los factores asociados a la malnutrición en el adulto mayor; el estudio fue descriptivo transversal realizado en personas mayores de 60 y 92 años. Se encuestaron a 53 ancianos y se utilizó el

programa de vigilancia automatizada de dieta (VAD). Se halló una situación nutricional desfavorable; el consumo energético no fue satisfactorio en la mayoría de los ancianos quienes estaban en una situación muy crítica con un 94%, y en el 36% de ellos el consumo de proteínas fue deficiente; reportándose el mayor aporte de proteína proviene de animales, lo cual excede las recomendaciones dietarios. La ingesta más baja de micronutrientes corresponde en zinc y ácido fólico, hierro, calcio y fibra. Según el índice de masa corporal se reporta el 77% de ancianos malnutridos; 63% por exceso y 14% por déficit. Los hallazgos de carencias alimentarias indica la necesidad de ampliar estudios para caracterizar los problemas nutricionales de este grupo poblacional.<sup>(12)</sup>

### 1.2.3.- A NIVEL LOCAL

Un estudio realizado sobre la “Situación psicológica y social de la persona geriátrica de las zonas periurbanas de la ciudad de Puno 2005”. Cuyo objetivo fue determinar la situación psicológica y social de la persona geriátrica... La muestra fue de 230 adultos mayores de 60 años, en quienes, se aplicaron y compararon escalas psicológicas, en el que se determinaron que más del 50% de ancianos alteran relaciones de comunicación a los 70 años por problemas auditivos, son casi colaboradores con la familia pero a mayor edad va disminuyendo. El estado psicológico, en relación con lo cognitivo es confiable en un 90% en las manifestaciones del estado emocional; existe ligera diferencia de 1,5% entre adultos mayores de ambos sexos.<sup>(13)</sup>

Un estudio realizado Sobre “el grado de dependencia y su relación en su auto cuidado en los asilos de Chucuito y Puno 2005”. Cuyo objetivo fue: determinar el grado de dependencia y su relación en su auto cuidado... En el que, según la escala de Exton Smith de los ancianos que viven en los asilos de Chucuito y Puno el 74% de ancianos es dependiente parcial en sus necesidades básicas y de acuerdo a la participación del anciano en su auto cuidado. El 49% con participación mínima y 17% con participación regular. Por lo tanto en nuestro medio la situación de estos, se torna difícil, ya sea por abandono de la sociedad y/o familiares especialmente cuando se ve obligado a buscar un asilo donde pueda continuar el resto de su vida y donde debe depender de la buena

voluntad de un grupo de personas para la satisfacción de sus necesidades básicas, sintiéndose segregado de la sociedad como un ser inútil y en espera de su final.<sup>(14)</sup>

En una investigación “Factores biológicos y socio-culturales que influyen en la actitud de las personas de la tercera edad frente al proceso de envejecimiento en los asilos de Chucuito y Puno año 2005” el objetivo fue: Determinar factores biológicos y socio-culturales que influyen en la actitud de las personas de la tercera edad frente al proceso de envejecimiento...” Se realizó en los meses de Agosto a Octubre del 2005 en un total de 34 ancianos. Según la entrevista estructurada y la observación directa de los ancianos que viven en los citados asilos, el 32% presentan una actitud negativa frente al proceso de envejecimiento y el 24% presenta una actitud positiva frente al citado proceso. De acuerdo al análisis de las entrevistas y de las observaciones, se obtuvo elementos para señalar que los ancianos en su mayoría se sienten bien, a gusto, respecto de tener todas sus necesidades materiales satisfechas, como vestimenta, alimentación, un hogar seguro, etc., con respecto a las necesidades de afecto expresan la imperiosa necesidad de estar en sus casas con sus familiares con las que puedan contar y poder pasar los últimos años de sus vidas en armonía y con los afectos que representa el núcleo familiar.<sup>(15)</sup>

### **1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cumple la familia en brindar cuidado y protección al Adulto Mayor asistente al Puesto de Salud Habidad Humanity– 2014?

#### 1.4.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

La relevancia de esta investigación fue describir el cuidado y protección que la familia brinda al adulto mayor. Los resultados son de gran utilidad, para poder desarrollar o diseñar estrategias de sensibilización y motivación a la familia o cuidador del adulto mayor con el fin de favorecer una mejor calidad de vida de estos.

La información obtenida será utilizada para informar a las autoridades de salud sobre la realidad encontrada en los adultos mayores, sugerir aspectos que se deben mejorar en las funciones de la enfermera encargada de conducir el programa que es esencialmente preventivo el que tiene como objetivo elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida de este grupo etareo, los cuales se enfatizaron como responsabilidad al cuidador en concordancia al trabajo de enfermería promoviendo el cuidado de estos desde la familia (cuidador primario) quienes tienen la responsabilidad primordial de velar por la paz y seguridad de los mismos el que conlleva al logro del bienestar del adulto mayor y la comunidad para minimizar las complicaciones generadas por la edad.

Así mismo, los resultados constituyeron como fuente de conocimiento y en base a estos fomentar en los familiares o cuidadores del adulto mayor tomar conciencia de la importancia que tiene un envejecimiento saludable, estilos de vida satisfactorios entre los adultos mayores; el mantenimiento de sus reservas funcionales, la prevención de enfermedades, las discapacidades y una sociedad más amigable para las personas de la tercera edad; son metas concretas a obtener con los resultados del estudio y garantizar una atención con cariño y de calidad a los adultos mayores.

## II.- MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 2.1.- TEORIAS EXISTENTES SOBRE EL TEMA

#### 2.1.1.- FAMILIA

##### 2.1.1.1.- Conceptos

La familia es la organización constituida por los padres, abuelos e hijos que viven bajo el mismo techo en el que destacan los sentimientos de cohesión, respeto y solidaridad entre sus miembros. En este modelo el varón tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la encargada del hogar y del cuidado de los hijos y adultos mayores.<sup>(16)</sup>

La concepción de la familia va más allá de la definición tradicional y fenomenológica en la que, solo se la considera como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos conyugales o de adopción con vínculos entre sí e intereses en común, para trasladarla a un plano social, tanto en su estructura como en sus funciones.<sup>(17)</sup>

##### 2.1.1.2.- Historia

En las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica; los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños y la expulsión del núcleo familiar a los enfermos que no podían trabajar.<sup>(18)</sup>

Actualmente la familia es una de las instituciones que más cambios ha sufrido en los últimos años a diferentes niveles en la imagen, en los aspectos legales, en las relaciones de pareja, en las relaciones padres e hijos y entre otras generaciones, en la dinámica familiar y en los diferentes papeles que asume cada individuo.<sup>(19)</sup>

##### 2.1.1.3.- FUNCIONES DE LA FAMILIA

ENCINAS (2009).<sup>(20)</sup> Indica que aún quedan seis funciones fundamentales que competen a la familia que son vitales para producir personas competentes y capaces de sobrevivir en un mundo complejo y cambiante. Estas funciones son:



-Generar afecto.- Este es un fenómeno que debe contribuir al desarrollo saludable de todos los que participan.

- Asegurar continuidad de la compañía.- La unidad familiar proporciona la presencia continua de compañeros interesados con los cuales los miembros de la familia pueden compartir tanto sus desilusiones como sus éxitos.

- Proporcionar protección y aceptación personal.- la mayor parte de las personas obtienen de sus familiares la seguridad y aceptación necesaria para que su vida sea digna y provechosa. Dentro de la familia los integrantes aprenden a cometer errores, aprender de ello y forman relaciones complementarias en vez de competitivas; estas relaciones permiten que los miembros se desarrollen de manera natural y personal.

- Dar satisfacción y un sentido a la vida.- La familia en los mejores casos proporciona un sentimiento básico de satisfacción y valía que es difícil obtener en otros campos de la vida personal. Las celebraciones, las reuniones y actividades similares sirven como factores cohesivos para diluir las frustraciones y problemas de la interacción social a gran escala.

- Proporcionar un lugar en la sociedad y socializador.- los integrantes de la familia socializan de acuerdo con las expectativas de la familia entera, porque la sociedad requiere que los individuos aprendan lo que se espera de ellos y que ocupen un lugar en la jerarquía social a gran escala.

- Inculcar normas y un sentido de lo correcto.- En el proceso de la socialización los miembros de la familia critican, corrigen, ordenan, alaban, culpan, obligan, motivan, recompensan de manera que sería imposible en otro medio; así la familia representa a pequeña escala a la sociedad; y cuando no lleva a cabo sus funciones de socialización del modo correcto es probable que no se cumplan los objetivos que persigue la familia.

### **2.1.2.- PAPEL QUE CUMPLE LA FAMILIA PARA EL ADULTO MAYOR**

Salvarezza (2010), al describir esta etapa de la vida plantea que “La vejez es un tema conflictivo, no solo para el quien la vive en sí mismo, sino también para aquellos que sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero, o como hijo/familia, como colega, como socio, o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras ciudades”<sup>(21)</sup>

Ochoa (2011), refiere la importancia de la familia para el adulto mayor está dada en ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer y el deber de garantizar y promover el derecho de las personas mayores a un nivel de vida adecuado, en condiciones que les permitan acceder a la vivienda propia, asistencia médica geriátrica con un mínimo de 1 vez al año, y brindar ayuda en el uso del transporte público, necesarios para una existencia útil y digna. Los adultos mayores tienen mucho por contribuir su sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias.<sup>(22)</sup>

Hurtado (2005), explica que las familias en el futuro se verán enfrentadas a tener una cantidad cada vez mayor de personas de edad en su seno, producto del aceleramiento en el crecimiento de este segmento poblacional. En vista que la cantidad absoluta de ancianos crece aceleradamente, el mundo enfrentará en un futuro mediano una cantidad de ancianos crecientes pero con énfasis en las edades más elevadas. Esto implica necesariamente la modificación de una serie de aspectos. En la sociedad y particularmente en la familia, considerando que son los demandantes de mayor atención de parte de sus hogares y de los sistemas de salud. Los cambios en la dinámica familiar de la época moderna involucran la incorporación, cada vez más amplia, de los miembros adultos en la actividad laboral, situación de la cual la mujer que vive en pareja no escapa.<sup>(23)</sup>

Solís (2008), afirma que, está demostrado que las personas adultas mayores tienen una mejor calidad de vida cuando viven en el seno familiar, en la cual se le respeta y se le brinda un espacio de participación y una cierta vigilancia para su integridad física, porque a una determinada edad el adulto mayor, aunque esté sano, estará más expuesto a sufrir accidentes. Por ello requiere los cuidados compartidos por todos los miembros de la familia.<sup>(24)</sup>

Rodríguez (2006), afirma que, en su estudio titulado “contribución de las actividades recreativas en el anciano”, realizado en la Unidad de Geriatria y Gerontología “Dr. Joaquín Quintero Quintero” de Caricuao, comprobaron que el grado de satisfacción de necesidades proporcionadas por las actividades recreativas en el anciano; permiten

mantenerlo en actividad ya sea de carácter físico, mental y social mientras sus capacidades se lo permitan.<sup>(25)</sup>

### **2.1.3.- CUIDADO Y PROTECCIÓN**

“El cuidado y protección es un trabajo de amor y con ello se manifiesta su dualidad, el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico de cuidar a otro.”<sup>(26)</sup>

Álvarez (2007), afirma que “el cuidado y protección del adulto mayor, cubre un amplio rango de necesidades específicas, es una experiencia que reconforta, ofrece oportunidades para demostrar amor y afecto, para potenciar la unidad y mejores relaciones en la familia, para reflexionar sobre el significado de la vida, el crecimiento personal y el autoconocimiento, es hacer que no reciba daño, proteger sus derechos de ciudadano y encargarse de que lleve una vida digna.”<sup>(27)</sup>

#### **2.1.3.1.- CUIDADOR**

Peláez (2011), refiere que “es aquella persona que realiza la tarea de cuidado, fortalece la capacidad del adulto mayor, para compensar y retardar las pérdidas normales que ocurren con el proceso de envejecimiento, y a la vez evitar y limitar la aparición prematura del deterioro funcional. Las acciones están dirigidas a prolongar el bienestar físico, mental y social, lo que constituye el componente básico de la calidad de vida en la vejez.”<sup>(28)</sup>

Guerra (2008), refiere que “el cuidador primario no dispone de capacitación, se encuentra sin la información y soporte necesario para dar asistencia. Esto es un factor de riesgo para el desgaste físico, emocional, social y financiero, delante de la progresión de las enfermedades crónicas en ancianos, en nuestro país.”<sup>(29)</sup>

#### **2.1.4.-LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR**

Scileppi (2010), refiere que a lo largo del ciclo de vida familiar van cambiando roles, funciones y van surgiendo nuevas responsabilidades, es relevante el rol que ejerce un cuidador, pero más importante es si este pertenece a su núcleo familiar. El proceso de envejecimiento genera una serie de demandas de cuidados y afectos que requieren dedicación, entrega y en el que la familia tiene el deber en el cuidado de un

adulto mayor sobre todo los hijos, deben aceptarlo como una responsabilidad moral.

(30)

Torres (2009), firma que “Las necesidades psicológicas y espirituales, cuya satisfacción se logra manteniendo el respeto y la influencia, dejándoles expresar que tipo de ayudas necesitan, manifestándoles cuanto sabemos o recordamos de positivo sobre ellos y sobre sus valores, recordando junto a ellos los momentos fuertes de su vida y las características suyas. Además refiere que el bienestar de una persona mayor se ve enfocada a aspectos, económicos, vivienda, elementos y recursos básicos que debe tener a su disposición el adulto mayor, otorgados por el entorno familiar.”<sup>(31)</sup>

El desarrollo de estrategias para responder a las necesidades de las personas mayores y sus familias, y mejorar su calidad de vida, es una de las cuestiones de mayor importancia en el siglo XXI. Debemos como familia, entonces, cuestionarnos cuánto podemos hacer para apoyar el desarrollo del anciano en esta etapa, cuánto podemos estimular al adulto mayor para que viva esta etapa llena de cambios desde una perspectiva positiva y enriquecedora y cuanto podemos influir sobre estos factores psicológicos y sociales para lograr la aparición del envejecimiento normal. Mediante la educación en la tercera edad puede lograrse que el anciano se encuentre interesado en el futuro, que se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles social. Los centros de salud, centros educativos, familias, comunidades son agentes importantes que en su interacción con el anciano pueden trabajar en su estimulación y preparación en esta etapa, una educación para aprender a vivir, es hoy una tarea de primer orden para todos aquellos que desde la familia interactúen con personas de la tercera edad.<sup>(32)</sup>

Freer(2008), sin embargo, refiere que “el proceso de envejecimiento cambia sustancialmente las relaciones familiares y sociales, así como las relaciones de género e inter generacionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente en la etapa final de la vida.”<sup>(33)</sup>

Domínguez (2006), confirma que es de gran importancia el cuidado de un adulto mayor, pero también es fundamental quienes son sus cuidadores. Hay diferencias entre

que el cuidador sea una persona contratada y un cuidador sea su hijo o una persona perteneciente a su grupo familiar. Esto hace referencia también a la responsabilidad de la familia y los hijos que tienen con los adultos mayores y que al no cumplir con el cuidado de la persona mayor, se estaría produciendo negligencia o maltrato. El maltrato desde una perspectiva psicológica se ejerce a través de acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y que afectan la identidad y la dignidad de una persona mayor. Se manifiesta a través de insultos y agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono, humillaciones, ridiculización, silencios ofensivos, irrespeto a las creencias, rechazo a sus deseos y falta de cariño.<sup>(34)</sup>

Guirao (2007), refiere que muchas familias viven con una persona adulta mayor, una persona que durante muchos años asumió un rol protagónico en la vida de la familia, fue autónomo, libre e independiente. La sola idea de ver a un padre o una madre transformados en personas que presentan mayores angustias, temores, que demandan mayores cuidados a nivel médico, nutricional, psicológico, puede desorganizar a una familia. Lo primero que hay que entender es que para nadie es fácil asumir esta transformación, es renunciar a la imagen anterior, y asumir una nueva, lo que implica entender y hacer varias cosas para sobrellevar este proceso de manera que tanto ellos como los adultos mayores tengan una vida digna y emocionalmente gratificante a través de:

**-La Organización y administración cooperativa:** Este es un elemento clave en el que hijos y nietos deben ayudar a que el cuidado sea un proceso de todos, para evitar que las funciones se recarguen en una sola persona, que a su vez tiene otros roles, pues esto crea cansancio e irritabilidad lo que muchas veces es precursor de acciones de cuidado inadecuados.

**- La comprensión y evitación de la confrontación:** Si el adulto mayor presenta alteraciones de memoria u orientación con la realidad es importante consultar con un médico geriatra que oriente a la familia sobre un posible tratamiento y cuidado. A su vez, muchas familias, tiende a confrontar, descalificar o incluso burlarse de las cosas que dicen o hacen, muchas veces, si la razón es de corte orgánica, la persona no actúa de forma consciente, por lo que es bueno desarrollar un dialogo en la misma frecuencia

que ellos la desarrollan, mientras sea posible, es bueno ayudarles a ubicarse en la realidad, pero si no lo logran, se debe evitar caer en maltratos, mofa o regaños.

- **La recreación y atención integral:** Es sano que la familia se organice para que el adulto mayor pueda disfrutar de espacios abiertos como salir a paseos cortos, visita a lugares donde haya naturaleza, llevarlos a visitar a sus amistades y familiares, todo esto contribuye a un sano equilibrio de la tensión, estrés, ansiedad, da factores protectores a nivel depresivo, etc.

- **La búsqueda de actividades de su interés:** Muchas familias buscan llevar a los adultos mayores a centros diurnos u otro tipo de actividades, sin tener en consideración los gustos y las preferencias de ellos, no debemos olvidar que son personas y la edad no suprime los derechos, de ahí que es importante saber concertar, buscar alternativas que les agraden, que estén en correlación con su estado de salud.

- **Espacios de escucha e intercambio afectivo:** Es importante que los adultos mayores se sientan escuchados y amados, así que el abrazar, besar, sentarse a escuchar su música, leerles un libro, hacer cualquier cosa que de calidez, contribuirá de forma positiva al equilibrio emocional y crea una mejor disposición física.<sup>(35)</sup>

La familia moderna se caracteriza por relaciones entre cuatro y aun cinco generaciones. Pero hoy en día se valoriza la independencia y los hijos, en muchos casos, se comunican con sus padres a distancia. Las personas viejas son cada vez menos propensas a compartir la vivienda con los hijos.<sup>(36)</sup>

Kozier, expresa que la familia es dinámica y cambiante, cuyo objetivo es proporcionar cuidados a los adultos mayores en el hogar donde el anciano afronta un deterioro de sus funciones vitales y se esfuerza por mantenerla o recuperarla, y espera que su familia satisfaga sus múltiples necesidades, de manera que puede definirse como aquellas que buscan ayuda para afrontar sus incapacidades con el fin de cubrir en forma eficaz sus demandas y expectativas al respecto. Los ancianos al igual que el resto de los adultos jóvenes son personas que necesitan establecer relaciones interpersonales satisfactorias y significativas, la seguridad y la aceptación, el reconocimiento y la autoestima son necesidades de orden en sus vidas. Una de las esferas que se ve más afectada por el proceso de envejecimiento es la social, de allí que es necesario que aquel adulto que participó durante su vida en grupos de diversas

índoles y con distintos objetivos, continué participando en ellos en la medida que sus condiciones de salud se lo permitan.<sup>(37)</sup>

En América Latina los cuidadores son los hijos pero mayoritariamente son las hijas, quienes se encargan del cuidado y de cubrir las necesidades básicas de salud de los adultos mayores y tomando en cuenta también que la diferencia de edad que existe ya que los hijos son mayoritariamente de edad entre 28 a 54 años y más en relación de sus padres de 80 años y más. Esto es fundamental ya que tanto como padres e hijos en su mayoría pertenecen a adultos mayores y esto es principalmente por los diferentes cambios sociales producidos en las sociedades, principalmente los cambios ocurridos en la familia, ya sea en su estructura, tipología de familia como el rol que tiene hoy. Estos antecedentes nos da a demostrar la relevancia de los argumentos planteados en base a la vejes y el envejecimiento.<sup>(38)</sup>

Prieto, afirma que, a mayor número de hijos, aumenta la percepción negativa del núcleo familiar en el adulto mayor. Este hecho paradójico y en buena medida irónico, puede ser debido a que cuando el número de hijos es menor, los lazos establecidos con un “hijo único”, suelen ser más fuertes puesto que estuvo cerca de él en todo momento durante su desarrollo además de percibir una mayor cantidad de afecto, cuando por otra parte, al haber un mayor número de hijos, la atención de los padres hacia ellos es dispersa y de poca calidad en todos los aspectos, pero principalmente en el afectivo y el económico, lo cual los lleva a desarrollar independencia a edades más tempranas, lo cual tiene como consecuencia que los lazos padres e hijos sean más débiles, y por tanto, los hijos presten menos atención a los padres durante su vejez, lo que concluye en un núcleo familiar disfuncional para el adulto mayor.<sup>(39)</sup>

#### **2.1.5.- ADULTO MAYOR**

Proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socioeconómicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario. Las limitaciones funcionales inicialmente se localizan en los órganos sensoriales como la visión, audición que van seguidas de una pérdida parcial de la memoria, declinación en la postura por atrofia de los discos vertebrales, también hacen su aparición las

enfermedades crónicas especialmente en el sistema cardiovascular, renal, digestivo y respiratorio.<sup>(40)</sup>

Dentro de esta estructura, no hace mucho tiempo la imagen general de una persona de 60 años a más era la de un anciano con escasas posibilidades de autonomía que requería cuidados especializados. Pero en la actualidad son más las personas que llegan a una edad avanzada en un estado de salud relativo. No es igual la edad cronológica, la humana, la biológica, la psicológica y la social, la calidad de vida actual hace que prácticamente hasta 75 años, las personas estén en regular estado y que pueden ser regularmente autónomas, pero a partir de esta edad aumenta la dependencia del adulto mayor dentro de la familia y demanda una necesidad creciente de cuidado y protección, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia.<sup>(41)</sup>

## **2.1.6.- CAMBIOS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR**

### **2.1.6.1.- CAMBIOS FISIOLÓGICOS** <sup>(42)</sup>

#### **a.- Sistemas sensoriales**

- **Visión** Pérdida de la capacidad de acomodación, por la disminución de la elasticidad del cristalino.
- Presbicia o reducción de la capacidad para enfocar objetos de texto.
- Disminución del tamaño de la pupila.
- Ralentización de la respuesta a la luz.
- Alteración en la percepción de los colores.
- Aparición del arco senil por acumulo de lípidos alrededor del iris.
- Acúmulo de lípidos en el parpado (xantelasmas).
- Aumento de la presión intraocular.
- **Oído**
  - Presbiacusia o pérdida de la capacidad auditiva para altas frecuencias. En estos casos nos puede ayudar el uso del contacto físico, en especial, y de la comunicación no verbal en general. En el proceso de envejecimiento, la pérdida de agudeza auditiva o presbiacusia se inicia con un predominio de la disminución de altas de frecuencias. El umbral medio para los tonos puros aumenta con la edad para todas las frecuencias y ambos sexos.
  - Engrosamiento del tímpano.



- Acumulo de cerumen.
- La cadena de huesecillos sufre osteoporosis y sus articulaciones anquilosis.
- **Gusto**
- Disminución del número de papilas, disminución del gusto.
- Adelgazamiento y disminución de la superficie de las encías, con la consiguiente pérdida de piezas dentarias.
- Disminución de la saliva y cambios en sus cualidades.
- **Olfato**
- Aumenta el tamaño de la nariz
- Se pierde capacidad olfatoria
- Aumento del número y grosor de las vibrisas.
- Para el adulto mayor, la menor sensación en el gusto y olfato reduce las posibilidades de disfrutar de la comida, favoreciendo la menor ingesta de alimentos.

- **Tacto**

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto, los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flacidez.
- Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasas subcutánea y masa muscular.

Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

#### **b.- Sistema circulatorio**

- El corazón aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.

- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.

- Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

#### **c.- Sistema musculo esquelético**

A partir de los 40 años se pierde 1cm de estatura por década. En la ancianidad, la postura tiende a la flexión general. Este aspecto de “jorobado” se debe a la deformidad en cuña de las vértebras, en especial en la zona dorsal, y a los cambios degenerativos que causan adelgazamiento de los discos intervertebrales. Se observara cifosis de la columna dorsal, de gravedad variable; flexión anterior de cabeza y nuca, y una flexión ligera de codos, muñecas, caderas y rodillas; los pies se tornan vagos. Debido a las modificaciones de la postura, se desplaza el centro de gravedad, lo que conduce a un aumento de la energía gastada para conservar el equilibrio y la marcha normal. A la vez, hay una pérdida normal de la masa muscular, que se acompaña de disminución de la regeneración tisular, lo que contribuye no solo al aspecto modificado (adelgazamiento y flacidez de los músculos), sino también a la disminución con la edad, a la vez aumenta la masa grasa.

#### **d.- Sistema respiratorio**

Se da una disminución de la expansión de la caja torácica por endurecimiento del cartílago y por la cifosis dorsal. Disminuye el número de alveolos y cilios y por tanto del reflejo de la tos. Además, el pulmón está cada vez más rígido, con lo que la indefensión frente a las infecciones respiratorias aumenta. Existe una alteración del parénquima pulmonar que se traduce una disminución de la capacidad vital, y aumento del volumen residual.

Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.

#### **e.- Sistema digestivo**

En general, nos referimos a los cambios que afectan al apetito, a la capacidad de digerir y a absorber nutrientes.

- En las personas de edad, la normal respuesta al apetito se altera como consecuencias de las variaciones en determinadas hormonas y metabolitos (opiáceos, colesteroquinina). Se sabe que el riesgo de anorexia en este grupo de población es muy alto y la frecuencia con la que aparece también. Esta situación puede llevar a estados de malnutrición más o menos severos que generen o agraven diferentes enfermedades. Es la malnutrición proteica energética la que se da con mayor frecuencia.
- Se observa una paulatina disminución de las secreciones digestivas, la actividad secretora de las diferentes glándulas implicadas en la digestión, disminuye su función. Esta disminución es consecuencia de una reducción en la cantidad que se segrega y también disminuye su actividad. Se ha comprobado que la actividad enzimática de las glándulas salivales, gástricas, pancreáticas e intestinales disminuye. Parece ser la secreción biliar la menos afectada.
- La mala absorción de determinados elementos es otro de los caballos de batalla. Los que más sufren, en este sentido, son el calcio y el hierro. Este problema parece deberse a que con la disminución de las secreciones gástricas, en el tubo digestivo se pierde acidez, lo que permite el crecimiento de determinada flora bacteriana que secuestra minerales como el calcio o el hierro, y vitaminas (B12) de forma que no pueden ser absorbidos. También se ha comprobado que a cierta edad disminuye la motilidad intestinal, la superficie intestinal útil para la absorción y la capacidad de transporte de nutrientes desde el intestino hasta los tejidos. Todo esto eleva mucho el riesgo de trastornos de la salud que se traducen en anemias, diarreas, mala absorción, etc.
- Otro de los grandes problemas que sufre la población de cierta edad y que afecta directamente al proceso de la digestión es la pérdida de piezas dentales. De todos es sabido que la parte de digestión que se lleva a cabo en la boca es muy

importante, los alimentos quedan parcialmente digeridos por las secreciones bucales (ya se ha comentado que en esta época de la vida están disminuidas), y quedan troceados y triturados para facilitar la digestión en el siguiente tramo del tubo digestivo. La ausencia de piezas dentales obliga a limitar la trituración bucal con lo que las digestiones se vuelven más difíciles y molestas. Todo esto redundando en que los ancianos, suele elegir unos alimentos y rechazar otros de manera que en este proceso de selección pueden perder capacidad nutritiva.

- El estreñimiento aparece como otro de los graves problemas a los que se enfrenta la población de cierta edad. De hecho afecta a más del 50%. En este problema intervienen varios factores; ya se ha comentado la disminución de la motilidad intestinal probablemente debido a la atrofia de la musculatura propulsora, la disminución de la mucosidad intestinal (por la disminución de la secreción), a esto se puede sumar la insuficiente cantidad de fibra en la dieta y la falta de ejercicio físico regular, que a veces es inmovilidad absoluta. Todo esto hace que la frecuencia de este cuadro sea muy alta.
- Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado, porque hay un enlentecimiento en el vaciado vesicular.

#### **f.- Sistema urinario**

Hay una disminución del número y funcionalidad de las nefronas (se pierde al menos el 10% de los glomérulos presentes en la juventud). Reducción del flujo plasmático renal a nivel vascular: reducción del tamaño arterial, engrosamiento de la íntima y atrofia de la media. Disminución del filtrado glomerular, disminución de la secreción y la reabsorción de agua y sodio, por consiguiente, se pierde mayor cantidad de agua con más predisposición a la deshidratación. Tiene lugar una reducción del aclaramiento renal, sin aumento paralelo de la creatinina.

Este problema afecta aproximadamente a un 75% de la población adulta. La consecuencia más directa es la excesiva excreción de proteínas y electrolitos por orina, de forma que el equilibrio hidrosalino se altera, se producen edemas y además la pérdida proteica lleva, en muchos casos, a malnutrición proteica.

La reducción del tono muscular de la vejiga urinaria que aparece se suele relacionar con la presencia de incontinencia urinaria. La vejiga esta distendida, por lo que suele contener cierta cantidad de orina de forma permanente (orina residual), hecho que aumenta el riesgo de infecciones urinarias. Los ancianos tienden a excretar más orina por la noche. Fisiológicamente se intenta explicar esta modificación por la disminución de secreción de vasopresina, ya que está en ocasiones es indetectable en los ancianos por la noche.

#### **g.- Sistema endocrino**

Hay una disminución de la producción hormonal, una disminución de la respuesta orgánica. Aparece una mayor resistencia a la insulina, que explica el aumento del número de ancianos, junto al aumento de las alteraciones cardiovasculares derivadas de la presencia de este factor de riesgo.

#### **h.- Sistema genital**

En la mujer se produce una disminución de la secreción hormonal que está en relación directa con la aparición de la menopausia y con la disminución de la mucosa vaginal (son los estrógenos los que inciden directamente en la lubricación vaginal), se produce una disminución de estrógenos y progestágenos y aumento de la HL y FSH. Aumenta el tamaño de las mamas por incremento del tejido adiposo, pérdida de elasticidad. En el hombre se da una distensión de la bolsa escrotal y aumento del tamaño del tamaño de la próstata, la erección puede llegar a mantenerse durante más tiempo (el periodo refractario, tiempo que transcurre hasta poder repetir la erección, puede aumentar hasta las 48 horas).

#### **i.- Sistema nervioso**

Hay una pérdida de la funcionalidad y del número de neuronas. Hay que recordar que las células nerviosas pertenecen a la categoría de células postmitóticas, por lo que cualquier pérdida es irreparable desde el punto de vista estructural, hay una pérdida de peso y de volumen cerebral y en el cerebelo. En la meningitis hay fibrosis, calcificaciones y osificaciones, se forman en el cerebro placas amiloideas y ovillos neurofibrilares, ambos característicos de la demencia alzhéimer, pero presentes

también en el envejecimiento normal, los neurotransmisores disminuyen también en la senectud, así ocurre, por ejemplo con la dopamina cuyo déficit se asocia a la enfermedad de Parkinson. A nivel motor hay una pérdida en la capacidad de coordinación (perdidas de control muscular y una variación asimétrica de los reflejos tendinosos profundos). En cuanto a cambios funcionales a nivel de comportamiento hay una pérdida de adaptabilidad al medio, un enlentecimiento general y una alteración del sueño. Destacamos los cambios fisiológicos más importantes relacionados con el envejecimiento:

- adelanto de la fase circadiana de sueño.
- Aumenta el número y duración de los despertares.
- Disminuye la eficacia del sueño nocturno (tiempo en cama/ tiempo dormido).
- Incremento de la cantidad de sueño superficial y disminución del sueño profundo.
- Toma de siesta durante el día.
- Disminución del número de horas de sueño REM.

Cuando los cambios mencionados ocurren, las personas mayores valoran negativamente la calidad de su sueño. Estas alteraciones no mejoran con la realización de ejercicio físico y/o mental antes de acostarse.

#### **j.- A nivel de la sangre**

Las modificaciones son básicamente cualitativas, produciéndose así un pequeño aumento de la fragilidad de los eritrocitos y una disminución de la respuesta a la inflamación e infecciones por parte de los leucocitos.

En este sentido, el cambio se manifiesta como disminución de la función inmune global. Es decir, disminuye la capacidad de defensa natural de forma que los agentes infecciosos pueden atacar más fácilmente. Las barreras de defensa natural son más débiles e incluso, en determinadas situaciones desaparecen y el sistema que proporciona defensa al organismo mediante el ataque a los agentes externos está mermado en cantidad y calidad. Esta situación explica la gran prevalencia de enfermedades en esta etapa de la vida.

### 2.1.6.2.- CAMBIOS PSICOLOGICOS <sup>(43)</sup>

Desde un punto de vista psicológico, en la vejez hay cambios, estas modificaciones se pueden relacionar con:

- **La modificación de estructuras cerebrales:** cambios anatomofisiológicos del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- **La modificación de las funciones cognitivas:**
  - **Inteligencia:** El envejecimiento altera la memoria conocida como “fluida” (capacidad de realizar nuevas relaciones), cuyo máximo se alcanza a los 18 años. La inteligencia “cristalizada” (capacidad de manejar la propia experiencia), se mantiene indefinidamente a lo largo de la vida. En el envejecimiento se produce una disminución de la eficiencia intelectual (práctica), pero se mantiene la eficacia de la inteligencia (teoría).
  - **Memoria:** uno de los déficits más comunes del envejecimiento es la pérdida de la memoria, sobre todo a largo plazo. Esta determina la dificultad a la que se enfrentan los ancianos en sus tareas domésticas, que obligan a recordar acontecimientos realizados en los minutos precedentes. Hay que diferenciar las dos clasificaciones que se pueden hacer de la memoria:
    - por una parte están, los conceptos de memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.
    - Por otra parte, los conceptos de memoria reciente y memoria remota.

La primera clasificación hace referencia a los niveles de procesamiento de memoria. La memoria sensorial, que dura aproximadamente medio segundo, es esa sensación que permanece en las vías nerviosas sensitivas durante unos instantes después de tocar un objeto. El siguiente nivel de procesamiento es el de la memoria a corto plazo, que dura unos 20 segundos. Es nuestra memoria de procesamiento, el lugar donde archivamos un número de teléfono mientras lo estamos marcando. Pasados esos segundos no vamos a recordarlo, no lo hemos guardado en las estructuras superiores. Por último la memoria a largo plazo es todo lo demás, todo lo que queda guardado en nuestra memoria consciente e inconsciente durante más de medio minuto: el desayuno de hoy, el día de la boda, etc.

Otra clasificación de la memoria es la que divide los acontecimientos en memoria reciente y memoria remota.

La memoria remota es precisamente la que se conserva mejor con el envejecimiento: son los hechos lejanos, la infancia, etc. Los acontecimientos próximos en el tiempo, que han ocurrido durante la última semana, forman parte de nuestra memoria reciente, al anciano le cuesta archivarlos y recuperarlos posteriormente.

- **Resolución de problemas:** presentan cierta dificultad para utilizar estrategias nuevas. El pensamiento se hace más concreto que abstracto (ocurren fácilmente a los ejemplos más que a las abstracciones). Existe una mayor prudencia ante la toma de decisiones, existe una mayor rigidez en la organización del pensamiento, existe cierta dificultad para discriminar la información; hay una tendencia a mantener los propios hábitos, o estrategias poco pertinentes, y a la repetición.
- **Creatividad:** hay que tener presente que la creatividad depende de la experiencia, de la propia motivación, del entorno, de la salud, del estilo de vida y de la energía que uno mismo tiene. Se observa la creatividad en cuanto a la originalidad y a las elaboraciones, acciones prácticas. Dentro de la creatividad se conservan las humanidades, mientras que las ciencias disminuyen relativamente.
- **Reacción a estímulos:** existe una menor respuesta (disminuyen los reflejos), una cierta dificultad para transformar los estímulos verbales en imágenes mentales (dificultades en la comprensión) y un enlentecimiento de la respuesta ante los estímulos, presentando dificultad para encontrar las palabras adecuadas.
- **La modificación en la afectividad:**
  - **Emociones:** se dan ciertos sentimientos de inutilidad, de impotencia ante ciertas situaciones, especialmente, de pérdida (familiares, amigos, trabajo, salud).
  - **Motivaciones:** están muy ligados a la capacidad de mantener actividades satisfactorias (impulso, estímulo), de ocupar el tiempo, de la influencia del entorno.
  - **Personalidad:** Los factores que pueden influir son: salud física y mental, antecedentes (actitudes desarrolladas a lo largo de la vida). Pertenece aún grupo, identidad social (interés y rol), interacciones familiares actuales y pasadas, situaciones de vida, madurez emocional, etc.



### 2.1.6. 3.- CAMBIOS SOCIALES <sup>(44)</sup>

La sociedad asigna a cada grupo de edad un rol específico. Los cambios que se pueden aparecer en el proceso de envejecimiento son consecuencia de la experiencia personal, los acontecimientos vividos a lo largo de toda su vida y de muchas circunstancias impuestas por la situación en la que se encuentra la persona anciana. Así pues, podemos observar una cierta dificultad en el momento de expresar sus propias emociones y la afectividad que de ellas se deriva.

Todas estas situaciones vienen dadas, entre otras, por los:

- **Cambios en las estructuras familiares:** la mujer también trabaja y no puede atender en ciertos momentos las necesidades de los ancianos que se encuentran en el núcleo familiar, en la mayoría de las viviendas el espacio se ve considerablemente reducido, sin tener opción de mantener en el mismo entorno a padres, abuelos, nietos y tíos.
- **Perdidas propias del proceso de envejecimiento:** las físicas y las funcionales referidas al propio individuo, también hay que tener en cuenta toda una serie de pérdidas acontecidas en su entorno: familiares y amigos por fallecimiento o traslado de domicilio (abandono del hogar por parte de los hijos).
- **Jubilación:** Es una etapa muy crítica en la vida que comporta la desvinculación con el mundo del trabajo. A partir de este momento tienen lugar toda una serie de pérdidas asociadas a los ingresos, satisfacción por el trabajo realizado e identidad ocupacional, interrelación con los compañeros de trabajo. En definitiva, pérdida del rol de adulto productivo. Tiene consecuencias negativas debido a que coloca a los ancianos en una situación de dependencia o de carencia económica.
- **Participación en actividades sociales:**  
La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- **Grado de instrucción:**  
El grado de instrucción va a influir en las actitudes, así como en los conocimientos recibidos por los ancianos frente al proceso de envejecimiento, de ahí que cuanto mayor sea el grado cultural de los ancianos, mayor será la

amplitud y positividad de las actitudes de estas personas y por lo tanto mayor será el nivel de comprensión de envejecimiento, caso contrario la ausencia de instrucción desarrollan en estas personas actitudes rígidas y cerradas al aferrarse a sus creencias y costumbres con respecto a su vida solo un pequeño número tenía la oportunidad de asistir a los centros de estudios especialmente los de sexo masculino.

- **Vivienda:**

La vivienda habitual está preparada para poder llevar una vida en la que vamos a necesitar suplir ciertas habilidades o capacidades funcionales que van a ir perdiendo, sufren un aumento de dependencia física o psíquica, real o subjetiva, o el miedo de llegar a experimentarlas en un futuro empezarán a preocupar la solución a tomar con respecto en donde vivirán si continúan en sus viviendas habituales y ambiente, si se precisarán ciertos ajustes en la misma, si deben convivir con alguno de sus hijos.

#### **2.1.7.- PROBLEMAS QUE AQUEJAN AL ADULTO MAYOR**

Mindes, refiere que, la situación actual de las personas adultas mayores, constituye uno de los principales problemas, porque el riesgo de enfermar y de morir es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Es una variable que siempre está presente en la mente de los adultos mayores y que condiciona su comportamiento en salud, reconoce que no existen programas preventivos, de atención, sino que, básicamente están orientados a la curación de patologías ya declaradas. Faltan profesionales especializados en la atención de la persona adulta mayor. Sus necesidades de atención son diferentes de las otras etapas de vida, por los aspectos propios del envejecimiento que incrementan su vulnerabilidad. La falta de recursos económicos, el débil soporte familiar y social, la desprotección, generan daños que deterioran su salud personal.<sup>(45)</sup>

En el Perú, el número de adultos mayores crece pero ni el estado, ni las instituciones privadas ni las familias están preparadas para abordar esta situación desde la perspectiva de la calidad de servicios a otorgar a este segmento de la población, tienen al menos una discapacidad y que, por lo tanto, los estresores más característicos de estas personas son la salud y el dinero. Además, la cobertura de las pensiones es también insuficiente, como también la del sistema de salud, lo que además explica la

mayor necesidad de la presencia familiar para atenuar y asumir el cuidado y la protección que ellos requieren.<sup>(46)</sup>

Los adultos mayores, pueden presentar dependencias económicas y mentales al perder progresivamente la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones propias; y de todas estas necesidades se ocupan en una u otra medida sus familiares.<sup>(47)</sup>

### 2.1.8.- TEORIAS SOBRE LAS NECESIDADES HUMANAS <sup>(48)</sup>

Para lograr la salud óptima del anciano la satisfacción de las necesidades básicas, tanto físicas, psicológicas y sociales, por lo tanto, para satisfacer una necesidad, previamente existe un motivo que conlleva a la conducta humana.

Algunos autores clasifican a las necesidades en dos grupos: fisiológicos y psicológicos y según su origen estas pueden ser internas o externas. Sin embargo la más acertada es la adecuación de la escalera jerárquica de necesidades de Abraham Maslow a las necesidades del adulto mayor, Las mismas que dependen unas de otras para el buen mantenimiento de la homeostasis y conservación de la salud.<sup>(49)</sup>

1.- **Necesidades Fisiológicas:** son esenciales para la supervivencia, en ella se encuentra la satisfacción de agua, oxígeno, alimento, reposo y sueño, vestido, higiene y actividad física, así como la temperatura y el alivio del dolor.

2.- **Necesidades de Seguridad y estabilidad:** esta trata de las necesidades de abrigo material y/o espiritual por los peligros o imaginarios del individuo.

3.- **Necesidades de Aprecio y reconocimiento:** esta necesidad adquiere mucha importancia sobre todo en el primer extremo vital, esta necesidad se basa en el amor recíproco de la humanidad y amor por la naturaleza, es importante para la formación y desarrollo de la actividad

4.- **Necesidades de Autorrealización:** Maslow lo diseñó como cima de la pirámide, probablemente porque para llegar a ella se requiere de mucho esfuerzo personal, razón por lo cual en general son pocos los individuos que logran este desarrollo integral.

### **2.1.9.- LAS NECESIDADES BASICAS DEL ADULTO MAYOR**

Salazar, refiere que la Familia tiene la obligación de satisfacer las necesidades básicas del adulto mayor tanto sano como enfermo, caracterizada por cambios biológicos, psíquicos y sociales que alteran sus funciones orgánicas. Relacionados con todos los aspectos de capacidad funcional que asume las responsabilidades que le correspondan<sup>(50)</sup>

#### **1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS**

Estas necesidades son innatas en el ser humano, siendo más indispensable cuando al pasar los años existen cambios anatómicos funcionales a nivel de todos los sistemas, asociándose a estos las diferentes patologías que hacen que los cuidados generales incluyan actividades de la vida diaria como la capacidad de valerse por sí mismo y mantener su autonomía en las acciones que son indispensables para el mantenimiento de una buena salud física del adulto mayor.

##### **1.1.- NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN**

Los seres humanos, desde que nacemos, aprendemos a comer de acuerdo a las costumbres propias de nuestra familia; esta alimentación varía a lo largo de los años por factores como gustos personales, cambios en el organismo, como el de la dentadura, el intestino, y otros ajustes naturales del cuerpo que se dan con la edad. Por lo que se debe tener en cuenta que a los adultos mayores diariamente se les debe proporcionar nutrientes adecuados y presentados de acuerdo a su capacidad de asimilación y digestión. Generalmente la familia tiene poco control y conocimiento de los alimentos con un alto valor nutritivo.<sup>(51)</sup>

Alimentarse no sólo consiste en comer para vivir o saciar el hambre, constituye una necesidad que podemos aprovechar para mejorar la salud o, al menos, para, no empeorarla, por ello, la alimentación que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada, que permitan mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental. Que diariamente se incluyan frutas; verduras; productos lácteos con poca grasa; legumbres; cereales. Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol. Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas,

grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua. Gracias a ellos, nuestro cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.<sup>(52)</sup>

#### **a.- Frecuencia de comidas durante el día<sup>(53)</sup>**

Frecuencia proviene del latín *frequentia* y también permite hacer referencia a la cantidad de veces que un proceso periódico se repite por unidad de tiempo.

La alimentación durante la tercera edad no debe ser sustancialmente diferente a la de los adultos, siempre y cuando la alimentación haya sido correcta durante su vida.

**Desayuno:** Es una de la comidas más importantes del día, debe incluir al menos un lácteo y un cereal, e incluir una fruta entera o el zumo de la fruta.

**Almuerzo:** Constituye la principal toma de alimentos del día y es el momento de encuentro que favorece la relación social y la enseñanza o aprendizaje de los hábitos de alimentación. Por ello se debe propiciar un clima tranquilo y debe de ser variado, completo y de acuerdo a las necesidades del adulto mayor.

**Cena:** Debe ser más ligera que el almuerzo y lo antes posible para que dé tiempo de hacer la digestión y dormir bien, deben transcurrir al menos 2 horas antes de acostarse.

Bravo, afirma que para mantener la salud del adulto mayor, lo más recomendable es consumir comidas tres a más veces al día y se debe hacer siempre a las mismas horas por los actos condicionados a las secreciones gástricas que se realizan con o sin presencia de alimento, para cubrir esta necesidad los alimentos en esta edad casi siempre son blandos o remojados para favorecer su aceptación y debe dejarse el tiempo suficiente entre comidas para el vaciamiento gástrico, además un periodo de reposo.<sup>(54)</sup>

MINSA, identifica como factor de riesgo para una mala nutrición, el consumir menos de 2 comidas diarias. Las personas mayores suelen no comer en la noche, sin embargo, es importante mantener siempre una comida liviana al atardecer que evitará un largo período de ayuno y mejorará una serie de funciones metabólicas en el organismo y lo ideal es y siempre será que le den de comer en el comedor, a la hora en que todos comen, para favorecer su apetito y su convivencia con el resto de la familia.<sup>(55)</sup>

### **b.- Frecuencia de consumo de alimentos ricos en fibra**

OMS, recomienda que el adulto mayor debe de consumir entre 25 y 30 gramos de fibra al día, lo aconsejable es que la cantidad de fibra soluble (fermentable) ingerida triplique a la de fibra insoluble. La soluble aumenta el volumen de las heces, por la acción de la flora bacteriana atraviesa el intestino delgado sin sufrir modificaciones, fundamentalmente se encuentran en verduras, frutas, legumbres y la insoluble atrapa agua y hace que la deposición sea más esponjosa y se encuentran en cereales completos.<sup>(56)</sup>

Ribaya y Russell, afirman que, un aporte adecuado de fibra favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo el riesgo de hemorroides y mejorando el estreñimiento, la alimentación rica en fibra está relacionada con la prevención de ciertas enfermedades crónicas y degenerativas, pero recuerde que entre más fibra consume en la dieta, más agua debe beber, ya que la fibra absorbe agua en el intestino, ésta condición se puede agravar por falta de ejercicio y de ingesta de líquidos.<sup>(57)</sup>

#### **La fibra puede dividirse en dos tipos:**

**-Fibra soluble:** abunda en las legumbres, frutas y verduras, es más beneficiosa para el organismo del adulto mayor, se caracteriza por su viscosidad, y destaca por su alto grado de fermentación; atraviesa el intestino delgado sin sufrir modificaciones y cuando llega al intestino grueso ciertas bacterias del colon la fermentan total o parcialmente; son las sustancias producidas en esa fermentación las que producen beneficios para la salud<sup>(58)</sup>

**- Fibra insoluble:** se encuentra sobre todo en cereales completos como el salvado de trigo, palomitas de maíz, arroz integral, cebada, centeno, avena. Es capaz de retener agua y de hincharse aumentando de esta forma el volumen es el material vegetal que no es digerible por enzimas del sistema digestivo humano y que no son solubles en agua caliente<sup>(59)</sup>

**b. 1.- Consumo de frutas ricos en fibra**

Serra, afirma que el consumo de frutas debe ser todos los días, entre 2 a 3 frutas, porque las frutas se convierten en uno de los alimentos más recomendados para la población adulta mayor debido a que aseguran los niveles adecuados de líquido en el organismo, evitando la deshidratación, lo que ayuda a prolongar la vida a través del buen funcionamiento del aparato digestivo, y aportan la mayor cantidad de fibra soluble que protegen los tejidos y las células del cuerpo. Además de prevenir el desarrollo de algunas de las enfermedades crónicas más comunes de esa etapa, como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, afecciones cardiovasculares, diabetes e incluso algunos tipos de cáncer, estreñimiento, y trastornos digestivos como el síndrome de intestino irritable.<sup>(60)</sup>

**b. 2.- Consumo de verduras ricos en fibra**

Navarro, refiere que el adulto mayor debe consumir verduras todos los días una buena cantidad, de 3 a 5 porciones, ya que aportan una buena cantidad de fibra soluble, lo más recomendable es consumirlo crudos en ensaladas; porque al cocer la fibra vegetal cambia su consistencia y pierde parte de sus propiedades.<sup>(61)</sup>

OMS, afirma que de acuerdo con los datos presentados en el informe sobre la salud en el mundo, afirma que la ingesta insuficiente de verduras es uno de los 10 factores de riesgo principales que contribuyen a la mortalidad. “Cada año podrían salvarse hasta 1,7 millones de vidas si hubiera un consumo mundial suficiente de verduras”. La integración de las verduras en la dieta diaria del adulto mayor podría ayudar a prevenir importantes enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres, garantiza un consumo suficiente de la mayoría de los micronutrientes, fibra dietética y de una serie de sustancias no nutrientes esenciales. Además, el aumento del consumo de verduras puede ayudar a desplazar los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares o sal.<sup>(62)</sup>

**b. 3.- Consumo de cereales ricos en fibra**

Minsa, refiere que, los adultos mayores deben consumir cereales integrales, tales como el centeno, la avena, el maíz, el trigo, la cebada, el arroz integral, quienes aportan la mayor cantidad de fibra insoluble, ya que son alimentos más completos, se

recomienda que el adulto mayor debe consumir diariamente de 5 a 6 porciones de 60 a 80 gr de granos integrales.<sup>(63)</sup>

Jones, también afirma que el cereal integral, ayuda a mantener la alcalinidad del organismo; es decir, lo libera de la acidez, que es un estado que favorece la aparición de muchas enfermedades.<sup>(64)</sup>

#### **b. 4.- Consumo de legumbres ricos en fibra**

Minsa, refiere que las legumbres secas son una fuente rica de fibra soluble, por ello es que se torna vital para el consumo del adulto mayor a diario de 2 a 4 porciones a la semana de 60 – 80 g, para poder prevenir enfermedades. Por otra parte, las legumbres son un grupo de alimentos de gran importancia nutricional y sus propiedades se ven incrementadas, cuando se complementan con otros alimentos de la dieta. Las legumbres son ricas en proteínas, cuyo valor biológico es inferior a las de origen animal, por ello es necesario complementarlas con otros alimentos como los cereales, para obtener así proteínas de mayor valor biológico.<sup>(65)</sup>

OMS, afirma que, las leguminosas como las lentejas, nos aporta 15,6 gramos de fibra por taza, la soya aporta 10,17 de fibra por 100gr, las habas aportan fibra de 14,02 por 100gr, los frijoles, garbanzos presentan un alto contenido en fibras, que pueden prevenir la osteoporosis.<sup>(66)</sup>

#### **c.- Frecuencia de consumo de alimentos ricos en calcio**

Conforme aumenta la edad el apetito y los requerimientos calóricos disminuyen pero los requerimientos de minerales no cambian. El adulto mayor tiene un alto riesgo de no tener un buen consumo de calcio, considerando que una taza de leche descremada u 8 onzas aporta 290mg de calcio y el queso de leche entera ½ taza aporta 257mg de calcio, el yogurt natural descremado 1 taza aporta 300mg de calcio.<sup>(67)</sup>

OMS<sup>(68)</sup>, recomienda consumir 2 a 3 tazas de leche o yogur diarios, lo que aporta el calcio que necesita el adulto mayor y llevar una dieta rica en lácteos, de 1,000mg a 1200 mg al día, y refiere que el consumo mínimo debe ser de 400mg diarios el que equivale a 1 vaso de leche descremada.



El Centro Médico de la Universidad de Maryland, refiere que al suplementar a adultos mayores con vitamina D y calcio, ayudan a prevenir la osteoporosis y así mismo previene las caídas y fracturas en los adultos mayores, para incrementar su expectativa de vida y tener huesos más sanos y fuertes.<sup>(69)</sup>

El yogur contiene bacterias que ayudan a equilibrar la flora del intestino por lo que están especialmente recomendados.<sup>(70)</sup>

#### **d.- Frecuencia de consumo de alimentos ricos en proteína**

Las proteínas son un macro nutriente compuestas de aminoácidos necesarios para el crecimiento y funcionamiento del cuerpo humano. Mientras que el cuerpo puede fabricar varios aminoácidos necesarios para la producción de proteínas, un conjunto de aminoácidos esenciales debe ser obtenido de fuentes de proteína animal y/o vegetal. Las proteínas constituyen uno de los componentes esenciales de la dieta. La ingesta diaria recomendada de proteínas ronda 0,8 g por kilo de peso al día en adultos mayores.

##### **d. 1.- Consumo de carnes rojas**

Los alimentos de origen animal que son los que más proteínas contienen, porque tiene los 8 aminoácidos esenciales, deben ser aportados a través de alimentos entre ellos las carnes rojas, se ha comprobado que dejan una sobrecarga de residuos ácidos en el cuerpo. Estos desechos están representados en el ácido úrico, fosfórico y sulfúrico. El cuerpo humano solo puede manejar 8 gramos de ácido úrico al día, una pieza de carne de 500 gramos contiene 16 gramos de ácido úrico, llegando a generar osteoporosis.<sup>(71)</sup>

González, afirma que, las carnes rojas, son fuente rica en grasa saturada y colesterol, su consumo debe ser esporádico y ocasional, en un máximo de dos veces por semana, pese a que se considera una fuente indiscutible de proteínas de alta calidad, y para obtener la mayor cantidad de proteínas es mejor elegir cortes magros. Las que proporcionan alrededor de 36 gramos de proteína por porción de 100 gramos, sabiendo que esto hace más lento el tránsito intestinal, permitiendo que las sustancias tóxicas de la putrefacción de la carne estén más tiempo en contacto con la mucosa del colon que a la larga pueden ocasionar cáncer de colon y el ácido úrico, llegan a generar la osteoporosis en el adulto mayor.<sup>(72)</sup>

#### **d. 2.- Consumo de carnes blancas**

FAO, afirma que la ingesta de carnes blancas es fuente de proteínas de alta calidad porque contiene aminoácidos esenciales que el organismo es capaz de sintetizar con facilidad por contener grasas mono y poli insaturados, los que se recomienda consumir tres veces a la semana, por ser nutrientes cardioprotectores del adulto mayor.<sup>(73)</sup>

Cabrerizo, manifiesta que los alimentos de origen animal como carnes, pollo, pescados, huevos y leche, son las mejores fuentes de proteínas debido a su alta digestibilidad y composición de aminoácidos. Como fuentes de proteínas vegetales son las legumbres secas, los cereales, y al combinar proteínas de origen vegetal, como cereales y una leguminosa se constituye en un alimento de buen valor biológico.<sup>(74)</sup>

MINSA, refiere que las carnes blancas como el pollo, gallina y el pescado proveen proteínas al organismo. El pollo contiene menos colesterol que las carnes de vacuno, cordero, cerdo.<sup>(75)</sup>

#### **d. 3.- Consumo de huevos**

La OMS afirma que el huevo es un alimento muy completo por que aporta proteínas, hierro, vitaminas A, D, E, B1, y B2 y al ser un alimento rico en colesterol, hay que moderar su consumo. Se recomienda consumir de tres a cuatro huevos a la semana.<sup>(76)</sup>

#### **e.- Tipos de grasa que consume**

Las grasas se dividen en cinco grandes grupos y cada uno actúa de un modo distinto en el cuerpo humano, los que predominan: aceite de oliva (grasas mono insaturadas); aceite de girasol (poli insaturadas omega 6); pescado (poli insaturadas omega 3); carnes de ternera (saturada); Aunque todas ellas caben en una dieta equilibrada, las tres primeras (las insaturadas) se consideran grasas saludables mientras que las dos últimas (las saturadas y las trans) son poco saludables y deben tomarse con moderación.

#### **e. 1.- Consumo de grasas mono insaturados**

OMS afirma que, las grasas deberían representar entre el 15% y el 30% de la ingesta energética diaria total, se aconseja que aproximadamente la mitad sean grasas

mono insaturadas, las que predominan en el aceite de oliva, palta, aceituna, además aportan vitamina E y otros antioxidantes y las poli insaturadas como el aceite de girasol, el germen de trigo, las nueces, el maíz y la linaza son fuentes ricas en grasas omega 6, recomienda consumirlo de 3 a más veces por día. Estos lípidos ayudan a regular el nivel de colesterol, ya que aumentan el colesterol HDL (bueno), y previenen enfermedades cardiovasculares.<sup>(77)</sup>

### **e. 2.- Consumo de grasas poli insaturadas**

La grasa es esencial para gozar de una buena salud. Las grasas proporcionan una fuente de energía inmediata, y gracias a ellas el cuerpo puede absorber, hacer circular y almacenar, las vitaminas liposolubles A, D, E y K.

Minsa<sup>(78)</sup>, confirma que, los alimentos ricos en grasas saludables son necesarios porque aportan los ácidos grasos esenciales, que el cuerpo no es capaz de sintetizar. Necesitamos ingerirlo, recomienda consumir omega 3 a través del pescado al menos dos veces por semana en especial pescados grasos como es el salmón, caballa, trucha o atún blanco, que aportan omegas 3 el que es beneficioso para prevenir algunas enfermedades inflamatorias y autoinmunes.

### **e. 3.-Consumo de grasas saturadas**

Flores, refiere que el adulto mayor puede presentar algunas alteraciones en el funcionamiento de sus órganos y sistema; las secreciones, digestión, absorción, apetito y sed disminuyen lo que resultan más nocivas para el organismo al consumir las carnes rojas y frituras, embutidos, mantequilla o la carne de cerdo. Debido a que cada gramo de grasa contiene 9 calorías y lo más recomendable es consumir menos del 10% de las calorías totales.<sup>(79)</sup>

OMS, sugiere que entre las comidas que se deben reducir, las carnes rojas y alimentos que contengan grasas saturadas frituras, embutidos. Todo esto teniendo en cuenta el estado de salud del adulto mayor. Debido a que cada gramo de grasa contiene 9 calorías.<sup>(80)</sup>

MINSA<sup>(81)</sup>, recomienda reducir las grasas saturadas y consumir grasas buenas, que se encuentran en mayor cantidad en vegetales y pescados. Porque ha mayor consumo de grasas saturadas, mayor es el riesgo de infarto para el adulto mayor debido al endurecimiento de las arterias (aterosclerosis); aumenta el riesgo de cáncer coló rectal;

y también es probable que aumente el riesgo de cáncer gástrico y de esófago, y la diabetes.

#### **f.- Consumo de sal**

La sal en el contenido del cuerpo humano es de 1.4 g/kg y contiene minerales como cal, sodio, yodo, calcio, manganeso, magnesio, recomendado como equilibrante de los fluidos corporales, favorece la digestión, es buena para los hipotensos, pero el exceso de sal incrementa el riesgo de padecer hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y accidentes cerebro – vasculares, para prevenir enfermedades se debe de moderar utilizar estrategias para reducir el consumo, como el uso de especias, hierbas aromáticas, ajo, cebolla, vinagre y jugo de limón.<sup>(82)</sup>

González, refiere que el consumo diario de más de 5 gramos de sal al día está directamente relacionado con la desmineralización de los huesos, y tienen tres veces más posibilidades de sufrir un infarto cerebral.<sup>(83)</sup>

OMS, refiere que reducir el consumo de cloruro de sodio a los niveles recomendados (< de 1 cucharadita), es decir < 5gr de sal al día, puede prevenir enfermedades crónicas en el adulto mayor.<sup>(84)</sup>

#### **g.- Consumo de agua**

Los adultos mayores son más susceptibles de tener problemas asociados con los líquidos y la concentración de electrolitos cuando se los compara con otros grupos de población situación que los predispone con mayor frecuencia a un desbalance del agua y sodio. Las personas mayores tienen un menor contenido de agua corporal como resultado de su composición corporal y que se caracteriza por una disminución de la masa magra (músculo) y un aumento de grasa corporal, la tendencia a una pérdida de masa muscular con la edad se asocia a un menor contenido de agua en el organismo, que aumenta la susceptibilidad a la deshidratación, especialmente cuando se produce un aumento de la temperatura corporal.<sup>(85)</sup>

OMS, refiere que la deshidratación es un problema frecuente en los ancianos, porque su capacidad homeostática se encuentra disminuida y el peso de los riñones empieza progresivamente a bajar, el número de glomérulos intactos disminuye y el número de glomérulos escleróticos aumenta. Esto genera durante el envejecimiento cambios en la función renal que se produce por reducción en la filtración glomerular, una menor

capacidad para concentrar orina, sodio y para excretar grandes cantidades de agua. Es decir, un anciano, necesitará mayor cantidad de agua para excretar igual cantidad de sodio y sustancias de desecho que una persona joven.<sup>(86)</sup>

Castillo, refiere que debe tomar seis a ocho vasos de agua diariamente para estar sano. Ocho vasos de 250ml equivalen a dos litros diarios, en infusiones, jugos diluidos o agua sola, aunque una proporción se obtiene a partir de los alimentos y la otra mitad se consigue bebiendo, se debe tomar en ayunas y entre comidas, de preferencia una hora después de comer o media hora antes de comer, conociendo que en esta edad disminuye la sensación de sed.<sup>(87)</sup>

Wilson, refiere que es muy importante que el adulto mayor consuma una cantidad suficiente de agua cada día para el correcto funcionamiento de los procesos de asimilación, sobre todo, para la eliminación de residuos de metabolismo celular. El mejor indicador de una correcta hidratación es la orina. Tanto la frecuencia por ir al baño como (y sobre todo) el color, son indicadores importantes. Un amarillo muy claro es señal de buena hidratación, mientras colores más oscuros son indicadores que deberían avisarnos para beber más.<sup>(88)</sup>

## 1.2.- NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

El envejecimiento afecta a todas las funciones del organismo, incluido el sueño, aunque no a todas ellas lo hace con la misma intensidad ni en el mismo momento, el descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida.

### a.- DEFINICIONES <sup>(89)</sup>

**-SUEÑO:** Es una necesidad humana básica, que se caracteriza por un estado de conciencia en que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidos, ejerciendo efectos fisiológicos tanto sobre el Sistema Nervioso como sobre otras estructuras corporales, restaurando la capacidad de actividad y favoreciendo la síntesis proteica.

## **-FASES DE SUEÑO**

**Sueño no REM:** Sueño profundo y reposado que produce una disminución en algunas funciones fisiológicas (disminuye la Fc, Fr, PA, T<sup>a</sup>, el tono muscular y el metabolismo basal).

**Sueño REM:** Sueño menos profundo y reposado que el no REM. Es el Periodo donde aparecen la mayoría de los sueños (aumento del metabolismo cerebral).

Todo el proceso dura entre 60 a 70 minutos para luego ascender de nuevo hacia la fase 2 en la cual la persona entra en una nueva situación fisiológica denominada REM (movimiento rápido del globo ocular). Al conjunto de etapas o fases del proceso del sueño se le llama ciclo del sueño profundo mientras que en la segunda mitad de la noche predomina la etapa 2 y la fase REM. En el transcurso de una noche normal se repiten 4 o 5 ciclos completos del sueño, es completamente normal que el sueño consiste en ser una función cíclica.

**-DESCANSO:** Es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el adulto mayor se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas, no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad, físicamente calmada. Considerando que todas las células del cuerpo necesitan un periodo de inactividad para recuperarse y renovarse.

El descanso y el sueño son situaciones biológicamente necesarias para la salud del adulto mayor. Ayudan a recuperar la energía consumida durante las actividades de la vida diaria. Donde el patrón de sueño se puede alterar por los cambios del SNC, el deterioro sensorial y las enfermedades crónicas.

### **b.- NECESIDAD DE HORAS DE SUEÑO**

Gómez, refiere que, la necesidad de descanso aparece antes que la de sueño, en el adulto mayor, debido a la alteración y mayor fragilidad en el mantenimiento del ritmo circadiano, con acortamiento de la fase REM y reducción de las fases 3 y 4 NREM, porque aumentan las concentraciones de norepinefrina, adrenalina y corticoides, en donde es más probable que el anciano se despierte ante la influencia de un estímulo externo.<sup>(90)</sup>

OPS, refiere que, el adulto mayor necesita descansar menos que una persona joven, ya que su actividad física es menor y su metabolismo del organismo ya no es tan activo como en etapas anteriores, los límites oscilan entre 5 a 8 horas nocturnas, depende de cada caso particular, aunque se desconoce con exactitud que exigencias de sueño tiene el organismo no todos los adultos mayores requieren la misma cantidad de horas para lograr un sueño reparador, influye las características físicas y mentales de cada uno de ellos.<sup>(91)</sup>

Becker, refiere que las alteraciones del proceso fisiológico tienen una alta frecuencia, en adultos mayores de 65 años, la mayor prevalencia de trastornos del sueño en esta población se debe a que, con el correr de los años, aumenta la prevalencia de la ansiedad, depresión, aumenta la frecuencia de caídas, empeora el funcionamiento cognitivo (sobre todo la alteración y la memoria), enfermedades crónicas y problemas familiares, ambientales y sociales, siendo estas las que generan los trastornos del sueño.<sup>(92)</sup>

Buela, refiere que, la necesidad de descanso aparece antes que la del sueño, en el adulto mayor, debido a que, el cerebro pierde plasticidad, su capacidad de regenerarse es menor, y su capacidad de funcionar también es algo menor y se ha demostrado que la secreción de melatonina disminuye y hay mayor fragilidad en el mantenimiento del ritmo circadiano de sueño y vigilia, lo que trae como consecuencia el acortamiento de la fase REM y reducción de las fases 3 y 4 sueño profundo (NREM), así como el incremento del sueño ligero (fase 1 y 2 del NREM), asociado con el envejecimiento y posible mediador del insomnio en el anciano.<sup>(93)</sup>

### **c.- NECESIDAD DE SIESTA DIURNA**

La siesta es una costumbre consistente en descansar algunos minutos (entre veinte y treinta, por lo general, pero puede llegar a durar un par de horas) después de haber tomado el almuerzo, entablando un corto sueño con el propósito de reunir energías para el resto de la jornada.

Fernández, afirma que, está demostrado científicamente que una siesta de no más de 30 minutos, mejora la salud en general y la circulación sanguínea y previene el agobio, la presión o el estrés. Además, favorece la memoria y los mecanismos de aprendizaje. Así mismo afirma que una siesta mayor a 30 minutos puede trastocar el reloj biológico natural y causar insomnio por la noche.<sup>(94)</sup>

Morán, asimismo afirma que, si durante la siesta aparece el sueño profundo, en el sueño nocturno la cantidad de fase III – IV (sueño profundo), será menor, ya que lo habrán gastado. Este fenómeno es extremadamente interesante en los afectados de insomnio, al hacer que el sueño nocturno sea más superficial. Por ello entre las primeras medidas terapéuticas es la eliminación total de los episodios de sueño diurno.<sup>(95)</sup>

#### **d.- LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO**

##### **- Insomnio**

López, refiere que, el insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en el anciano, que consiste en una serie de problemas relacionados con el proceso del sueño. Tales como dificultad para iniciar o mantener el sueño, la falta de un sueño reparador (sueño aparentemente adecuado en cantidad, que deja al adulto mayor con la sensación de no haber descansado lo suficiente durante 3 veces en una semana; con un mínimo de un mes y se caracteriza por latencia del sueño superior a 30 min, número de despertares nocturnos superior a dos y tiempo de sueño total inferior a 6 horas.<sup>(96)</sup>

##### **-Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño**

Chokroverty, afirma que el insomnio geriátrico, ésta asociado a determinados factores ambientales (luz, ruido, temperatura, etc.). Factores físicos relacionados con la salud (alimentación, edad, práctica de ejercicio físico y enfermedad), y factores psicológicos (ansiedad, depresión, estrés.), que impiden una adecuada calidad y cantidad del sueño, esencial para mantener un estado de bienestar físico y emocional.<sup>(97)</sup>

OMS, revela que el descanso y el sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable, porque tiene un papel importante en la recuperación de energía y la liberación de las toxinas que adquiere durante el día, ayuda al sistema inmunológico, a combatir infecciones ya que favorece la producción de anticuerpos, mantiene activo el metabolismo, la memoria, el estado de ánimo y el aprendizaje, y son menos propensos a padecer enfermedades crónicas y también existe una menor probabilidad de sufrir accidentes físicas, en el hogar y envejecen menos alargando la vida de los mismos.<sup>(98)</sup>



### **-Higiene del sueño en el adulto mayor**

OPS, afirma que la higiene del sueño que es la base de las estrategias preventivas del insomnio en el adulto mayor y tratamiento de primera elección una vez que se han descartado patologías psiquiátricas. A través de una serie de recomendaciones generales que forman parte de la mayoría de los tratamientos para el insomnio, en relación a los factores biopsicosociales que inciden negativamente en el sueño y descanso de los adultos mayores, las instrucciones incluyen aspectos como limitar los alimentos estimulantes (café, té, chocolates), y aumentar el consumo de alimentos que favorecen la calidad del sueño (vitamina B, el calcio y el triptófano), no hacer siestas durante el día, aumentar la actividad física, así como mantener un horario fijo para irse a la cama y levantarse, evitar actividades con excesiva estimulación mental, eliminar la presencia de ruidos, calor o fríos excesivos y limitar el consumo de líquidos antes de irse a la cama para evitar la frecuencia de despertares nocturnos. Es importante, en este sentido, que la familia del adulto mayor establezca un adecuado programa de actividades diurnas, y un constante contacto social. Esto mejora la eficiencia del sueño de ellos.<sup>(99)</sup>

### **1.3.- NECESIDAD DE HIGIENE Y VESTIDO**

Prácticas que conducen a mantener la salud del cuerpo y de su vestido, elemental para la comodidad y el buen estado del adulto mayor.<sup>(100)</sup>

#### **a.- Necesidad de vestirse y desvestirse**

La vestimenta recubre y protege a la piel y brinda abrigo al adulto mayor, el cuerpo se protege del polvo atmosférico, del frío y del calor, con diferentes prendas de vestir. Esas prendas y otras que las complementan. Deben usarse de acuerdo con preceptos higiénicos, que favorecen la salud.<sup>(101)</sup>

Rueda, refiere que la familia cuidadora, tiene el deber de proporcionar prendas de vestir limpias y brindar ayuda necesaria para vestirse y/o desvestirse, los procedimientos de extraer y colocar la ropa dependerán de las posibilidades funcionales del adulto mayor, sabiendo que hay factores que influyen en esta necesidad, la edad, incapacidad en el acto manipulativo de vestirse y desvestirse, y la incapacidad para mantener la higiene del vestido.<sup>(102)</sup>

### **b.- Necesidad de materiales para la higiene bucal**

La cavidad oral ésta conformada por una serie de órganos que participan en el proceso de alimentación como son: labios, dientes y paladar, entre otros. Con la edad, la cavidad bucal se modifica, el esmalte del diente se desgasta, las encías que dan soporte al diente se deterioran exponiéndose las raíces dentales y en ocasiones hay pérdida de la propia dentadura, se presenta disminución de la saliva, esto demora el acto de comer ya que hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio y ser tragado.

Callejas, refiere que, los materiales para la higiene bucal como el cepillo y la pasta dental después de cada comida, son esenciales para prevenir caries e infecciones en las encías debido a la colonización de microbios destructores y pérdida del calcio, se recomienda cambiarlo cada 3 meses para mantenerlo en buen estado. Debe realizarse al menos una visita al dentista al año, y el consumo de alimentos ricos en calcio, hace que los dientes del adulto mayor sean más resistentes a las infecciones.<sup>(103)</sup>

Gamble, afirma que, los cuidados preventivos diarios, mas importantes que la familia puede hacer es proporcionar materiales para la higiene bucal como el cepillo y uso de pasta dental, que eviten problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.<sup>(104)</sup>

### **c.- Necesidad del buen estado de higiene y apariencia**

Los ancianos por motivos físicos no pueden realizar sus labores de higiene personal igual que cuando era más jóvenes. Controlar que estas labores se realizan correctamente y ayudarles en las mismas procuraran un mayor cuidado a la persona así como facilitar que se encuentre mejor consigo misma.<sup>(105)</sup>

OPS, afirma que la higiene diaria de cara, cuello, orejas, brazos y axilas es esencial para la comodidad y bienestar del anciano, también el arreglo del cabello, Además las; uñas de manos deben mantenerse recortadas y limpias, por que mejoran el aspecto personal y previenen infecciones.<sup>(106)</sup>

Becker, afirma que un cuerpo aseado, y tener una apariencia cuidada, es una actividad que consiste en fomentar limpieza, bienestar, eliminando malos olores, y al frotar la piel con un paño o jabón, aumenta la circulación sanguínea y estimula el crecimiento de nuevas células de la piel, debido a que la piel del anciano es dejada, quebradiza y escamosa, además ayuda a mantener cómodo y atractivo, lo cual realza la autoestima.<sup>(107)</sup>

Phillips, refiere que el adulto mayor tiene dificultades para bañarse y realizar por sí solo su higiene la familia como cuidador tiene el deber de supervisar y ayudar durante el baño con todo los artículos listos a la mano, ayudarle a desvestirse si es necesario, y sobre todo ayudar para el previo jabonamiento del cuerpo para que la limpieza sea más efectiva, y mantener una buena apariencia exige un aseo frecuente.<sup>(108)</sup>

#### **d.- Necesidad de ser supervisado en la higiene corporal**

Iglesias, afirma que, cuando el anciano no pueda realizar por sí solo durante cierto tiempo estas operaciones, los familiares deben conservar la higiene personal a través del apoyo o supervisión para que contribuya así en la tranquilidad del adulto mayor.<sup>(109)</sup>

#### **1.4.- NECESIDAD DE ACTIVIDAD FISICA**

La Importancia de la actividad física para el adulto mayor, es prevenir enfermedades crónico degenerativas, porque existe evidencia que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general. Además durante el ejercicio se liberan en el cerebro las hormonas llamadas endorfinas, también conocidas como las hormonas del “sentirse bien”, las cuales ayudan al cuerpo a responder positivamente ante el estrés, mejorando considerablemente el humor.<sup>(110)</sup>

La actividad física para personas mayores deben ir encaminados a conseguir una condición física saludable, entendida como un estado dinámico de energía y vitalidad que les permita llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las situaciones imprevistas sin fatiga excesiva, a la vez que ayudar a evitar actividades derivadas de la falta de actividad física y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual, así como experimentar plenamente la alegría de vivir.<sup>(111)</sup>

Alcántara, refiere que, la actividad física debe ser considerada como una estrategia de salud preventiva, y debe ser incorporada desde temprana edad, para evitar la aparición de enfermedades crónicas prematuras que se agudizan en el adulto mayor. La intención es evitar un acelerado proceso de deterioro de sus funciones y capacidades para

prevenir la morbilidad y mortalidad de este grupo, y es que la actividad física representa una fuente de salud tanto a nivel físico como psíquico.<sup>(112)</sup>

García, afirma que, la actividad física en la edad avanzada aumenta la fuerza muscular, el equilibrio, la flexibilidad de las articulaciones y la coordinación física en general. La actividad física puede conseguir un estado saludable e independiente que se prolongue hasta edades muy avanzadas tiene efectos favorables en la presión arterial y el peso corporal y reduce el riesgo de cardiopatías, osteoporosis, determinados tipos de cáncer, diabetes y caídas.<sup>(113)</sup>

Al respecto Heath señala, los beneficios psíquicos, que produce la actividad física los cuales son invaluable para afrontar esta etapa de la vida, en la cual el adulto mayor tiende a sentir un menoscabo de su valía como persona, y que puede ocasionar enfermedades depresivas, deficiencia inmunológica e incluso la muerte. La actividad física regular puede ser un medio eficaz para mantener la capacidad funcional y provocar una mayor sensación de bienestar, y una buena opción para que el adulto mayor se socialice, y no sea víctima del aislamiento y la soledad.<sup>(114)</sup>

Matsudo confirma que, existen alteraciones en las funciones cognitivas de los ancianos que realizan actividad física regular. Estas evidencias sugieren que el proceso cognitivo es más rápido y más eficiente en adultos mayores físicamente activos por mecanismos directos: mejora de la circulación cerebral, alteración en la síntesis y degradación de neurotransmisores; y mecanismos indirectos como: disminución de los niveles de LDL en el plasma, disminución de los niveles de triglicéridos e inhibición de la agregación plaquetaria.<sup>(115)</sup>

Al respecto Lambert, refiere que a través de los ejercicios de equilibrio podemos prevenir las caídas, causa frecuente de incapacitación por lesiones, sabiendo que la fuerza muscular se mantiene entre los 30 y 50 años, pero luego de pasados los cincuenta y hasta aproximadamente los 70 años de edad, hay una disminución de aproximadamente el 30% en la fuerza muscular. También se sabe que la masa muscular es el determinante principal de los cambios en la fuerza muscular asociados con la edad.<sup>(116)</sup>

Gaviria, refiere que, la falta de ejercicio corporal hace que la calidad de vida se degrade paulatinamente, y se transforman en adultos precoces. De ahí la necesidad del

ejercicio, el deporte, o de cualquier actividad física regular, como premisa vital y medio de contrarrestar estas agresiones.<sup>(117)</sup>

#### **1.4.1.- TIPOS DE ACTIVIDAD FISICA**

Cada tipo de actividad física puede desarrollarse, a menudo, mediante diversas actividades diarias, o con ejercicios específicos. Se debe alentar a las personas a comenzar a participar en todos estos tipos de actividades a un ritmo apropiado, observando una progresión gradual. Cada tipo de ejercicio proporciona distintos beneficios, y también exige tener ciertas precauciones de seguridad.<sup>(118)</sup>

##### **a.- Actividades de Resistencia (aeróbicas)**

Las actividades aeróbicas son recomendadas para los adultos mayores, porque son actividades de bajo impacto, y aumentan la frecuencia cardiaca y respiratoria por períodos prolongados, incluyen caminar enérgicamente, subir escaleras o cerros, trotar, al menos 30 minutos de actividad, entre moderada y enérgica, todos los días de la semana, o la mayor parte de ellos y debe aumentarse gradualmente, El hacer menos de 10 minutos de ejercicio a la vez no brindará los beneficios cardiovasculares y respiratorios deseados.<sup>(119)</sup>

##### **-Dimensiones de actividades físicas moderadas**

**Caminar:** Es el mejor ejercicio, para el cuerpo del adulto mayor, indispensable porque no tensa las coyunturas y los ligamentos y proporciona excelentes beneficios para la salud, sino que también realiza la integración social como una manera de conocer a otras personas o de disfrutar del compañerismo de amigos y familiares.<sup>(120)</sup>

La OMS, Considera que realizar actividad física, en el adulto mayor es por lo menos cuando camina, sube /baja escaleras con una frecuencia mayor de 3 veces por semana y durante 30 minutos todos los días, como mínimo 150 minutos por semana. Porque es el tiempo necesario para adquirir los beneficios para el sistema cardiorespiratorio y mejorar la calidad de vida.<sup>(121)</sup>

**Subir o bajar escaleras:** Durante 20 a 30 minutos, es beneficioso, se recomienda ir incorporando, es muy buen ejercicio para las personas mayores. Asegúrese que ésta cuenta con las medidas de seguridad apropiadas como: barandas a ambos lados y antideslizante en sus peldaños. Inicie esta actividad subiendo dos a tres peldaños y

vaya aumentándolos según la tolerancia de la persona; realice esta actividad una vez por día, y ayuda a incrementar la fuerza corporal.<sup>(122)</sup>

## **2.- NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD**

La seguridad física y emocional de la persona adulta mayor depende de las condiciones biológicas, del ambiente natural y del ambiente construido por ella misma para darle respuesta a sus necesidades, de la capacidad de disfrute y satisfacción de la vida, de las condiciones interpersonales y humanas, del estilo de vida particular y del estado de armonía y bienestar que permite tener una vida equilibrada y con buen estado de ánimo.<sup>(123)</sup>

### **2.1.- NECESIDAD DE SEGURIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL**

#### **a.- Necesidad de seguridad física**

Lavernia afirma que, los centros de salud y/o puestos de salud brindan atención médica de primer nivel; apoya la detección, el control y el seguimiento de las enfermedades comunes en el adulto mayor. Este servicio lo ofrecen profesionales en diferentes disciplinas, una de las principales ventajas de los centros de salud es que los adultos mayores reciben atención sin importar hacer cita con anterioridad.<sup>(124)</sup>

Donoso, afirma que si el adulto mayor se siente bien, debe acudir al médico para prevenir o detectar precozmente enfermedades, a través de chequeos regulares. Estas consultas pueden evitar problemas en el futuro. Porque el adulto mayor está expuesto a muchas enfermedades que, en su mayoría, no comienzan de un modo repentino sino que en forma insidiosa: glaucoma, hipertensión arterial, diabetes mellitus, arteriosclerosis, osteoporosis, depresión, obesidad, insuficiencia respiratoria, y otras. Cuando los síntomas son evidentes y lo obligan a consultar, la enfermedad suele estar bastante avanzada y el tratamiento va a ser más paliativo que preventivo. Por eso, es muy necesario el control médico del adulto mayor que se supone sano, para detectar precozmente esas patologías y para enseñarle a vivir sanamente. Antes de los 70 años, se recomienda un control anual; después de los 70, un control cada 6 meses.<sup>(125)</sup>

- **Necesidad del uso del transporte público**

Harman, confirma que, como consecuencia del envejecimiento, al adulto mayor le resulta difícil llevar a cabo ciertas tareas antes rutinarias, como el uso de los medios de transporte público, el desplazamiento fuera del hogar, y las barreras

arquitectónicas en las calles son un obstáculo a medida que aumenta la edad, y son los aspectos más temidos por ellos. Por este motivo, la familia tiene la obligación de ofrecer la ayuda requerida para el uso de los medios de transporte.<sup>(126)</sup>

La OMS, refiere que las caídas son una de las principales causas que provocan deterioro físico y dependencia funcional en el adulto mayor. Una de cada tres personas mayores de 65 años sufre caídas anual, lo cual puede incapacitarlos para realizar de manera independiente actividades básicas como trasladarse de un lugar a otro.<sup>(127)</sup>

## **b.- Necesidad de seguridad emocional**

### **Necesidad de afecto, cariño y amabilidad**

Venegas, refiere que, el adulto mayor tiene la necesidad de recibir afecto, cariño y un trato amable en todo momento, por que atraviesa por estados de temores y preocupaciones, por ello la familia en su práctica diaria debe mostrarse simpático, afectuoso, bondadoso, amigable y cortés, transmitir sentimientos que pertenecen a ellos, brindar una sonrisa, un saludo indica que es accesible y que está interesada en escuchar sus necesidades y problemas. Consiguiendo que el adulto mayor tenga mayor seguridad y confianza.<sup>(128)</sup>

Hall, afirma que, los adultos mayores son especialmente susceptibles a desordenes psicológicos como la ansiedad, depresión, soledad y el aislamiento; porque disminuyen o cesan muchas relaciones, los hijos se hacen mayores, las relaciones laborales finalizan, familiares y amigos mueren. Por lo tanto, es importante considerar cómo se puede preservar las relaciones con los hijos.<sup>(129)</sup>

### **Necesidad de una habitación individualizada**

La vivienda donde habita y se desarrolla el adulto mayor, ésta constituido; por componentes que deberán ser tenidos en cuenta para valorar la importancia de los riesgos que determinan, así como las formas y técnicas para ofrecer la comodidad necesaria. La habitación constituye el ambiente íntimo del adulto mayor, de tal manera que, las diversas condiciones que componen una habitación están estrechamente vinculadas con la salud física y moral.<sup>(130)</sup>

Caicoya, refiere que, para muchos adultos mayores el dormitorio es el lugar de la casa de mayor intimidad y es la habitación a la que pueden ir cuando quieren estar solos, porque favorece la comodidad y tranquilidad.<sup>(131)</sup>

## 2.2.- NECESIDAD DE SEGURIDAD ECONÓMICA Y COSTUMBRES

### a.- Necesidad de la disponibilidad económica

La seguridad económica de las personas adultas mayores 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 vida.

Jodelet, refiere que la responsabilidad de la familia es garantizarse ese derecho, de contar siempre con disponibilidad económica de una pequeña cantidad de dinero para satisfacer sus necesidades más inmediatas, como elemento protector de la calidad de vida del adulto mayor.<sup>(132)</sup>

Masdeu, afirma que, el adulto mayor puede perder, ingresos, y posesiones materiales, debido a las limitaciones propias del envejecimiento y la pérdida de habilidades, si esta situación ocurre es muy factible que se originen periodos de soledad y aislamiento, depresión, frustración y sensación de malestar general.<sup>(133)</sup>

Madrigal, confirma que, 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 las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias.<sup>(134)</sup>

### b.- Necesidad de independencia en el manejo del dinero y pertenencias

Comollonga, refiere que, el proceso normal de envejecimiento produce cambios en la homeostasis y aumenta la vulnerabilidad a presentar enfermedades degenerativas. Lo que sumado a predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas precarias, hace que el estado de salud funcional del adulto mayor, ocasione la dependencia.<sup>(135)</sup>

Gómez, confirma que, el adulto mayor dependiente, requiere ayuda para planificar y resolver problemas, condicionado por alguna pérdida o disminución de su capacidad funcional para el desenvolvimiento en actividades instrumentales de la vida diaria. Que son actividades complejas necesarias para vivir independientemente en la sociedad actual, porque requiere de competencia cognitiva, habilidad para desempeñar



aquellas tareas cognitivamente complejas, como usar el teléfono, administrar bienes materiales y manejar el dinero.<sup>(136)</sup>

Minsa, refiere que, pese a que un porcentaje de adultos mayores accede a ingresos propios por jubilación, estos ingresos son insuficientes para una adecuada satisfacción de necesidades básicas. En la mayoría de casos, los adultos mayores son sustentados con ingresos y apoyos de familiares, que desarrolla y consolida, sentimientos positivos, capaz de mantener una saludable existencia hasta el final de sus días.<sup>(137)</sup>

#### **c.- Necesidad de promover la práctica de costumbres**

Las costumbres están en el seno de la sociedad por ser integradora de todos los grupos sociales, el adulto mayor, se encarga día a día de mantener vigentes ciertas costumbres y valores, en el campo espiritual, de cierta manera ellos nos han inculcado sus creencias dentro de ellos el pago a la tierra. Porque buscan guía o consuelo emocional, en ese sentido el apoyo espiritual suele ser la clave para la esperanza y la determinación en el caso del adulto mayor.<sup>(138)</sup>

#### **d.- Necesidad de prácticas religiosos**

Piña, refiere que, los adultos mayores practican su propia religión buscan apoyo en su fe sobretodo, cuando estos padecen de algunas enfermedades, la oración, las lecturas devotas y otras prácticas, espiritualmente para el adulto mayor tienen efectos casi similares al de los medicamentos.<sup>(139)</sup>

Conde, afirma que, la práctica religiosa, costumbres sana y bien llevada puede proporcionar al adulto mayor una espiritualidad bien cimentada que lo ayudara a vivir con alegría, paz y generosidad, pueden compartir sabiduría y el auténtico arte de vivir, a través de lo que se llama una especie de transmisión de saberes, experiencias, actitudes. Ese es uno de los principales servicios que los adultos mayores prestan a cualquier sociedad.<sup>(140)</sup>

### **3.- NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO**

La comunicación es un intercambio de mensajes entre dos personas, mensajes transmitidos a través de códigos, oral, mediante la palabra, escrito por medio de letras, números y también de forma corporal, a través de mímicas o gestos. La comunicación puede ser: directa, de persona a persona o indirecta cuando se produce a través de los

medios de comunicación de masas, como el periódico, la radio, y la televisión, entre otros.<sup>(141)</sup>

#### **a.- Necesidad de comunicación**

Según O`Brian, afirma que la comunicación eficaz entre el adulto mayor, su familia y sus allegados es de vital importancia porque favorece la identidad y el sentido de pertenencia, como ser social hasta el último día de su existencia.<sup>(142)</sup>

Robinson, refiere que, la comunicación es un medio que permite al adulto mayor comprender a otro, aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir información, dar y recibir instrucciones, enseñar y aprender, en consecuencia es importante que las familias hablen a los adultos mayores en términos que estos comprendan, utilizando palabras adecuadas para expresar ideas con claridad, motivando así la participación del anciano. La familia debe desarrollar habilidades para fomentar la comunicación del adulto mayor, tal como la comunicación entre ancianos del mismo ambiente, para favorecer la participación social e interacción del adulto mayor.<sup>(143)</sup>

Monchiatti, refiere que, el aprecio y el reconocimiento se dan a través del uso de un lenguaje común que les ayuda a mantener la salud y la autoestima, para aprovechar la experiencia de los adultos mayores.<sup>(144)</sup>

#### **b.- Necesidad de mantenerse informado**

Kreizmer, refiere que, el adulto mayor muchas veces ya no se le hace partícipe en muchas actividades tanto dentro de la familia como fuera de ella, y esto le afecta en forma importante su salud, por ello es importante estimular, motivar la comunicación a través de medios como la televisión, periódicos, radios, para mantenerlo informado sobre su entorno y el mundo según sus gustos y aptitudes que fortalecerá y mejorará la calidad de vida de las personas mayores.<sup>(145)</sup>

#### **c.- Necesidad de recreación**

La recreación, en el adulto mayor, ha de entenderse y apreciarse como un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades, para su realización y mejoramiento de la calidad de vida y social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.<sup>(146)</sup>

Los tipos de recreación artística, cultural, deportiva y pedagógica tienen por finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los adultos mayores, con independencia de sus favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico.<sup>(147)</sup>

afirma que, para lograr dar una vejez de calidad, la familia cuidadora puede proporcionar estímulo cognitivo a diario, en conversaciones y actividades demandantes del intelecto, con participación activa, y no son obligatorias, tales como: pintar, oír música, cantar, bailar, hacer manualidades o artesanía, tejidos, ejercicios físicos, resolver crucigramas o sopas de letras, pupiletras, asistir a paseos, leer periódicos, revistas y la colaboración en algunas tareas domésticas entre otros, para preservar, en lo posible, mecanismos básicos y profundos, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos, y retrasar los niveles de dependencia, previniendo la depresión.<sup>(148)</sup>

Fajn, refiere, la importancia de la recreación en la vejez porque brinda la oportunidad de retomar, iniciar, profundizar o descubrir intereses, deseos y necesidades que pueden convertirse en un nuevo motor y organizador de la vida cotidiana, ayudando a atravesar un envejecimiento sano.<sup>(149)</sup>

Viamontes, refiere que, el adulto mayor debe usar la atención, la memoria, la imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado de ánimo y su capacidad mental, de lo contrario de la misma manera si no ejercita su cerebro, se acelera la pérdida de agilidad mental que naturalmente ya va en decadencia<sup>(150)</sup>

### **3.2.- NECESIDAD DE RELACIONES SOCIALES**

Las relaciones sociales tienen una importancia decisiva para el bienestar de las personas a lo largo de la vida. En los adultos mayores. La sociedad considera ancianos a las personas mayores para ciertas actividades y, aunque no se puede dejar de reconocer que en esta etapa existen cambios del cuerpo y de su ubicación familia y

social, también es cierto que los sueños, los deseos, las diferentes sensaciones y las ganas de vivir no envejecen.<sup>(151)</sup>

Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a la transmisión de tradiciones familiares, culturales y sociales, a sus comunidades y a sus familias, por ello la importancia de demostrarles aprecio y reconocerlos a los adultos mayores como parte fundamental de la sociedad.<sup>(152)</sup>

La familia como la red primaria de protección que se tiene, cumple un papel muy importante en el ámbito de las relaciones sociales de los adultos mayores, con fomentar la participación e integración social mediante actividades que favorezcan el desarrollo de las relaciones interpersonales. En la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital; es importante que el adulto mayor trate de vivir de manera positiva y creativa, con pensamientos estimulantes para salir de paseo, viajes excursiones, reuniones sociales, ocuparse en alguna de las actividades que se prefiera, acompañados de amigos, vecinos y familiares. Vital para la supervivencia mental, personal y afectiva.<sup>(153)</sup>

El adulto mayor es un ser eminentemente social, que se desenvuelve en el seno de la sociedad y de la cultura, por tal circunstancias recibe permanentemente las múltiples y variadas influencias de este ambiente. No puede vivir aislado del mundo social, por ello el apoyo social juega un papel fundamental en la vida del adulto mayor, al mantener o conformar relaciones sociales tanto familiares como de amistades que le proporcionan bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas.<sup>(154)</sup>

Existen factores que producen disminución en las relaciones sociales de las personas de la tercera edad y que lo pueden conducir a un aislamiento; tales como los cambios biológicos, en este caso los déficit sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva, la percepción y el manejo de información, cambios socio culturales como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de la familia y pérdida del contacto con amigos entre otros.<sup>(155)</sup>

**2.1.10.- DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES** <sup>(156)</sup>

La ley de las Personas Adultas Mayores N° 28803 aprobado el 19 de julio 2006. Establece ciertos derechos de la persona adulta mayor como es recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima.



### III.- VARIABLES Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.1.- LA VARIABLE DE ESTUDIO:

- La familia en el cuidado y protección del adulto Mayor

#### 3.2.- OPERALIZACIÓN DE LA VARIABLE:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	INDICE
<p>La familia en el cuidado y protección del adulto mayor:</p> <p>Se refiere al conjunto de acciones que realiza la familia para el cuidado y protección del adulto mayor en base a las necesidades fisiológicas; de seguridad y estabilidad; de aprecio y reconocimiento; En el con texto familiar.</p>	<p><b>1.NECESIDADES FISIOLÓGICAS</b></p>	<p><b>1.1.ALIMENTACIÓN</b></p> <p>-Frecuencia de comidas durante el día</p>	<p>a.3 comidas</p> <p>b. 2 comidas</p> <p>c. 1 comida</p>	<p>-3 siempre cumple (SC)</p> <p>-2 a veces cumple (AC)</p> <p>- 1 no cumple(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de frutas ricos en fibra. (Higo, kiwi, ciruela, pera, manzana, mandarina, mango, plátano.) Al día.</p>	<p>a. 2 a más frutas</p> <p>b. 1 fruta</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de verduras ricos en fibra, (Zanahoria, brócoli, coliflor, Repollo, apio, espinaca, tomate, lechuga.) al día.</p>	<p>a. 3 a mas porciones</p> <p>b. 1a 2 porciones</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>- Frecuencia de consumo de cereales ricos en fibra,( Trigo, alverjas secas, avena, cebada, centeno, maíz, arroz.) a la semana</p>	<p>a. Diario</p> <p>b. Interdiario</p> <p>c. 1 vez/semana</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>- Frecuencia de consumo de legumbres ricos en fibra, (Lenteja, frijoles, garbanzos, habas, soya.) a la semana</p>	<p>a. Diario</p> <p>b. Interdiario</p> <p>c. 1 vez/ semana</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de productos lácteos y derivados ricos en calcio, (Leche, queso, yogurt) al día.</p>	<p>a. 2 a mas</p> <p>b. 1 vez</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de carnes blancas (pescado, pollo, gallina. un trozo mediano), a la semana.</p>	<p>a. 3 a mas</p> <p>b. 1 a 2 veces</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de carnes rojas (res, cordero, alpaca. un trozo mediano), a la semana.</p>	<p>a. 3 a mas</p> <p>b. 1 a 2 veces</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de huevos por semana.</p>	<p>a. 2 veces</p> <p>b. 3 a mas</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de grasas mono insaturados, (Aceite de oliva, aceituna, palta) al día</p>	<p>a. 3 a 4 veces</p> <p>b. 1 a 2 veces</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de grasas poli insaturadas , (aceite de girasol, Linaza, pescado), al día.</p>	<p>a. 3 a mas</p> <p>b. 1 a 2 veces</p> <p>c. No consume</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>
		<p>-Frecuencia de consumo de grasas saturadas, (Fritura, grasa de cerdo, los embutidos), por semana.</p>	<p>a. No consume</p> <p>b. 1 a 2 veces</p> <p>c. 3 a mas</p>	<p>3(SC)</p> <p>2(AC)</p> <p>1(NC)</p>

VAN



VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	INDICE
		-Cantidad de sal que consume diariamente	a. 1cucharadita b. 1 a 2 cucharaditas c. 3 a más cucharaditas.	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Cantidad de vasos de agua que consume al día	a. 6 a 8 vasos b. 3 a 5 vasos c. 1 a 2 vasos	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		<b>1.2.- SUEÑO Y DESCANSO:</b> -Horas de sueño.	a. 6 a 8 horas b. 3 a 5 horas c. 1 a 3 hora	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia de siesta al día.	a. No duerme b. 1 a ½ hora c. 2 a 3 horas	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia de dormir bien y levantarse descansado	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que le cuesta trabajo quedarse dormido.	a. Nunca b. A Veces c. Siempre	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que se despierta en varias ocasiones durante la noche.	a. 1 vez b. 2 veces c. 3 a 4 veces	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		<b>1.3.- HIGIENE Y VESTIDO:</b> -Frecuencia con la que Permanece junto al anciano cuando se viste.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que le proporciona materiales para la higiene bucal (cepillo, pasta dental)	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que mantiene al anciano en buen estado de higiene y apariencia.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que acompaña y supervisa al anciano en el momento de la higiene corporal.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		<b>1.4.- ACTIVIDAD FISICA:</b> <b>Actividades aeróbicas</b> <b>Caminata por día</b>		
		- Duración	a. Más de 30 min b. 20 a 30 min c. Menor de 10 min. O no realiza	3(SC) 2(AC) 1(NC)

VAN



VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	INDICE
		- Frecuencia por semana	a. 3 a más veces b. 2 veces c. 1 vez	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		- Frecuencia en subir/ bajar escaleras.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
	<b>2.NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD</b>	<b>2.1.-SEGURIDAD FISICA Y EMOCIONAL:</b>		
		-Frecuencia con la que promueve controles médicos periódicos al año.	a. 2 a 3 veces b. 1 vez c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que ayuda al uso del transporte público.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Frecuencia con la que proporciona afecto, cariño y amabilidad en todo momento.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Habilita una habitación individualizada	a. Habitación solo para él o ella b. Comparte habitación c. Es alojado	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		<b>2.2.-SEGURIDAD ECONOMICA Y COSTUMBRES:</b>		
		-Tiene Disponibilidad económica	a. Recibe pensión b. Apoyo de hijos c. No recibe ningún apoyo.	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Tipo de bienes materiales con la que cuenta.	a. Casa propia y/o terrenos. b. Negocios c. No dispone	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Capacidad para el manejo de dinero y pertenencias	a. Independiente b. Con ayuda c. Dependiente	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Promueve y permite la práctica de sus costumbres y valores (pago a la tierra).	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Proporciona objetos y/o textos religiosos.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
	<b>3.NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO</b>	<b>3.1COMUNICACIÓN Y RECREACION:</b>		
		-Fomenta y facilita la comunicación.	a. Hijos, nietos b. Amigos c. Vecinos	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Motiva ver programas de televisión acorde a su salud y edad.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Motiva a la participación en actividades recreativas (Artesanía, tejidos, pintura y otros.)	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
				VAN





VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	INDICE
		-Brinda materiales para estimular la mente activa (Pupiletras, sopa de letras, crucigramas o periódicos)	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		<b>3.2.- RELACIONES SOCIALES</b>		
		-Frecuencia de visitas a lugares turísticos locales u nacionales con amigos, familiares que incluya al Adulto Mayor.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Asistencia reuniones sociales. (onomásticos, reuniones, fiestas u otros)	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)
		-Promueve temas de interés político, sociales o culturales.	a. Siempre b. A Veces c. Nunca	3(SC) 2(AC) 1(NC)

**LEYENDA**

- SC: SIEMPRE CUMPLE
- AC: A VECES CUMPLE
- NC: NO CUMPLE



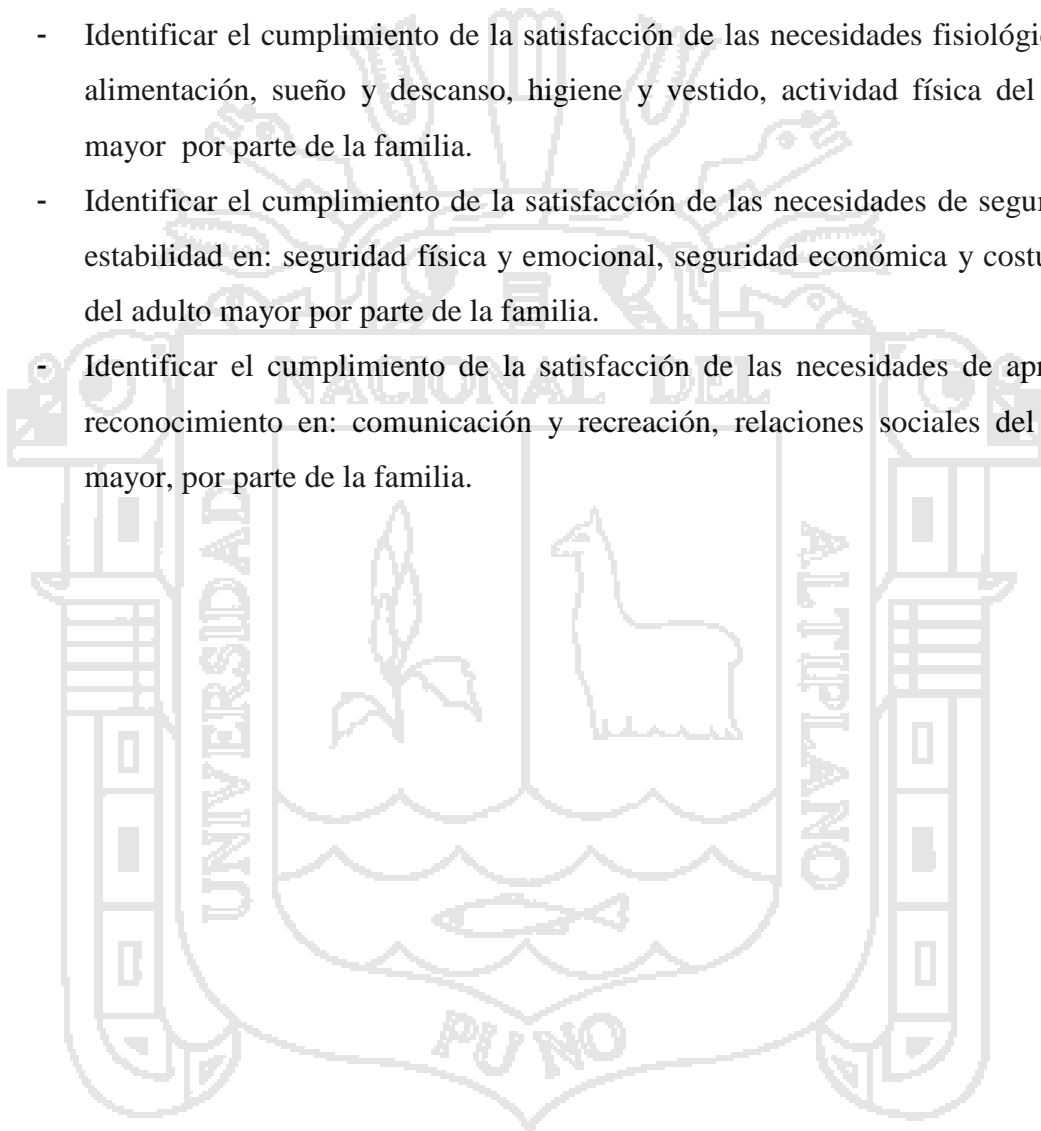
#### IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 4.1.- OBJETIVO GENERAL:

Describir el cumplimiento de cuidado y protección que la familia brinda al Adulto Mayor asistente al Puesto de Salud Habitación Humanity Año - 2014.

##### 4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades fisiológicas en: alimentación, sueño y descanso, higiene y vestido, actividad física del adulto mayor por parte de la familia.
- Identificar el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades de seguridad y estabilidad en: seguridad física y emocional, seguridad económica y costumbres del adulto mayor por parte de la familia.
- Identificar el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades de aprecio y reconocimiento en: comunicación y recreación, relaciones sociales del adulto mayor, por parte de la familia.



## V.- DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 5.1.1.-TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta el problema y los objetivos planteados el presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, el estudio es de tipo descriptivo porque nos permitió caracterizar y describir a la familia en el cuidado y protección del adulto mayor asistente al Puesto de salud, Habilidad Humanity. <sup>(157)</sup>

#### 5.1.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es de tipo transversal porque se hizo un corte en el tiempo y se tomó información sin que el pasado y el futuro tengan relevancia sobre el presente; permitiéndonos así describir el cuidado y protección que la familia brinda al Adulto Mayor asistente al Puesto de Salud Habilidad Humanity, en un momento determinado. <sup>(158)</sup>

A este diseño de investigación le corresponde el siguiente diagrama:



M= Representa los cuidadores familiares de los adultos mayores asistentes al Puesto de Salud Habilidad Humanity.

O= Representa toda la información recolectada sobre el cuidado y protección que brinda al adulto mayor asistente al Puesto de Salud Habilidad Humanity.

#### 5.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el Puesto de Salud Habilidad Humanity con una Categoría I – I. En el programa del Adulto Mayor. Que se encuentra ubicado en la ciudad la Humanidad del centro poblado de Alto Puno.

En el programa del Adulto Mayor se encuentran inscritos adultos mayores de 65 a más años en donde se trabaja por asegurar espacios saludables integrales de socialización que garanticen la inclusión de todas las personas adultas mayores, incluso de aquellas con algún tipo de discapacidad, su propósito es favorecer la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores a través de un control

permanente de su estado de salud; con actividades recreativas, educativas, de socialización, defensa de derechos y entre otras.

Este grupo etaréo se caracteriza por lo siguiente, que la mayoría son mujeres y una minoría varones que viven con sus hijos, nueras y nietos debido a que algunos son procedentes del mismo lugar y otros provienen de Juliaca, Paucarcolla, Mañazo, Capachica y otros de Puno ciudad. En su gran mayoría están inscritos al programa de pensión 65 y 2 de ellos reciben jubilación del estado.

El programa está dirigida por un profesional de enfermería sin especialidad en geriatría; comprometido con la atención al adulto mayor con una atención integral en donde realizan ejercicios todos los martes en el horario de 8:00 – 9:00 am, y tienen reuniones una vez al mes en un horario de 3:00 – 5:30 de la tarde, los adultos mayores que asisten al programa, con frecuencia son acompañados por un familiar, procedentes del centro poblado de Alto Puno. Pertenecientes al Puesto de Salud Habitación Humanity.

La población de estudio corresponde a los familiares o cuidadores de los adultos mayores. Aparte del idioma castellano hablan quechua y aimara de acuerdo de la zona de procedencia, viven en el seno familiar pero descuidados y desprotegidos y otros solos sin nadie que cuide de ellos.

En el adulto mayor, se afecta no solo en sus capacidades para cubrir necesidades básicas, porque no tienen el apoyo de su familia. De allí la importancia de describir el cuidado y protección que la familia brinda al adulto mayor. Donde prevalece la insatisfacción de necesidades básicas tanto físicas, sociales y afectiva que puedan estar interferidas.

### 5.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

#### 5.3.1.- POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo conformada por 30 cuidadores del adulto mayor inscritos y asistentes al programa del adulto mayor del Puesto de Salud Habilidad Humanity, perteneciente al centro poblado de Alto Puno, para obtener una información real.

ADULTOS MAYORES INSCRITOS Y ASISTENTES AL P.S. HABILIDAD HUMANITY	Nº	TOTAL
Hombres	12	
Mujeres	18	
TOTAL	30	

Fuente: programa del adulto mayor del P.S. Habilidad Humanity-2014

#### 5.3.2.- UNIDAD DE ESTUDIO

Conformada por los cuidadores familiares del adulto mayor inscritos y asistentes al programa del adulto mayor del Puesto de Salud Habilidad Humanity.

- **Criterios de Inclusión**

- Cuidador familiar que vive y atiende al adulto mayor dentro del hogar.
- Cuidador familiar que no sea adulto mayor.

- **Criterios de Exclusión**

- Cuidador familiar que no vive dentro del hogar del adulto mayor.

### 5.4.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 5.4.1.- Técnica

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, es de tipo seccional que se le aplicó a la muestra de la población, específicamente al cuidador del Adulto Mayor.

#### 5.4.2.- Instrumento

Para describir el cuidado y protección que la familia brinda al Adulto Mayor se aplicó un cuestionario diseñado por la investigadora, en base a la adecuación de la escala jerárquica de las necesidades de Abraham Maslow, además se compatibilizó con las recomendaciones de la OMS. El cual fue aplicado al familiar del Adulto Mayor y considera los siguientes aspectos:

- I. La primera parte donde se describe el nombre de la universidad y la facultad de donde procedió el estudio, el título del trabajo a través del consentimiento informado (**Anexo N° 2**)
- II. La segunda parte va acompañado de una Breve explicación sobre el tema de estudio para la noción de las familias y de la contextualización (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y grado de parentesco), los aspectos a evaluar está conformado por 42 preguntas de alternativa múltiple de las cuales:
  - 26 referidos a las necesidades fisiológicas donde incluye a la (alimentación consta de 14, sueño y descanso 5, higiene y vestido 4 y actividad física consta de 3 preguntas).
  - 9 referidos a las necesidades de seguridad y estabilidad donde incluye a (seguridad física y emocional consta de 4, seguridad económica y costumbres que consta de 5 preguntas).
  - 7 referidos a las necesidades de aprecio y reconocimiento donde incluye a (comunicación y recreación que consta de 4, relaciones sociales con 3 preguntas). (**Anexo N° 1**)

#### **Validez y confiabilidad**

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto, que se aplicó a 10 familias que se tomaron al azar de las cuales eran de la comunidad de Huerta Huaraya del centro poblado de Alto Puno. La encuesta consta de 46 preguntas de las cuales se retiraron 4 por que no lo entendían claramente la pregunta por lo cual fueron retirados y solo quedaron 42 las que fueron mejorados y aclarados. La confiabilidad se obtuvo mediante el procedimiento de **Alfa de Crombrach** presentando un puntaje de **0.86** lo cual nos indica que es altamente confiable (**Anexo N° 03**)

#### **5.4.3.- Calificación del Instrumento**

Para describir el cuidado y protección que la familia brinda al Adulto Mayor asistente al Puesto de Salud Habitación Humanity, cuya escala de intervalo es la siguiente:

- a.- 3 puntos: Equivalente a un siempre cumple.
- b.- 2 puntos: Indica que a veces cumple.
- c.- 1 puntos: Cuando no cumple.

La calificación fue si cumple la familia en brindar cuidado y protección al Adulto Mayor de dicho Puesto de Salud se determinó sumando el total de puntos obtenidos que hacen un total de 126 puntos, los que fueron comparados con la siguiente tabla de calificación:

- La familia siempre cumple con brindar cuidado y protección con una puntuación de 126
- La familia a veces cumple con brindar cuidado y protección con una puntuación de 84
- La familia no cumple con brindar cuidado y protección con una puntuación de 42

### **5.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para llegar a la meta de nuestros objetivos se realizó las siguientes actividades:

#### **a.- Coordinación:**

- Se realizó coordinaciones con la señora Decana de la facultad de Enfermería para dar inicio a los trámites correspondientes para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- Se solicitó una carta de presentación a decanatura de la facultad de enfermería, para que se den las facilidades en la ejecución del trabajo de investigación en el Puesto de Salud Habilidad Humanity.
- Se realizó la coordinación, con el jefe del puesto de salud, para informarles sobre el objetivo del estudio y se obtuvo la autorización respectiva a través de la carta de presentación, para poder realizar la encuesta a las familias cuidadoras de adultos mayores.
- Se realizó la coordinación con la enfermera encargada del programa del adulto mayor, del Puesto de Salud Habilidad Humanity. dándole a conocer la finalidad del trabajo de investigación, quienes autorizaron la ejecución del presente estudio de investigación.
- Luego con los cuidadores familiares de los Adultos Mayores inscritos y asistentes al programa del Adulto Mayor del Puesto de Salud Habilidad Humanity. Indicándoles el motivo de la investigación. Quienes aceptaron casi en su totalidad.

**b.- Recopilación de datos:**

- Una vez obtenida la autorización del jefe del Puesto de salud, familia, se prosiguió con la aplicación de la encuesta a cada uno de los cuidadores familiares mediante el cuestionario con la finalidad de obtener información visitando casa por casa en compañía de una compañera de estudios por motivos de seguridad debido que en el lugar abundan los perros.
- Una vez en contacto directo con el familiar, se le dio a conocer la importancia y utilidad del estudio, quienes aceptaron participar en la investigación, de forma inmediata.
- La encuesta se aplicó según disponibilidad de tiempo y el lugar que los cuidadores familiares asignaron su hogar, ya que algunos disponían de tiempo en las mañanas y otros en las tardes, otros solo domingos, por ello se adecuó al horario de los mismos.
- La aplicación de la encuesta tuvo una duración de 45 a 60 minutos aproximado por cada familiar, ya que los encuestados fueron hijas, hijos, nueras, nietas, yernos.
- Al finalizar la encuesta se agradeció a cada cuidador familiar por la disposición y apoyo prestado, para obtener los resultados de la presente investigación.
- Obtenido los datos se procedió con el conteo, selección y codificación de los instrumentos, según cada variable, y se procesaron los datos para su respectivo análisis y discusión.
- Es necesario mencionar las dificultades y limitaciones en la obtención de datos es decir encontrar al familiar disponible y tomarse una foto es complicado ya que no quieren hacerse sacar fotografías.

**5.6.- PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS****5.6.1. PLAN DE TABULACIÓN**

Después de la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- Se realizó la enumeración de los instrumentos.
- Se revisó y verificó que todas las encuestas estuviesen marcadas.
- Se procedió a la clasificación de indicadores para clasificar los resultados.
- Se realizó la sistematización de la información en la extensión de base de datos.
- Se realizó la tabulación manual de datos.
- Se procedió a la elaboración de los cuadros estadísticos.



### 5.6.2. Análisis de datos

Luego de la ejecución y tabulación de los datos se procedió a realizar lo siguiente:

Se realizó la cuantificación de cada variable a través del programa estadístico EXCEL 2010, ejecutable para el cálculo de:

El análisis de la información se realizó haciendo el uso de la estadística descriptiva porcentual.

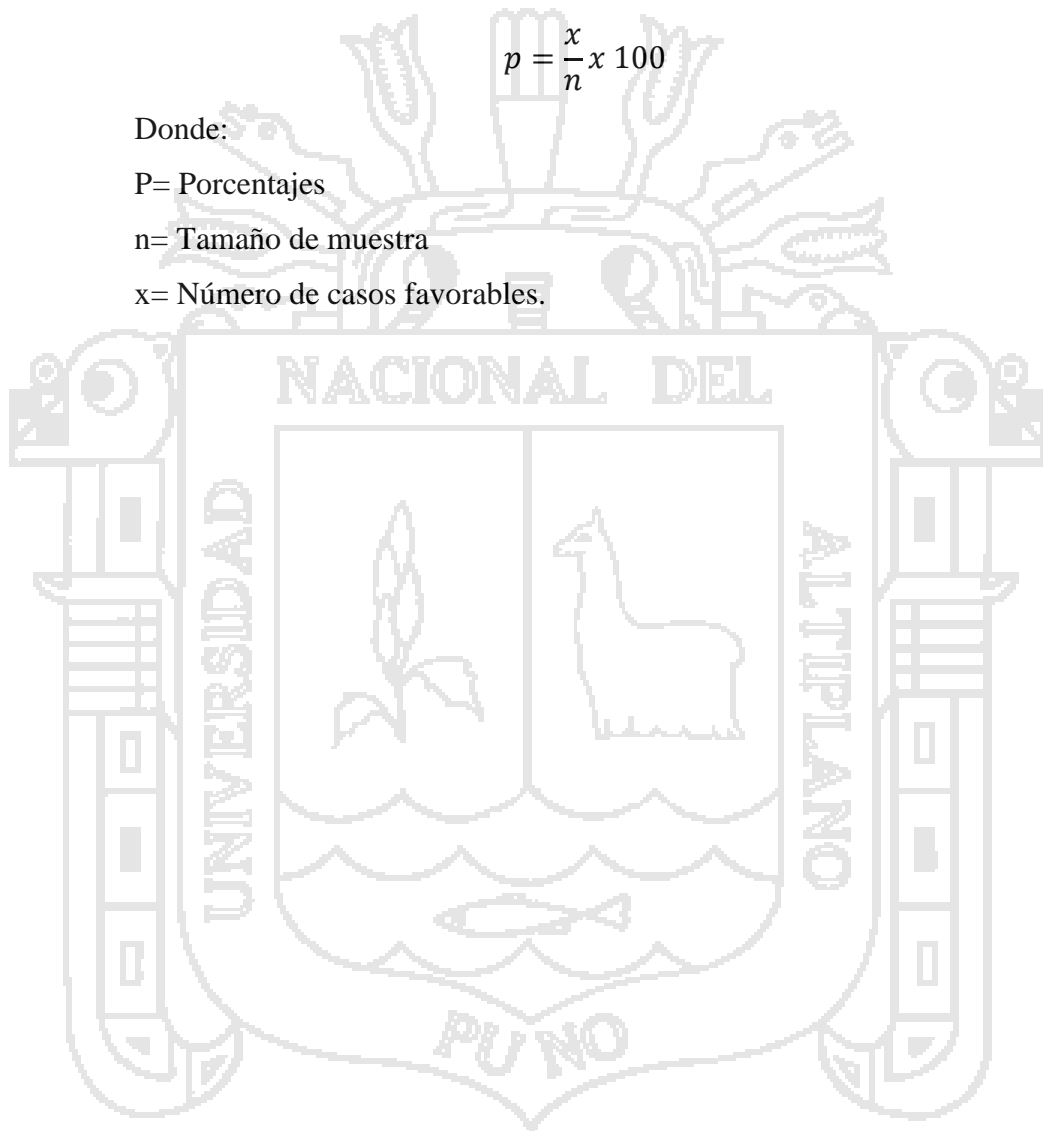
$$p = \frac{x}{n} \times 100$$

Donde:

P= Porcentajes

n= Tamaño de muestra

x= Número de casos favorables.



## VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1

**CUIDADO Y PROTECCIÓN QUE LA FAMILIA BRINDA AL ADULTO MAYOR ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.**

VALORACION SEGUN LAS ESCALAS	La Satisfacción de las Necesidades Fisiológicas								La Satisfacción de las Necesidades de Seguridad y Estabilidad				La Satisfacción de las Necesidades de Aprecio y Reconocimiento			
	Necesidad de Alimentación		Necesidad de Sueño y Descanso,		Necesidad de Higiene y Vestido		Necesidad de Actividad Física		Necesidad de Seguridad Física y Emocional		Necesidad de Seguridad Económica y Costumbres		Necesidad de Comunicación y Recreación		Necesidad de Relaciones Sociales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIEMPRE CUMPLE	234	18.7	150	33.3	102	28.3	141	52.2	159	44.2	159	35.3	156	43.3	60	22.2
A VECES CUMPLE	495	39.3	174	38.7	126	35	75	27.8	117	32.5	132	29.4	90	25	111	41.1
NO CUMPLE	531	42	126	28	132	36.7	54	20	84	23.3	159	35.3	114	31.7	99	36.7
TOTAL	1260	100	450	100	360	100	270	100	360	100	450	100	360	100	270	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe el cuidado y protección que la familia brinda al adulto mayor asistente al puesto de salud habitad humanity. El 42% de las familias no cumplen en satisfacer la necesidad de alimento de los adultos mayores con todo los requerimientos nutricionales para esta edad; el 39.3% a veces cumplen y solo el 18.7% siempre cumplen. En la necesidad de sueño y descanso el 38.7% a veces cumple con ayudar a satisfacer esta necesidad en el adulto mayor, el 33.3% siempre cumple y un 28% no cumplen. Además en las necesidades de higiene y vestido un 36.7% no cumple en la satisfacción de esta necesidad, el 35% a veces cumple y un 28.3% siempre cumplen. Finalmente en la necesidad de actividad física el 52.2% siempre cumple en ayudar a satisfacer esta necesidad, el 27.8% a veces cumple y un 20% no cumple. En la Satisfacción de las Necesidades de Seguridad y Estabilidad se ha evidenciado que en la Necesidad de seguridad física y emocional un 44.2% siempre cumplen en satisfacer, pero un 32.5% a veces cumple y un 23.3% no cumplen. En la necesidad de seguridad económica y costumbres un 35.3% siempre cumplen y no cumplen respectivamente, el 29.4% a veces cumple en la satisfacción de esta necesidad, se observó que un tercio le restan importancia a esta necesidad. En cuanto a la Satisfacción de las Necesidades de Aprecio y Reconocimiento se evidencia que en las Necesidades de comunicación y recreación el 43.3% siempre cumple, un 31.7% no cumple con asistir en la satisfacción de esta necesidad. Finalmente en la

Necesidad de Relaciones Sociales el 41.1% de familias afirman que a veces cumplen y un 36.7% no cumplen en ayudar a satisfacer esta necesidad.

Lara (2012), en su investigación referente al estado nutricional y factores asociados a la malnutrición en el Adulto Mayor, donde se halló una situación nutricional desfavorable; el consumo energético no fue satisfactorio en la mayoría de los ancianos quienes estaban en una situación muy crítica con un 94%, y el 36% de ellos el consumo de proteínas fue deficiente. La ingesta más baja de micronutrientes corresponde en zinc y ácido fólico, hierro, calcio y fibra. Según el índice de masa corporal se reporta el 77% de ancianos malnutridos; 63% por exceso y 14% por déficit. Al respecto Hurtado (2012) afirma que la alimentación que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada, que permitan mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental. Que diariamente se incluyan frutas; verduras; productos lácteos con poca grasa; legumbres; cereales. Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol. Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua. Gracias a ellos, nuestro cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades. Además Bare, Smeltzer (2009) refieren que, el descanso y el sueño son situaciones biológicamente necesarias para la salud del adulto mayor. Ayudan a recuperar la energía consumida durante las actividades de la vida diaria. Donde el patrón de sueño se puede alterar por los cambios del SNC, el deterioro sensorial y las enfermedades crónicas. Seguida por Fernández (2007) refiere que la higiene y el vestido son prácticas que conducen a mantener la salud del cuerpo y de su vestido, elemental para la comodidad y el buen estado del adulto mayor. Finalmente Jovornik (2010) afirma que, las actividades aeróbicas son recomendadas para los adultos mayores, porque son actividades de bajo impacto, y aumentan la frecuencia cardíaca y respiratoria por períodos prolongados, incluyen caminar enérgicamente, subir escaleras o cerros, trotar, al menos 30 minutos de actividad, entre moderada y enérgica, todos los días de la semana, o la mayor parte de ellos y debe aumentarse gradualmente, El hacer menos de 10 minutos de ejercicio a la vez no brindará los beneficios cardiovasculares y respiratorios deseados.

Por los resultados encontrados en el estudio se puede asegurar que la satisfacción de las necesidades es tan importante en cada etapa de la vida y muy en especial en la etapa de la vejez para garantizar una calidad de vida a los adultos mayores por lo tanto el estudio demuestra que principalmente en la necesidad de alimento las familias no cumplen en casi el 50% en la satisfacción de esta necesidad, considerando que una alimentación con los requerimientos necesarios contribuye a una mejor calidad de vida. Referente a la necesidad de sueño y descanso casi un tercio de las familias demostraron cierto grado de descuido en la satisfacción de esta necesidad. En la necesidad de higiene y vestido se observó descuido en los adultos mayores en lo que respecta a la satisfacción de esta necesidad y un cierto porcentaje estaban cuidados. En la actividad física las familias demostraron un regular compartimiento. En la seguridad física y emocional se puede dar un calificativo de cierto descuido en la satisfacción de esta necesidad. En la seguridad económica y costumbres el estudio refleja que las familias restan importancia a la satisfacción de esta necesidad. En la comunicación y recreación una tercera parte de las familias no cumplen con esta necesidad. Finalmente en las relaciones sociales se encuentra un cierto grado de descuido a los adultos mayores.

CUADRO 2

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN, DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		73 TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Frecuencia de comidas durante el día.	21	70	9	30	0	0	30	100
Frecuencia de consumo de frutas ricos en fibra al día.	4	13,3	12	40	14	46,7	30	100
Frecuencia de consumo de verduras ricos en fibra, al día.	1	3,3	21	70	8	26,7	30	100
Frecuencia de consumo de cereales ricos en fibra a la semana	7	23,3	14	46,7	9	30	30	100
Frecuencia de consumo de legumbres ricos en fibra, a la semana	3	10	8	26,7	19	63,3	30	100
Frecuencia de consumo de productos lácteos y derivados ricos en calcio, al día.	3	10	14	46,7	13	43,3	30	100
Frecuencia de consumo de carnes blancas a la semana.	6	20	21	70	3	10	30	100
Frecuencia de consumo de carnes rojas, a la semana.	7	23,3	20	66,7	3	10	30	100
Frecuencia de consumo de huevos por semana.	5	16,7	13	43,3	12	40	30	100
Frecuencia de consumo de grasas mono insaturados, al día	0	0	5	16,7	25	83,3	30	100
Frecuencia de consumo de grasas poli insaturadas, al día.	0	0	3	10	27	90	30	100
Frecuencia de consumo de grasas saturadas, por semana.	2	6,6	12	40	16	53,4	30	100
Cantidad de sal que consume diariamente.	14	46,6	8	26,7	8	26,7	30	100
Cantidad de vasos de agua que consume al día.	5	16,7	5	16,7	20	66,6	30	100

FUENTE: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la satisfacción de las necesidades de alimentación del adulto mayor el que se detalla, por orden de importancia para su salud: el 70%, 66.7%, 43.3%, y 46.7% corresponden a los alimentos de origen animal y vegetal preparados por la familia los que aportan proteínas, con una frecuencia de a veces; el 70% de las familias a veces incluye en los alimentos verduras ricos en fibra, pero un 46.7% de las familias no brinda frutas a diario, seguido de un 83.3% y el 90% de las familias no brindan grasa mono y poliinsaturados a diario, pero el 53.4% de ellas brindan de 3 a más veces a la semana grasas saturadas, además un 46.6% de las mismas cumplen en brindar en los alimentos menos de una cucharadita de sal en sus comidas y finalmente el 66.6% de las familias afirman que el adulto mayor solo toma de 1 a 2 vaso de agua al día y el 70% siempre cumplen las comidas en 3 veces al día.

Lagos (2008), en su investigación referente al manejo de hábitos alimentarios el 69% de los ancianos presentaban hábitos muy saludables por que ingieren proteínas de alto valor biológico.

Así mismo Cabrerizo (2009) y la FAO (2010), manifiestan que los alimentos de origen animal como carnes, pollo, pescados, huevos y leche, son las mejores fuentes de proteínas debido a su alta digestibilidad y composición de aminoácidos los que se recomienda consumir tres veces a la semana, por ser nutrientes cardioprotectores del adulto mayor. En especial las carnes blancas, lo mismo afirma GONZALES (2009).

Estos hallazgos son respuesta a los encontrados en el estudio donde la familia para el completo mantenimiento proteico cumple con ofrecer proteínas de alto valor biológico que son las de origen animal.

Referente a alimentos ricos en calcio, conforme aumenta la edad el apetito y los requerimientos calóricos disminuyen pero los requerimientos de minerales no cambian en esta edad, los resultados reflejan en el rubro a veces consumen, esto detalla que no aportan el requerimiento adecuado del citado nutriente, pero es preocupante que un 43.3% no cumpla: explicando que una taza de leche descremada u 8 onzas aporta 290mg de calcio y el queso de leche entera ½ taza aporta 257mg de calcio, el yogurt natural descremado 1 taza aporta 300mg de calcio. Al respecto OMS (2009) y el Centro Médico de la Universidad de Maryland (2010), recomiendan consumir 2 a 3 tazas de leche o yogurt diarios, el que aportan el calcio que necesita el adulto mayor, y referente a lácteos, 1,000mg a 1200 mg al día, y el consumo mínimo debe ser de 400mg diarios el que equivale a 1 vaso de leche descremada. Alimentos ricos en vitamina D y calcio, ayudan a prevenir la osteoporosis.

Por tal razón los resultados del estudio reflejan que la familia en consecuencia ofrece a veces alimentos que contienen calcio, por lo que no se ofrece en cantidades recomendadas por la OMS y la universidad de Maryland.

-Referente a alimentos ricos en fibra: los adultos mayores presentan una menor acidez gástrica, un retardo en el vaciamiento intestinal y una motilidad disminuida, pero los requerimientos de fibra no cambian en el adulto mayor, el estudio refleja que la familia no cumple con brindar alimentos ricos en fibra soluble (frutas, verduras, legumbres), a diario; pero en el rubro a veces posiblemente ofrecen alimentos que tienen fibra insoluble (cereales completos). Al respecto la OMS (2010), recomienda que debe consumir entre 25 y 30 gramos de fibra al día. Por otro lado Serra (2008), afirma que el consumo de frutas debe ser todos los días, entre 2 a 3 frutas, debido a que aseguran los niveles adecuados de líquido en el organismo, evitando la

deshidratación, lo que ayuda a prolongar la vida a través del buen funcionamiento del aparato digestivo, y aportan la mayor cantidad de fibra soluble que protegen los tejidos y las células del cuerpo. Navarro (2009), refiere que, el adulto mayor debe consumir verduras todos los días una buena cantidad, de 3 a 5 porciones. Al mismo tiempo la FAO (2009), afirma que la ingesta insuficiente de verduras es uno de los 10 factores de riesgo principales que contribuyen a la mortalidad. Por otro lado MINSA (2007), refiere que las legumbres secas son una fuente rica de fibra soluble. Por ello es que se torna vital para el consumo del adulto mayor a diario de 2 a 4 porciones a la semana de 60 – 80 gr. deben consumir cereales integrales, tales como el centeno, la avena, el maíz, el trigo, la cebada, el arroz integral, los que son alimentos más completos. Además Jones (2012), también afirma que el cereal integral ayuda a mantener la alcalinidad del organismo; es decir, lo libera de la acidez el que favorece la aparición de muchas enfermedades.

Entonces los resultados del estudio confirman que los adultos mayores no consumen los requerimientos necesarios de alimentos ricos en fibra al día, expresado por los autores citados, que opinan que las familias cuidadoras de los adultos mayores deben de tomar mayor interés en incluir en su alimentación diaria la cantidad de fibra necesaria para promover calidad de vida a través del buen funcionamiento del aparato digestivo, manteniendo la alcalinidad del organismo y así evitar el desarrollo de enfermedades crónicas relacionados a la falta de este nutriente y latentes en esta edad.

-Respecto al consumo de grasas: como todos necesitamos un poco de grasa, se recomienda utilizar cantidades pequeñas en la tercera edad porque el gasto energético disminuye; los resultados del estudio en el rubro la familia no cumple en aportar grasas saludables como la mono insaturadas y poli insaturadas a diario, que son el tipo de grasas que requiere el organismo del adulto mayor, mientras las grasas saturadas que son poco saludables se brindan con una frecuencia de 3 a más veces por semana considerando que estas son perjudiciales para la salud del quien las consume. Al respecto Lagos (2008), en su investigación da a conocer que: el 31% de los adultos mayores tienen hábitos poco saludables, por que ingieren grasas saturadas e hidratos de carbono simples de 3 a más veces por semana. Así mismo la OMS (2010) afirma que, las grasas deberían representar entre el 15% y el 30% de la ingesta energética diaria total, se aconseja que aproximadamente la mitad sean grasas mono insaturadas, las que predominan en el aceite de oliva, palta, aceituna, además aportan vitamina E y

otros antioxidantes y las poli insaturadas como el aceite de girasol, el germen de trigo, las nueces, el maíz y la linaza son fuentes ricas en grasas omega 6, recomienda consumirlo de 3 a más veces por día. Estos lípidos ayudan a regular el nivel de colesterol, ya que aumentan el colesterol HDL (bueno), y previenen enfermedades cardiovasculares. Así mismo el MINSA (2007), confirma que, los alimentos ricos en grasas saludables son necesarios porque aportan los ácidos grasos esenciales, que el cuerpo no es capaz de sintetizar. Necesitamos ingerirlo; recomienda consumir omega 3 a través del pescado al menos dos veces por semana en especial pescados grasos como es el salmón, caballa, trucha o atún blanco, que aportan omegas 3 el que es beneficioso para prevenir algunas enfermedades inflamatorias y autoinmunes

En consecuencia los resultados del estudio reflejan que la familia no incluye en su alimentación diaria del adulto mayor grasas saludables, como el mono y el poli insaturadas que el organismo es incapaz de producirlos por sí mismo, pero que son tan necesarios para un adecuado funcionamiento, por el contrario la familia protectora ofrece con mayor frecuencia grasas saturadas.

-Referente al consumo de sal: los resultados del estudio en el rubro siempre cumplen con brindar menor de 1 cucharadita de sal en las comidas en su gran mayoría, pero es preocupante que el 26.7% de ellos incluya de 3 a más cucharaditas de sal, considerando que este mineral en cantidades mayores son perjudiciales para el organismo. Al respecto la OMS (2012), refiere que reducir el consumo de cloruro de sodio a los niveles recomendados (< de 1 cucharadita), es decir < 5gr de sal al día, puede prevenir enfermedades crónicas en el adulto mayor. Por otro lado González (2007), refiere que el consumo diario de más de 5 gramos de sal al día está directamente relacionado con la desmineralización de los huesos, y tienen tres veces más posibilidades de sufrir un infarto cerebral.

Los resultados del estudio evidencian que las familias en su gran mayoría cumplen en incluir en sus alimentos del adulto mayor menos de 1 cucharadita de sal, pero una cantidad menor incluye en sus comidas de 3 a más cucharaditas de sal, cantidad perjudicial para la salud del adulto mayor, por ello la familia cuidadora debe encargarse que la alimentación debe contener la cantidad de sal mencionado por los autores citados, y así evitar las enfermedades que pueda ocasionar daños a la salud como lo menciona el Minsa.



-Referente al consumo de agua: los resultados del estudio, muestran que los adultos mayores, no consumen mayor a 1 o 2 vaso de agua al día, teniendo en cuenta que los adultos mayores son más susceptibles de tener problemas asociados con los líquidos y la concentración de electrolitos porque tienen un menor contenido de agua corporal como resultado de su composición corporal y que se caracteriza por una disminución de la masa magra (músculo) y un aumento de grasa corporal; Al respecto OMS (2007), refiere que la deshidratación es un problema frecuente en los ancianos, porque su capacidad homeostática se encuentra disminuida y el peso de los riñones empieza progresivamente a bajar, el número de glomérulos intactos disminuye y el número de glomérulos escleróticos aumenta. Esto genera durante el envejecimiento cambios en la función renal que se produce por reducción en la filtración glomerular, una menor capacidad para concentrar orina, sodio y para excretar grandes cantidades de agua. Es decir, un anciano, necesitará mayor cantidad de agua para excretar igual cantidad de sodio y sustancias de desecho que una persona joven. Por lo anterior Castillo (2013), y Wilson (2007), refieren que debe tomar seis a ocho vasos de agua diariamente para estar sano, ocho vasos de 250ml equivalen a dos litros diarios, en infusiones, jugos diluidos o agua sola, sabiendo que el mejor indicador de una correcta hidratación es la orina. Tanto la frecuencia por ir al baño como (y sobre todo) el color, son indicadores importantes. Un amarillo muy claro es señal de buena hidratación, mientras colores más oscuros son indicadores que deberían avisarnos para beber más.

Por lo citado la familia debe tener en cuenta que el consumo de agua es vital para el buen funcionamiento del organismo del adulto mayor. El estudio evidencia que la familia no le aporta la suficiente cantidad de este elemento referido por los autores citados; en esta edad el mecanismo de la sed está alterado y la función óptima del riñón depende de la cantidad de agua que ingiera el adulto mayor, por ello la familia cuidadora de ellos tiene el deber de cuidar que estos, beban la cantidad de líquido necesaria y estén atentos a los cambios que pueda presentar en esta edad.

-Referente a la frecuencia de comidas al día: la menor sensación en el gusto y olfato reduce las posibilidades de disfrutar de la comida, favoreciendo la menor ingesta de alimentos. Al respecto Bravo (2007), afirma que para mantener la salud del adulto mayor, lo más recomendable es consumir comidas tres a más veces al día y se debe hacer siempre a las mismas horas por los actos condicionados a las secreciones gástricas que se realizan con o sin presencia de alimentos, además debe dejarse el

tiempo suficiente entre comidas para el vaciamiento gástrico y un periodo de reposo. También el MINSA (2007), identifica como factor de riesgo para una mala nutrición, el consumir menos de 2 comidas diarias. Las personas mayores suelen no comer en la noche, sin embargo, es importante mantener siempre una comida liviana al atardecer que evitará un largo período de ayuno y mejorará una serie de funciones metabólicas en el organismo y lo ideal es y siempre será que le den de comer en el comedor, a la hora en que todos comen, para favorecer su apetito y su convivencia con el resto de la familia.

Por este caso el estudio refleja que la familia casi en su totalidad siempre cumple con brindar por lo menos 3 comidas al día, como lo refieren los autores mencionados.

En consecuencia, los resultados permiten deducir que el cuidado y protección que brinda la familia respecto a la alimentación del adulto mayor, no se llegan a cumplir en su plenitud, con el aporte de proteínas de alto valor biológico y de fácil digestión. Por ello se debe brindar alimentos ricos en calcio para evitar complicaciones en relación a la fragilidad de este, y nunca debe de faltar en su alimentación diaria el aporte de alimentos ricos en fibra para el aporte suficiente y así mantener el buen funcionamiento del aparato digestivo. El consumo de sal es adecuado menos de 5gr. para mantener y evitar enfermedades relacionadas a la hipertensión, además siempre se debe consumir líquidos de 6 a 8 vasos diarios porque el funcionamiento del riñón depende de ello y evitar la deshidratación, complicación del estreñimiento, finalmente siempre ofrecer 3 comidas mínimamente al día.

**CUADRO 3**

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO AL SUEÑO Y DESCANSO, DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Horas de sueño	11	36,7	15	50	4	13,3	30	100
Frecuencia de siesta al día	15	50	5	16,7	10	33,3	30	100
Frecuencia de dormir bien y levantarse descansado	10	33,3	15	50	5	16,7	30	100
Frecuencia con la que le cuesta trabajo quedarse dormido.	7	23,3	12	40	11	36,7	30	100
Frecuencia con la que se despierta en varias ocasiones durante la noche	7	23,3	11	36,7	12	40	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la satisfacción de la necesidad de sueño y descanso del adulto mayor, el que se detalla: el 50% de las familias afirman que el adulto mayor solo duerme de 3 a 5 horas diarios, seguido de un 50% de familias que confirman que el adulto mayor no duerme en el transcurso del día. Así mismo el 50% de las familias manifiestan que a veces el adulto mayor duerme bien y se levanta descansado y el 40% de las familias manifiestan que a veces les cuesta trabajo quedarse dormido, y finalmente el 40% de las familias manifiestan que el adulto mayor se despierta de 3 a 4 veces durante la noche.

Por los resultados obtenidos cabe señalar que el sueño y el descanso en el adulto mayor se asocian con un descenso en la calidad y cantidad de sueño, que se experimenta en esta edad es debido a las alteraciones fisiológicas, psicosociales y enfermedades adquiridas, propias de esta edad. Juntos conllevan a un alto riesgo de padecer trastornos del sueño como es el insomnio, los que se reflejan en a veces y nunca, porque las familias afirman que estos, presentan incapacidad para mantener el sueño mayor a 5 horas, les cuesta trabajo iniciar o conciliar el sueño, afirman frecuentes despertares durante la noche y

Finalmente a veces duermen bien y se levantan descansados, considerando que el sueño es sin duda un excelente indicador del estado de salud en este caso.

Al respecto López (2012), refiere que, el insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en el anciano, Así mismo Chokroverty (2005), afirma que el insomnio geriátrico, está asociado a determinados factores ambientales (luz, ruido, temperatura, etc.), factores físicos relacionados con la salud (alimentación, edad, práctica de ejercicio físico y enfermedad), y factores psicológicos (ansiedad, depresión, estrés.), que impiden una adecuada calidad y cantidad del sueño.

La OPS (2011), refiere que, el adulto mayor necesita descansar menos que una persona joven, ya que su actividad física es menor y su metabolismo del organismo ya no es tan activo como en etapas anteriores, los límites oscilan entre 5 a 8 horas nocturnas, depende de cada caso particular, aunque se desconoce con exactitud que exigencias de sueño tiene el organismo. La OMS (2010), revela que el descanso u el sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable.

Finalmente los trastornos del sueño en el adulto mayor como es el insomnio geriátrico es una condición tratable mediante técnicas conductuales y cognitivas, que constituyen alternativas interesantes que pueden ser aplicados en diversos contextos, por su sistematicidad y simplicidad, para mejorar la calidad y cantidad de sueño y descanso.

-Referente a la frecuencia de siestas diurnas, que consiste en descansar unos minutos no mayor a 30min, ya sea después de haber tomado el almuerzo, con el propósito de reunir energías para el resto del día, tal como refleja los resultados del estudio; el 33.3% de familias citado en el rubro no cumple, manifiestan que el adulto mayor descansa de 2 a 3 horas en el transcurso del día. Al respecto Fernández (2010), afirma que, está demostrado científicamente que una siesta de no más de 30 minutos, mejora la salud en general y la circulación sanguínea y previene el agobio, la presión o el estrés. Además, favorece la memoria y los mecanismos de aprendizaje. Así mismo afirma que una siesta mayor a 30minutos puede trastocar el reloj biológico natural y causar insomnio por la noche.

Al respecto los resultados del estudio reflejan que el cuidado y protección que brinda la familia respecto a la necesidad de sueño y descanso, no se cumple en su plenitud, y los resultados son similares a lo afirmado por: Lopez, Chokroverty. Quienes afirman

que los adultos mayores en su gran mayoría presentan el insomnio geriátrico que es un trastorno de sueño, y la familia cuidadora debe considerar la higiene del sueño como primera estrategia preventiva.



CUADRO 4

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO A LA HIGIENE Y VESTIDO, DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO -2014.**

NECESIDAD DE HIGIENE Y VESTIDO	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frecuencia con la que Permanece junto al anciano cuando se viste.	5	16.7	11	36.7	14	46.6	30	100
Frecuencia con la que le proporciona materiales para la higiene bucal (cepillo, pasta dental)	8	26.7	7	23.3	15	50	30	100
Frecuencia con la que mantiene al anciano en buen estado de higiene y apariencia.	15	50	12	40	3	10	30	100
Frecuencia con la que acompaña y supervisa al anciano en el momento de la higiene corporal.	6	20	12	43.3	12	36	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la satisfacción de la necesidad de higiene y vestido del adulto mayor que brinda la familia, el que se detalla: el 46.6% de las familias no cumple con permanecer junto al anciano cuando se viste, de igual forma el 50% de las familias no cumple con proporcionarle materiales para la higiene bucal (cepillo, pasta dental), seguida por un 50% de las familias que siempre cumplen con mantener al anciano en buen estado de higiene y apariencia. Pero un 10% no cumple con lo expresado. Mientras que un 43.3% de las familias a veces cumple con acompañar y supervisar al anciano en el momento de la higiene corporal, y un 36% no cumple.

Al respecto Mendoza (2007), en su investigación referente a las actividades de la vida diaria más comprometidas fueron bañarse con un 44.5% de los adultos mayores; vestirse, un 39% e ir al baño un 36.5%.

La necesidad del vestido en el adulto mayor se asocia a las prácticas indispensables para el buen estado de salud, tal como refleja los resultados del estudio antes citado en el rubro no cumple en su gran mayoría, con permanecer, ofrecer ayuda necesaria para vestirse y/o desvestirse y un 36.7% a veces cumple, considerando que, a esta edad

suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, disminución de la movilidad de los brazos que necesariamente conllevan a pedir ayuda, por ello. Rueda (2009), refiere que, la familia cuidadora, tiene el deber de proporcionar prendas de vestir limpias y brindan ayuda necesaria para vestirse y/o desvestirse, los procedimientos de extraer y colocar la ropa dependerán de las posibilidades funcionales del adulto mayor, sabiendo que hay factores que influyen en esta necesidad, tales como la edad, incapacidad en el acto manipulativo de vestirse y desvestirse, y la incapacidad para mantener la higiene del vestido. Alcalá (2006), refiere que la familia es medio aprovisionador total del adulto mayor, debe de hacer todo lo que el adulto mayor es incapaz de realizar por sí mismo, porque son las personas idóneas con compromiso, interacción, directa con el adulto mayor en el hogar, asumen la responsabilidad del bienestar y la atención de sus necesidades básicas.

Para este caso los resultados del estudio reflejan que las familias cuidadoras no cumplen casi en su totalidad con brindar ayuda necesaria para vestirse y/o desvestirse, por ello no se cumple con lo expresado por Rueda y Alcalá, quienes opinan la importancia de la familia en esta etapa.

Referente a la necesidad de higiene, los resultados del estudio reflejan buen estado de higiene y apariencia al adulto mayor, pero preocupa que un 10% no cumpla con lo expresado, además un 36% no cumplen con acompañar y supervisar al anciano en el momento de la higiene corporal, considerando que, en esta edad las capacidades físicas se encuentran disminuidas. Al respecto Becker (2010), y Phillips (2007), afirman que un cuerpo aseado, y tener una apariencia cuidada, es una actividad que consiste en fomentar limpieza, bienestar, y al frotar la piel con un paño o jabón, aumenta la circulación sanguínea y estimula el crecimiento de nuevas células de la piel.

Los resultados del estudio confirman que, las familias a veces y no cumplen con mantener al adulto mayor en buen estado de higiene y apariencia, a veces acompañan y supervisan en el momento de la higiene corporal, entonces no se cumple con lo expresado por Becker, Koniak, Phillips, quienes afirman que la familia cuidadora tiene el deber de apoyar y supervisar durante la higiene corporal, para que la limpieza sea más efectiva, y tener una apariencia cuidada, para el bienestar general del mismo.

En relación a materiales para la higiene bucal. Callejas (2012), refiere que, los materiales para la higiene bucal como el cepillo y la pasta dental después de cada

comida, son esenciales para prevenir caries e infecciones en las encías debido a la colonización de microbios destructores del calcio y pérdida se recomienda cambiarlo cada 3 meses para mantenerlo en buen estado. Debe realizarse al menos una visita al dentista al año, y el consumo de alimentos ricos en calcio, hace que los dientes del adulto mayor sean más resistentes a la infecciones. Al mismo tiempo Gamble (2006), afirma que, los cuidados preventivos diarios, más importantes que la familia puede hacer es proporcionar materiales para la higiene bucal como el cepillado y uso de pasta dental, que eviten problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

Estos hallazgos son respuesta a los encontrados en el estudio donde la familia en su gran mayoría no cumple con brindar materiales para la higiene bucal, teniendo en cuenta lo expresado por Callejas, quien refiere que la mejor manera de prevenir caries e infecciones dentales es a través de la higiene bucal, por ello la familia cuidadora debe proporcionar materiales esenciales como el cepillo y la pasta dental, porque dan un buen aspecto al adulto mayor referido por Gamble.

En consecuencia, los resultados del estudio permiten confirmar que el cuidado y protección que brinda la familia respecto a la necesidad de higiene y vestido del adulto mayor, no se cumplen en su plenitud, porque no brindan ayuda requerida en esta edad.



## CUADRO 5

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Duración de caminatas por día	19	63.4	7	23.3	4	13.3	30	100
Frecuencia de caminatas por semana.	21	70	8	26.7	1	3.3	30	100
Frecuencia en subir/bajar escaleras.	7	23.3	10	33.3	13	43.4	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la necesidad de actividad física del adulto mayor que brinda la familia, el que se detalla: el 63.4%, de las familias manifiestan que el adulto mayor realiza caminatas con una duración de más de 30 min por día, pero cabe señalar que un 13.3% no realiza caminatas mayor a 10min durante el día, y seguida por un 70% de las familias afirman que siempre cumplen con la frecuencia de caminatas por semana es de 3 a más veces, pero un 26.7% que a veces lo cumplen menor a 2 veces por semana. Mientras que un 43.4% de familias manifiestan que nunca suben ni bajan escaleras los adultos mayores, pero un 23.3% siempre suben/bajan escaleras.

Los resultados obtenidos difieren con los resultados de Lagos (2008), el que da a conocer los resultados: referente a la práctica de actividad física de los adultos mayores de 65 años, en el que un 6,73% practican actividad física y recreativa, 47,1% tienen deficiencias en realizar y el 46.2% tenían practicas deficientes en dos o más conductas y que el principal problema está relacionado con la actividad física.

Como se sabe la actividad física en el adulto mayor, es de vital importancia para la prevención de enfermedades crónicas degenerativas, porque a lo largo de los años se van perdiendo musculo, así como otras reservas y funciones; tales como: patrón de la

marcha, inestabilidad, postura encorvada, disminución de la movilidad de los brazos, juntos conllevan a depender, y requieren ayuda; preocupa que un 13.3% y el 26.7% solo realiza caminatas menor a 10min por día, con una frecuencia menor a 2 veces por semana, además la mayoría de ellos, no suben o bajan escaleras porque tienen dificultad al hacerlo. Al respecto Alcántara (2005), refiere que, la actividad física debe ser considerada como una estrategia de salud preventiva, y ser incorporada desde temprana edad; la intención es evitar un acelerado proceso de deterioro de sus funciones y capacidades para prevenir la morbilidad y mortalidad de este grupo. Así mismo García (2006), afirma que, la actividad física en la edad avanzada aumenta la fuerza muscular, el equilibrio, la flexibilidad de las articulaciones y la coordinación física en general.

Por otro lado Heath (2010), señala los beneficios psíquicos, que produce la actividad física los cuales son invaluable para afrontar esta etapa de la vida, en la cual el adulto mayor tiende a sentir un menoscabo de su valía como persona, y que puede ocasionar enfermedades depresivas, deficiencia inmunológica e incluso la muerte. De igual forma Matsudo (2006) confirma que, existen alteraciones en las funciones cognitivas de los ancianos que realizan actividad física regular. Estas evidencias sugieren que el proceso cognitivo es más rápido y más eficiente en adultos mayores físicamente activos por mecanismos directos: mejora de la circulación cerebral. Así mismo Gaviria (2008), refiere que, la falta de ejercicio corporal hace que la calidad de vida se degrade paulatinamente. De ahí la necesidad del ejercicio, el deporte, de forma regular. Por consiguiente Anderson (2006), refiere que caminar, es el mejor ejercicio, para el cuerpo del adulto mayor, indispensable porque no tensa las coyunturas y los ligamentos y proporciona excelentes beneficios para la salud.

En consecuencia los resultados del estudio reflejan que la gran mayoría de adultos mayores realizan actividades físicas moderadas, resultados similares a los recomendados por Anderson. Pero cierta cantidad de ellos no los cumplen con el requerimiento mínimo de caminata durante 30 minutos diarios y 3 veces por semana, y las familias cuidadoras deben motivar, fomentar la adopción de estilos de vida saludable a través de la práctica regular y organizada.

CUADRO 6

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD CON RESPECTO A LA SEGURIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL, DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE SEGURIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frecuencia con la que promueve controles médicos periódicos al año.	8	26.7	9	30	13	43.3	30	100
Frecuencia con la que ayuda al uso del transporte público.	7	23.3	14	46.7	9	30	30	100
Frecuencia con la que proporciona afecto, cariño y amabilidad en todo momento.	15	50	12	40	3	10	30	100
Habilita una habitación individualizada al adulto mayor	23	76.7	4	13.3	3	10	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la necesidad de seguridad física y emocional que el recibe por parte de la familia: el 43.3% de las familias no cumplen con promover controles médicos periódicos al año, pero un 30% de los mismos a veces promueven controles médicos por lo menos 1 vez. Además un 46.7% de familias que a veces cumple en brindar ayuda al uso del transporte público, seguida por un 30% no cumple con lo indicado. Mientras que un 50% de las familias siempre cumplen con brindar, afecto, cariño y amabilidad en todo momento, pero un 10% de las familias no muestra ningún tipo de afecto hacia ellos. Finalmente un 76.7% de las familias siempre cumple con Proporcionar una habitación individualizada al adulto mayor, seguida por un 13.3% de los mismos comparte habitación con algún otro familiar.

En lo referente a la necesidad de seguridad física, la gran mayoría de las familias no se preocupan por el bienestar y ofrecer medios de prevención de enfermedades propios en la tercera edad.

Al respecto, ENAHO (2007), en su investigación da a conocer que el 58,6% de este grupo poblacional no busque atención medica por diversas razones como falta de tiempo, dinero, por auto medicación, por no tener seguro social, no cuentan con

alguien que se encargue de acompañarles. Además Mosbi (2006), afirma que, el 21% de los españoles mayores de 65 años presentan dificultades para desplazarse fuera del hogar como el hacer uso de los medios de transporte público.

Por otro lado Donoso (2007), afirma que si el adulto mayor se siente bien, debe acudir al médico para prevenir o detectar precozmente enfermedades, a través de chequeos regulares. De igual forma Harman (2009), confirma que, como consecuencia del envejecimiento, al adulto mayor le resulta difícil llevar a cabo ciertas tareas antes rutinarias, como el uso de los medios de transporte público, el desplazamiento fuera del hogar. Por este motivo, la familia tiene la obligación de ofrecer la ayuda requerida para el uso de los medios de transporte.

Por ello la familia cuidadora de esta edad tiene el deber de acompañar, promover, mostrar interés, motivar y sobre todo brindar ayuda cuando ellos lo necesiten, y es evidente que algunas familias a veces brindan ayuda al uso del transporte público, pero 1/3 de familias no cumplen con ofrecer la ayuda requerida del mismo; Harman, refiere que la familia cuidadora es la primera instancia para poder brindar todo tipo de ayuda requerida por el adulto mayor.

-Referente a la necesidad de seguridad emocional, los resultados del estudio, la mayoría siempre cumple con proporcionar afecto, cariño y amabilidad en todo momento, pero preocupa que un 40%, a veces cumpla y un 10% no cumpla con mostrar afecto, además la mayoría de las familias siempre habilita una habitación individual, seguida de un 13.3% comparte habitación y un 10% están alojados en la casa de los hijos. Situación que podría favorecer a que sufra alguna alteración en su autoestima y su entusiasmo, consecuencia del deterioro físico, por ello es necesario dar un sentido de pertenencia al adulto mayor. Al respecto Venegas (2006), refiere que, en esta edad es mayor la necesidad de recibir afecto, cariño y un trato amable en todo momento. Así se logra que el adulto mayor tenga mayor seguridad y confianza. Por eso Hall (2009), afirma que, los adultos mayores son especialmente susceptibles a desordenes psicológicos como la ansiedad, depresión, soledad y el aislamiento; porque disminuyen o cesan muchas relaciones, los hijos se hacen mayores, las relaciones laborales finalizan, familiares y amigos mueren. Por lo tanto, es importante considerar cómo se pueden preservar las relaciones con los hijos.

El estudio evidencia que en su gran mayoría la familia, brinda afecto, cariño, amabilidad, pero una mínima cantidad de ellos no demuestra ningún tipo de afecto. La familia cumple en su gran mayoría con habilitar una habitación individual, pero algunos comparten habitación o están alojados, entonces se presume que falta reflexionar, sobre esta situación,

En consecuencia, los resultados permiten deducir que el cuidado y protección que brinda la familia respecto a la necesidad de seguridad física y emocional no se llegan a cumplir satisfactoriamente.



CUADRO 7

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD CON RESPECTO A LA SEGURIDAD ECONÓMICA Y COSTUMBRES DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE SEGURIDAD ECONOMICA Y COSTUMBRES	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiene disponibilidad económica	11	36.7	10	33.3	9	30	30	100
Tipo de bienes materiales con la que cuenta	16	53.3	2	6.7	12	40	30	100
Capacidad para el manejo de dinero y pertenencias.	6	20	13	43.3	11	36.7	30	100
Promueve y permite la práctica de sus costumbres y valores (pago a la tierra).	15	50	10	33.3	5	16.7	30	100
Proporciona objetos y/o textos religiosos	5	16.7	9	30	16	53.3	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la necesidad de seguridad económica y costumbres del adulto mayor que brinda la familia, el que se detalla: el 36.7% de las familias siempre cumplen en ofrecer apoyo económico, pero un 30% no cumple con el apoyo económico. Seguida de un 53.3% de las familias manifiestan que aun cuenta con bienes materiales como casa y/o terrenos, pero un 40% no dispone de ningún tipo de bienes materiales. Así mismo un 43.3% de las familias afirman que el adulto mayor a veces pide ayuda para el manejo de dinero y pertenencias, pero un 36.7% de los mismos refiere que es dependiente con respecto al manejo del mismo, y siempre cumplen las familias con promover y permiten la práctica de sus costumbres en un 50%, y un 33.3% a veces promueven lo afirmado. Finalmente un 53.3% de las familias no cumplen con proporcionar objetos y/o textos religiosos.

Por los resultados obtenidos cabe señalar que el adulto mayor como ser social tiene la necesidad de contar con la disponibilidad económica, bienes materiales, pero debido que a medida que avanza la edad el adulto mayor, requiere asistencia que compense las limitaciones propios del envejecimiento y la posible disminución de ingreso económico y capacidad para el manejo de los mismos. Juntos conllevan a un riesgo de dependencia, tal como refleja los resultados del estudio; en el rubro a veces reciben

apoyo económico, de parte de los hijos, pero un 30% no recibe ningún apoyo. Además una cierta cantidad de ellos no cuenta con bienes materiales a su disposición como se refleja en el rubro no cumple, y la mayoría de ellos necesitan ayuda y otros son dependientes con el manejo de dinero y pertenencias, como se puede apreciar en los rubros a veces y no cumplen. Considerando que, daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida del adulto mayor. Al respecto Jodelet (2009), refiere que la responsabilidad de la familia es garantizar el derecho, de contar con disponibilidad económica para satisfacer sus necesidades más inmediatas, como elemento protector de la calidad de vida del adulto mayor. Así mismo Masdeu (2010), afirma que, el adulto mayor puede perder, ingresos, y posesiones materiales, debido a las limitaciones propias del envejecimiento y la pérdida de habilidades, si esta situación ocurre es muy factible que se originen periodos de soledad y aislamiento, depresión, frustración y sensación de malestar general.

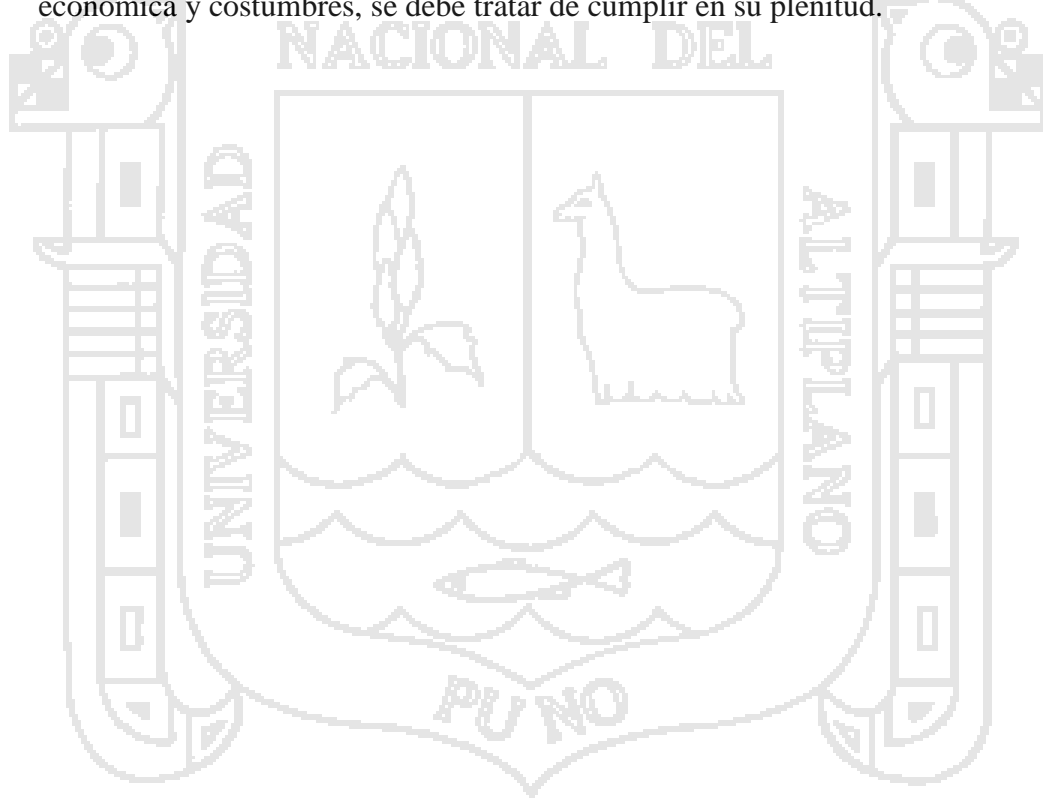
Por otro lado Madrigal (2010), confirma que, para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia.

Estos hallazgos son respuesta a los encontrados en el estudio donde la familia en consecuencia no llegan a brindar apoyo económico en su totalidad, tampoco una cierta cantidad de adultos mayores tiene a su disposición bienes materiales y en su gran mayoría necesitan ayuda para el manejo de dinero y pertenencias, expuesto por los autores citados, quienes opinan que las familias cuidadoras de los adultos mayores tienen la responsabilidad de garantizarle ese derecho de seguridad económica y ofrecer ayuda para planificar y resolver problemas, complejas necesarias para vivir con independencia.

-Referente a la necesidad de promover costumbres, que están presentes en nuestra sociedad; el adulto mayor se encarga de transmitir de generación en generación sus valores, creencias, la religión, en el sentido de apoyo espiritual que da esperanza, y los resultados del estudio en los rubros: a veces y no cumplen las familias con promover y permitir prácticas de sus costumbres y valores, y tampoco no le dan importancia a proporcionar objetos o textos religiosos al adulto mayor, considerando que, la practica sana, puede proporcionar una excelente espiritualidad. Al respecto Cerdas (2013), refiere que, las costumbres están en el seno de la sociedad por ser integradora de todos

los grupos sociales, el adulto mayor, se encarga día a día de mantener vigentes ciertas, costumbres y valores, en el campo espiritual, de cierta manera ellos nos han inculcado sus creencias dentro de ellos el pago a la tierra. Además Conde (2008), afirma que, la práctica religiosa, costumbres sana y bien llevada puede proporcionar al adulto mayor una espiritualidad bien cimentada que lo ayudara a vivir con alegría, paz y generosidad.

Entonces los resultados del estudio confirman que las familias promueven y permiten las prácticas de costumbres de forma regular, pero casi nunca proporcionan objetos o textos religiosos, expresado por los autores citados, quienes opinan que las familias cuidadoras de los adultos mayores deben permitir estas prácticas, como lo refiere Conde, una forma de sobrellevar la vejez sana. El estudio permite deducir que el cuidado y protección que brinda la familia respecto a la necesidad de seguridad económica y costumbres, se debe tratar de cumplir en su plenitud.





CUADRO 8

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO CON RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y RECREACIÓN, DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA, ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y RECREACIÓN	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fomenta y facilita la comunicación.	24	80	2	6.7	4	13.3	30	100
Motiva ver programas de televisión acorde a su salud y edad	13	43.3	8	26.7	9	30	30	100
Motiva a la participación en actividades recreativas (Artesanía, tejidos, pintura y otros.)	9	30	11	36.7	10	33.3	30	100
Brinda materiales para estimular la mente activa (Pupiletras, sopa de letras, crucigramas o periódicos).	6	20	9	30	15	50	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014

El cuadro muestra los resultados del estudio y describe la necesidad de comunicación y recreación del adulto mayor que brinda la familia: el 80% de las familias siempre cumplen con fomentar y facilitar la comunicación, pero un 13.3% no cumple; con un 43.3% de familias afirman que motivan a ver programas de televisión acorde a su salud y edad, pero un 30% no cumple; Además un 36.7% de las familias a veces motiva al adulto mayor a participar en actividades recreativas como artesanía, tejidos, pintura y otros. Pero un 33.3 % no cumple con lo afirmado. Finalmente un 50% de las familias no cumplen con ofrecer materiales para estimular la mente activa (Pupiletras, sopa de letras, crucigramas o periódicos).

Por los resultados se conoce que la familia, en este caso facilita la comunicación con los miembros de la familia, y fuera del entorno familiar; pues la comunicación es el camino para proporcionar satisfacción, respeto, alegría, acercamiento y estímulo en las relaciones interpersonales, pero es preocupante que un 13.3% de los mismos no cumpla con lo expresado, además un 30% de familias no cumple con motivar a ver programas de televisión acorde a su salud y edad. Considerando que, el adulto mayor necesita informarse y ser informado, ya sea con los miembros de la familia como con los amigos o vecinos y a través de medios de comunicación de masas, como la

televisión, para estar al tanto de lo que ocurre en la realidad local, nacional e internacional. Al respecto O`Brian (2005), afirma que la comunicación eficaz entre el adulto mayor, su familia y sus allegados, favorece la identidad y el sentido de pertenencia, como ser social hasta el último día de su existencia. Así mismo Robinson (2006), refiere que, la comunicación es un medio que permite al adulto mayor comprender a otro, aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir información, dar y recibir instrucciones, enseñar y aprender; además, es importante que las familias se comuniquen con los adultos mayores en términos que estos comprendan. La familia debe desarrollar habilidades para fomentar la comunicación del adulto mayor, tal como la comunicación entre ancianos del mismo ambiente, para favorecer la participación social e interacción del adulto mayor.

Los resultados del estudio demuestran que las familias no cumplen de manera eficaz, con fomentar, facilitar y motivar la comunicación con hijos, nietos, amigos, vecinos de forma directa y a través de medios de comunicación, como la radio, televisión, de forma indirecta, sabiendo que el adulto mayor como ser social necesita informarse y ser informado sobre su entorno y el mundo, expresado por los autores citados quienes opinan que la familia cuidadora, debe fomentar y facilitar la comunicación eficaz a través de un lenguaje común, para expresar ideas, sentimientos de dolor, tristeza, alegría, y sabiduría que da la experiencia al reconocimiento del adulto mayor.

-Referente a la necesidad de recreación, conforme avanza la edad se observa pérdida de la atención, desinterés por aprender o por vivir nuevas experiencias, desde el punto de vista cognitivo puede aparecer una disminución de la actividad intelectual y de la memoria (olvido de rutinas) y un deterioro de la agudeza perceptual, tal como refleja los resultados del estudio; en los rubros a veces motiva a la participación en actividades recreativas, pero preocupa que un 33.3% de las familias no motiva y mucho menos ofrecen materiales para estimular la mente activa. Al respecto Zaldívar (2014), refiere que, la recreación, en el adulto mayor, ha de entenderse y apreciarse como un proceso de acción participativa y dinámica. También Viamontes (2006), refiere que, el adulto mayor debe usar la atención, la memoria, la imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado de ánimo y su capacidad mental. Así mismo Fajn (2008), refiere, la importancia de la recreación en la vejez porque brinda la oportunidad de retomar, iniciar, profundizar o descubrir intereses, deseos y

necesidades que pueden convertirse en un nuevo motor y organizador de la vida cotidiana, ayudando a gozar de un envejecimiento sano.

Por otro lado Cabanes (2005), afirma que, para lograr dar una vejez de calidad, la familia cuidadora debe proporcionar estímulo cognitivo a diario, en conversaciones y actividades demandantes del intelecto, con participación activa.

Entonces los resultados del estudio confirman que algunas familias a veces motivan a los adulto mayores a que participen en actividades recreativas como hacer manualidades, tejidos, no cumplen en su gran mayoría en ofrecer materiales, para estimular la mente activa, expuesto por los autores citados, que opinan que las familias cuidadoras de los adultos mayores deben de tomar mayor interés en motivar, a la recreación así como lo recomienda Cabanes, para retrasar la dependencia funcional, ayudando a gozar de un envejecimiento sano referido por Fajn.

Finalmente, los resultados permiten inferir que el cuidado y protección que brinda la familia con respecto a la necesidad de comunicación y recreación del adulto mayor, no se llega a cumplir en su plenitud en sus cuatro indicadores. Lo cual constituye un problema para el adulto mayor. Podríamos pensar que se debe a ciertos criterios observados y afirmados por los familiares, quienes casi en su totalidad desconocen la importancia de fomentar, facilitar, estimular la mente con materiales que están al alcance de ellos; tenemos también aspectos como el tiempo: se ha observado que la familia no dispone de tiempo suficiente para satisfacer esta necesidad en un 100% de la población de estudio.

## CUADRO 9

**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO CON RESPECTO A LAS RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA, ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014.**

NECESIDAD DE RELACIONES SOCIALES	SIEMPRE CUMPLE		A VECES CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frecuencia de visitas a lugares turísticos locales u nacionales con amigos, familiares que incluya al adulto mayor	2	6.7	15	50	13	43.3	30	100
Asistencia reuniones sociales. (onomásticos, reuniones, fiestas u otros)	8	26,7	13	43,3	9	30	30	100
Promueve temas de interés político, sociales o culturales.	10	33.3	9	30	11	36.7	30	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014

El cuadro muestra los resultados obtenidos luego del estudio y describe la necesidad de relaciones sociales del adulto mayor que brinda la familia, el que se detalla: el 50% de las familias a veces cumple con llevar de visita a lugares turísticos locales o nacionales con hijos, nietos, amigos, seguida por un 43.3% de las mismas no cumplen con llevar de visita a lugares turísticos locales u nacionales con amigos, familiares que incluya al adulto mayor. Además el 43.3% de las familias afirman que a veces asiste a las reuniones sociales. El adulto mayor, pero un 30% de ellos no asiste a las reuniones sociales. Finalmente un 36.7% de las familias no cumplen con promover temas de interés político, sociales o culturales, seguida por un 33.3% siempre cumplen con lo expresado.

Por los resultados obtenidos señala que, los adultos mayores necesitan sentirse integrados dentro de un grupo social, como la familia, comunidad, y sociedad. Participando activamente en reuniones que fortalezcan su bienestar, y compartir sus conocimientos y habilidades con otras generaciones. Al respecto Fuentes (2007), refiere que, existen factores que producen disminución en las relaciones sociales de las personas de la tercera edad y que lo pueden conducir a un aislamiento; producto de los cambios biológicos, propios de la edad, déficit sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva, la percepción y

el manejo de información, cambios socio culturales como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de la familia y pérdida del contacto con amigos entre otros. También la OMS (2010), afirma que, La familia como la red primaria de protección que se tiene, cumple un papel muy importante en el ámbito de las relaciones sociales de los adultos mayores, con fomentar la participación e integración social mediante actividades que favorezcan el desarrollo de las relaciones interpersonales.

El Minsa (2007), refiere que, los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a la transmisión de tradiciones familiares, culturales y sociales, a sus comunidades y a sus familias, por ello la importancia de demostrarles aprecio y reconocerlos a los adultos mayores como parte fundamental de la sociedad.

Los resultados del estudio demuestran que las familias en este rubro no cumplen en su plenitud en mejorar las relaciones sociales, ante tal situación primeramente se debe considerar a las relaciones sociales como una necesidad fundamental del adulto mayor que le permite socializarse, esencial para la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas, afirmado por Martínez, siendo beneficioso para la salud física, emocional, mental, espiritual y social, del adulto mayor.

por lo encontrado el cuidado y protección que brinda la familia respecto a la necesidad de relaciones sociales, no se cumplen satisfactoriamente, ya que más de la tercera parte de las familias, no promueven visitas a lugares turísticos, temas de interés político, social y culturales y la asistencia a reuniones sociales, se considera que estos resultados se dan porque la familia no dispone de tiempo, no toma interés en fomentar la participación e integración social mediante actividades que favorezcan el desarrollo de las relaciones interpersonales como lo expresa la OMS, sabiendo que el adulto mayor tiene mucho que contribuir referido por el Minsa.

## VII.- CONCLUSIONES

### **Primera**

Las familias encargadas del cuidado y protección del adulto mayor inscritos en el programa adulto mayor del puesto de salud Habidad Humanity, por los resultados encontrados se puede apreciar que la satisfacción de las necesidades que se estudiaron reflejan que no cumplen en su plenitud considerando principalmente el alimento, higiene y vestido, apoyo emocional y recreación favorecen y garantizan una mejor calidad de vida más aun es la etapa de la vejez.

### **Segunda:**

Respecto a la alimentación las familias cuidadoras del adulto mayor, cumplen con ofrecer alimentos ricos en proteínas los de origen animal; a veces consumen alimentos ricos en calcio, y en cantidades no recomendadas; los alimentos ricos en fibra no son consumidas en su requerimiento, es frecuente el consumo de grasas saturadas, pero no incluyen grasas saludables, un menor porcentaje consume más de cucharaditas de sal al día, y el consumo de líquidos aportados por la familia no es suficiente para el adulto mayor. Respecto a la necesidad de sueño y descanso, la familia no cumple en su plenitud y muestra poca disposición para satisfacer esta necesidad. Referente a la necesidad de higiene y vestido la familia no cumple en su plenitud porque no brindan la ayuda requerida y presta poco interés a este rubro.

### **Tercera:**

La familia cuidadora respecto a la necesidad de seguridad física y emocional en su accionar no es satisfactorio en favor del adulto mayor especialmente en su mayoría no cumple con el control médico periódico, un gran porcentaje de ellos salen solos para cumplir algunas actividades fuera de casa exponiéndose a riesgos propios de la tercera edad; un tercio de las mismas no cumple con proporcionar efecto, cariño y amabilidad. Respecto a la necesidad de seguridad económica y costumbres su accionar no es satisfactorio porque no se llega a cumplir con el apoyo económico, referente a las costumbres a veces cumplen con el apoyo.

**Cuarta:**

La familia cuidadora respecto a la necesidad de aprecio y reconocimiento en la satisfacción de esta necesidad no cumple de manera eficaz con fomentar, facilitar y motivar la comunicación con nietos, hijos, amigos. Respecto a recreación algunas familias favorecen a que los adultos mayores participen en actividades recreativas. Referente a la satisfacción de la necesidad de relaciones sociales, a veces cumplen con llevar al adulto mayor a lugares turísticos y casi la mitad de ellos no cumplen en asistir a las reuniones sociales, un tercio de las familias no cumplen en promover temas de interés político, sociales o culturales.



## **VIII.- RECOMENDACIONES**

### **A LAS AUTORIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

-A la unidad de capacitación, desarrollar programas de capacitación permanente a los profesionales de enfermería encargadas del programa adulto mayor, para que las mismas puedan realizar su trabajo de manera satisfactoria. En las acciones de prevención para promocionar el cuidado de la salud en la tercera edad y estas deben estar accionadas a la par la participación de la familia cuidadora con compromiso.

### **AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

-Incentivar a los profesionales de enfermería responsables del programa del adulto mayor en los establecimientos de salud, a que se involucren en nuevos estudios acerca del cuidado y protección del adulto mayor, las enfermeras deben capacitar y hacerlos partícipes a los cuidadores de los adultos mayores para que estos se motiven con el cuidado que en esta edad es cada vez mayor según avanza los años y así mejorar la calidad de vida en la tercera edad.

### **A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DEL ADULTO MAYOR**

Sensibilizar a los cuidadores de los adultos mayores para que a estos no los consideren como una carga familiar; mas por el contrario deben ser consejeros dentro de la familia por su experiencia vivida y sabiduría.

### **A LOS ESTUDIANTES Y BACHILLERES**

-Realizar estudios de investigación como las cuasi experimentales del adulto mayor, por ser una edad que requiere mayor atención tanto por el sector salud como por la familia.

Ejm:

Efecto de la intervención educativa en la familia sobre el cuidado y protección de adulto mayor.



## IX.-REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Alcalá Espinoza M. Centro para el desarrollo humano integral. [en línea].; 2006 [citado 2014 enero 21. disponible en: <http://cedhi.co.cr/adulto-mayor/%E2%80%9Ccla-familia-y-un-adulto-mayor%E2%80%9D>.
- 2.- ENAHO. condiciones de vida y pobreza. anual. Lima: INEI; 2007. Reporte No 22, ISSN.
- 3.- Minsa. plan de salud en adultos mayores . [en línea].; 2006 a 2010 [citado 2014 febrero 23. disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envej\\_Saludable](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envej_Saludable).
- 4.- Gallegos J, Perez L. Factores que influyen en la satisfacción de las necesidades básicas del adulto mayor. [en línea].; 2005 [citado 2014 mayo 16. disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- 5.- Torres D. Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los Adultos Mayores por parte de los familiares. Verlap ed. S.A. , editor. Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 2010.
- 6.- Rivera L. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Verla ed. S. A., editor. Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 2010.
- 7.- Lagos P. estudio transversal del autocuidado y dependencia en el adulto mayor. tesis doctoral. San Pedro de la Paz: Geriátrico Gustavo Friscker, Mexico; 2008.
- 8.- Parra Ay. Intervención de la familia en la satisfacción de necesidades socioafectivas del adulto mayor. Tesis de maestría. San José de Valencia: Universidad Autónoma de Nuevo León, Mexico; 2007. Reporte No. 12, IC.
- 9.- Mendoza M. Capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor residentes en Perú. Tesis de maestría. Lima: Universidad Nacional Federico Villa Real, Facultad de Enfermería; 2007. Reporte No, 4 ISBN.
- 10.- Morales C. Maltrato familiar en el adulto mayor en el albergue para el adulto mayor. Tesis de maestría. Lima: INABIF, Facultad de Enfermería; 2006. Reporte No 5, ISSN.
- 11.- Vargas M. Factores psicológicos de la familia que influye en el cuidado del adulto mayor en la consulta ambulatoria en el hospital María Auxiliadora. Tesis doctoral. Lima: UNMSM, Facultad de Enfermería; 2007. Reporte No.7 IPN.
- 12.- Lara G. Estado nutricional y factores asociados a malnutrición en el adulto mayor en la comunidad de Masmachiche. Tesis de maestría. JUNIN: UNMSM, Facultad de Nutrición; 2012. Reporte No. 1 2ENM.
- 13.- Flores Sosa R. Situaciones psicológicas y social del anciano de las zonas periurbanas de la ciudad de Puno. Tesis pregrado. Puno: UNA, Facultad de enfermería; 2005. Reporte No 1, TSS.

- 14.- Huaracha Gomez Y. El grado de dependencia y su relacion en su autocuidado en los asilos de Chucuito y Puno. Tesis pregrado. Puno: UNA, Facultad de Enfermeria; 2005. Report No 02 TS.
- 15.- Molina Duran E. Factores biologicos y socioculturales que influyen en la actitud de las personas de la tercera edad frente al proceso de envejecimiento en los asilos de Chucuito y Puno. Tesis pregrado. Puno: UNA, Facultad de Enfermeria; 2005. Reporte No 2, TP.
- 16.- Velandia A. La familia y el anciano. Universidad Nacional de Colombia "Bogota". 2008 Mayo; I, pg. 300.
- 17.- Mazzafero E, Vyc. La familia en la actualidad. segunda edicion ed. diamante s, editor. Argentina: El ateneo; 2006.
- 18.- Schwar M. Historia de la familia en atencion de los ancianos en aspectos clinicos del envejecimiento. octava edicion ed. Fabricio , editor. Mexico: diamantes; 2009.
- 19.- Espin Andrade A, Leyva Salermo B, Vega Garcia E, Arencibia Perez H. Manual para cuidadores de personas adultas mayores. [en linea].; 2006 [citado 2014 enero 09. disponible en:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como\\_cuidar\\_mejor](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor).
- 20.- Encinas Reza J. Funciones de la familia. [en linea]; 2009 [citado 2014 enero 28. disponible en:  
<http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>.
- 21.- Salvarezza L. Sobrecarga de los cuidadores familiares de adultos mayores. [en linea].; 2010 [citado 2014 Enero 22. disponible en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/biblio10/bsuple10html>.
- 22.- Ochoa J. La familia y el adulto mayor. [en linea].; 2011 [citado 2014 Enero 30. disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
- 23.- Hurtado L. Importancia de la familia para el adulto mayor. [en linea].; 2005 [citado 2014 enero 23. disponible en:  
[http://www.aepc.es/aepc/actividades\\_realizadas/.\\_curso\\_01\\_afrentamiento.htm](http://www.aepc.es/aepc/actividades_realizadas/._curso_01_afrentamiento.htm).
- 24.- Solis A. Cuidado del adulto mayor en el hogar. [en linea].; 2008 [citado 2014 Mayo 16. disponible en:  
<http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>.
- 25.- Rodriguez G. La atencion del adulto mayor en la unidad de geriatría y gerontología "Dr. Joaquin Quintero Quintero". Caricua. 2006 Mayo; II, pg. 53.

- 26.- Ciencia digital. Valoración geriátrica integral en adultos mayores en comunidad a nivel nacional. [en línea].; 2005 [citado 2014 abril 19. disponible en: [http://www.cienciadigital.net/junio 2002/ fnotcia\\_ esa.html](http://www.cienciadigital.net/junio 2002/ fnotcia_ esa.html).
- 27.- Alvarez E. Intervenciones psicosociales en el cuidado del adulto mayor. [en línea].; 2007 [citado 2014 mayo 23. disponible en: [www.conapo.gob.mx/carpetas\\_informativas](http://www.conapo.gob.mx/carpetas_informativas).
- 28.- Pelaez E. Familia y el adulto mayor. [en línea].; 2011 [citado 2014 mayo 05. disponible en: <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>.
- 29.- Guerra de Macedo C. Actividades en el afrontamiento familiar. [en línea].; 2005 [citado 2014 mayo 20. disponible en: <http://wwwpsicomundo.com/tiempo/educación/clase9.htm> pg. 87.
- 30.- Scileppi K. cuidado del adulto mayor. cuarta edición ed. Juan s, editor. Buenos Aires: View Oxford; 2010.
- 31.- Torres M. los cuidados de las familias y especial entre ellos los más cercanos. [en línea]; 2009 [citado 2014 mayo 23. disponible en: [http://wwwaepc.es/aepc/cuidados\\_de\\_la\\_familia/.Curso01afrontamiento.htm](http://wwwaepc.es/aepc/cuidados_de_la_familia/.Curso01afrontamiento.htm).
- 32.- Rol de la familia. [en línea].; 2005 [citado 2014 mayo 22. disponible en: <http://www.Buenastareas.com/americalatinaensayos/Nivel-DE-Conocimiento.htm>.
- 33.- Freer C. La importancia del doctor en atención primaria al cuidado médico de los ancianos. [en línea].; 2008 [citado 2014 abr 15. disponible en: <http://biblio/bsuple3.html:/biblio/bsuple3.html.pg>.
- 34.- Dominguez M. el cuidado y valoración del adulto mayor. [en línea].; 2006 [citado 2014 marzo 24. disponible en: <http://www.ist.cl/revista1/autocuidado.pdf>.
- 35.- Guirao J. la agencia del autocuidado, una perspectiva desde la complejidad. educare21. 2007 Agosto; III, pg. 75.
- 36.- Villegas G. salud y calidad de vida del adulto mayor. educare21. 2005 Diciembre; V, pg 276.
- 37.- Koziar B. Estimación de las capacidades de cuidado en una comunidad rural hacia el adulto mayor. Enferm IMSS. 2009 Agosto; VI, pg. 717.
- 38.- Jimenez S. Condición de la salud de los gerontos. Reli. 2008 Setiembre; III, pg.89.
- 39.- Prieto N. Geriatria y Gerontología. tercera edición ed. C.V. , editor. Mexico: Manual moderno S. A.; 2011.

- 40.- Delgado I. El adulto mayor. [en línea].; 2012 [citado 2014 Marzo 18. disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
- 41.- Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería medicoquirúrgica. décima edición ed. González Hernández JL, Veliz Salazar L, editor. México: Mc Graw Hill; 2009.
- 42.- CTO. Manual de enfermería. cuarta edición ed. Herrera P, editor. Madrid España: Mc Graw Hill interamericana; 2007.
- 43.- CTO. Manual de enfermería. cuarta edición ed. Herrera P, editor. Madrid-España: Mc Graw Hill Interamericana; 2007.
- 44.- Mindes. propuesta de acciones para la incorporación del adulto mayor a los círculos de abuelo. [en línea].; 2011 [citado 2014 Enero 25. disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/13/>.
- 45.- Mindes. Estimaciones y proyecciones de la población total; urbana y rural por años calendarios y edades simples. [en línea].; 2007 [citado 2014 Febrero 21. disponible en: [http://www.INEI.gob.mx/carpetas\\_informativas/2005](http://www.INEI.gob.mx/carpetas_informativas/2005).
- 46.- Placeres I. Adultos con discapacidad en el Perú. [en línea]; 2013 [citado 2014 Enero 11. disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
- 47.- Mosbi R. El tratado de enfermería en salud familiar y comunitaria. segunda edición ed. Balboa Nd, editor. Madrid- España: Mc Graw Hill internacional; 2006.
- 48.- Necesidades humanas modelo de Maslow. Jerarquía de necesidades Humanas. [en línea].; 2006 [citado 2014 Marzo 18. disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/13/>.
- 49.- Maslow A. Adecuación a las necesidades básicas del adulto mayor. [en línea].; 2006 [citado 2014 enero 21. disponible en: [http://www.encolombia.com/CONTENIDO\\_MENO2.htm](http://www.encolombia.com/CONTENIDO_MENO2.htm)
- 50.- Salazar N. Valoración y cuidado de los ancianos. [en línea]; 2007 [citado 2014 Marzo 22. disponible en: <http://www.ist.cl/revista1/autocuidado.pdf>
- 51.- OMS. Necesidad de alimentación en el adulto mayor. [en línea].; 2007 [citado 2014 Junio 06. disponible en: <http://www.scielo.php.pd=50034.attxt>.
- 52.- Hurtado A. compendio de geriatría clínica. [en línea].; 2012 [citado 2014 marzo 04. disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/censos2007/tabulados>.

- 53.- Chambergo V. Investigacion en salud y calidad de vida. Reli. 2005 Mayo; I, pg. 300.
- 54.- Bravo A. Alimentos y buena atencion mejorar la seguridad alimentaria en el dia del adulto mayor. Alimentacion en la tercera edad. 2007 Abril; II, pg.90.
- 55.- MINSA. alimentacion en el adulto mayor. Reli. 2007 Agosto; IV, pg. 67.
- 56.- OMS. Reducir los riesgos y promover una vida sana. [en linea]; 2010 [citado 2014 febrero 09. Disponible en:  
<http://www.doc/49011907/informe-sobre-la-salud-en-el-mundo-2010>.
- 57.- Ribaya JD, Russell R. alimentacion rica en fibra en el adulto mayor. Nutricion. 2005 Julio; I pg. 67.
- 58.- Lakes F. Fibra soluble. [en linea].; 2013 [citado 2014 marzo 18. disponible en:  
<http://www.bd.com/mx/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=14118>.
- 59.- Sociedad mexicana de nutricion endocrinologia. La fibra insoluble en la dieta. [en linea].; 2009 [citado 2014 marzo 27. disponible en:  
<http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/fibra%20en%20la%20dieta>
- 60.- Serra M. frutas ricos en fibra para el adulto mayor. dieta para salud. 2008 Junio; IV, pg. 176.
- 61.- Navarro M. Nutricion y salud del adulto mayor. [en linea].; 2009 [citado 2014 febrero 04. disponible en:  
<http://www.eufic.org/article/es/salud-estilo-de-vida-/alimentos-para-todas-edades/artid/nutrici3n-salud-mujer/?lowers=1>.
- 62.- OMS. Promocion de la salud estilo de vida en el adulto mayor. [en linea].; 2010 [citado 2014 abril 09. disponible en:  
<http://www.wikimedia.com/promociondesaludhtml.septiembre>.
- 63.- Minsa. cereales ricos en fibra. alimentacion en la tercera edad. 2010 Octubre; I, pg.478.
- 64.- Jones JM. cereales integrales en la alimentacion diaria del adulto mayor. [en linea].; 2012 [citado 2014 marzo 18. disponible en:  
<http://www.preparedfoods.com/CDA/Archives/5fec322e33788010VgnVCM100000f932a8c0>Accedido el 1 de Febrero 2004.
- 65.- MINSA. alimentos ricos en fibra. salud. 2007 Agosto; IV, pg. 26.
- 66.- OMS. consumo de legumbres ricos en fibra. Vida sana. 2010 Mayo; VI, pg. 79.
- 67.- MINSA. Osteoporosis en la tercera edad. salud y edad. 2007 Julio; VII, pg. 28.
- 68.- OMS. La intolerancia a la lactosa y alergia a las proteinas de la leche. envejecimiento saludable. 2009 Octubre; III, pg. 199.

- 69.- Centro medico de la universidad de maryland. suplementos de vitamina D y calcio para el adulto mayor. [en lineaa].; 2010 [citado 2014 Mayo 12. disponible en:<http://www.wikimedia.com/promociondesaludhtml.septiembre>.
- 70.- Davison M. El consumo de lacteos alarga la vida. [en linea].; 2008 [citado 2014 marzo 30. disponible en:  
<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=17528&SE=SNcom.htm>.
- 71.- Franco S. Cuidado con el consumo excesivo de carnes rojas. [en linea].; 2008 [citado 2014 enero 08. disponible en :  
<http://www.tvcablesangil.com/home/el-consumo-excesivo-de-carnes-rojas&catid=3noticias-saludablez>.
- 72.- Gonzalez Gaeta R. el consumo de carnes rojas y el riesgo de cancer. La carne y el cancer. 2009 febrero; VIII, pg. 145.
- 73.- FAO. Beneficios del consumo de carnes blancas. [en lineaa].; 2010 [citado 2014 mayo 13. disponible en:  
<http://www.wikimedia.com/promociondesaludhtml.Octubre>.
- 74.- Cabrerizo L. Las carnes blancas en la alimentacion saludable. Unidad de nutricion y dietetica. 2009 Junio; II, pg. 456.
- 75.- MINSA. El consumo de carnes blancas. [en linea ].; 2009 [citado 2014 enero 31. disponible en:  
<http://www.vida sana .com/ educacion en la tercera edad>.
- 76.- OMS. Consumo de proteinas para promover una vida sana. [en linea].; 2010 [citado 2014 febrero 11. disponible en: <http://www.FAO.org/docrep/x5633s/x5633soghtm.pdf>.
- 77.- OMS. Lipidos o grasas. [en linea].; 2009 [citado 2014 marzo 19. disponible en:  
<http://www.lipidos y grasas.com.ar/salud/1011organismo-adulto mayor.htm>.
- 78.- MINSA. Como alimentarnos segun nuestra edad. [en linea].; 2007 [citado 2014 marzo 17. disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/planfam/metodos.asp>.
- 79.- Flores K. el consumo de las grasas saturadas en la tercera edad. [en linea ].; 2006 [citado 2014 marzo 11. disponible en:  
<http:// www.unet.es/pea-nutriciondietetica/guia/guianutr/taclscom.htm>.
- 80.- OMS. Reduccion del consumo de carnes rojas en la tercera edad. vida y salud. 2008 Noviembre; II, pg. 456.
- 81.- MINSA. reducir grasas saturadas y aumentar las grasas buenas en al tercera edad. Salud del anciano. 2007 junio; VII, pg. 23.

- 82.- INSTITUTO DE LA SAL. Sal y salud beneficios para la salud. [en línea].; 2009 [citado 2014 febrero 23. disponible en:  
<http://www.institutodelasal.com/index.php?page=salud>.
- 83.- González C. A. consumo de sal en la tercera edad. [en línea].; 2007 [citado 2014 mayo 09. disponible en:  
<http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/fisica.htm>.
- 84.- OMS. El consumo de sal. Vida sana. 2008 Mayo; II, pg. 34.
- 85.- El COMERCIO. Alimentacion del adulto mayor. Importancia del consumo de agua del adulto mayor. 2010 octubre: p. 01-12.
- 86.- OMS. La ingesta de agua. salud en el mundo. 2007 enero; VII, pg. 12.
- 87.- Castillo L. Alimentos& salud hidratacion en los adultos mayores. [en línea].; 2013 [citado 2014 enero 26. disponible en:  
[http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=68c](http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=68c).
- 88.- Wilson K. Consumo de agua para el adulto mayor. [en línea].; 2007 [citado 2014 febrero 11. disponible en:  
<http://www.unet.es/pea-nutricion-dietetica-I/guia/guianutr/tablscom.htm>.
- 89.- Bare BG, Smeltzer SC. Enfermeria medicoquirurgico. decima edicion ed. S.A. , editor. Mexico: Mc. Graw-Hill; 2009.
- 90.- Gomez Leon A. Instituto geriatico, trastornos del sueño en el adulto mayor. [en línea].; 2011 [citado 2014 enero 24. disponible en:  
<http://angelrazo.files.wordpress.com/2012/08/ppt-trastronos-de-suec3b1o-en-el-adulto-mayor.pdf>.
- 91.- OPS. Guia de diagnostico y manejo del insomnio. envejecimiento saludable. 2011 Junio; III, 13.
- 92.- Becker B. Insomnio del adulto mayor. Cremagrafic. 2009 Julio; V, 23.
- 93.- Buela CG. El efecto del tiempo habitual de sueño sobre el estado de animo. [en línea].; 2008 [citado 2014 marzo 07. disponible en:  
<http://www.monografia.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml>.
- 94.- Fernandez L. El poder de la siesta diurna. [en línea].; 2010 [citado 2014 mayo 19. disponible en:  
<http://peru21.pe/noticia/620729/poder-siesta-diurna>.
- 95.- Moran M. Siesta en el adulto mayor. [en línea].; 2008 [citado 2014 agosto 18. disponible en :  
<http://www.abc.es/20110718/sociedad/abci-beneficios-siesta-201107181536.html>.

96.- Lopez O. Alteraciones del sueño en el anciano. [en línea ]; 2012 [citado 2014 octubre 28. disponible en:

<http://www.suat.com.uy/consejo-medico/133-alteraciones-del-sueno-en-el-anciano/>.

97.- Chokroverty S. Evaluacion del insomnio en el anciano. [en línea].; 2005 [citado 2014 setiembre 05. disponible en: <http://www.uptodate.com>.

98.- OMS. El descanso y sueño en el adulto mayor. [en línea].; 2006 [citado 2014 agosto 11. disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85224/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_13.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85224/1/WHO_NMH_NHD_13.2_spa.pdf).

99.- OPS. Guia de diagnostico y manejo del insomnio. [en línea].; 2006 [citado 2014 enero 23. disponible en: Fernandez C. Teoria y practica de la higiene. Elsevier. 2007 junio; X, pg.123.e en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia23.pdf>.

100.- Fernandez C. Teoria y practica de la higiene. Elsevier. 2007 junio; X, pg.123.

101.- INFOMED. subprograma de atencion comunitaria al adulto mayor. [en línea].; 2009 [citado 2014 enero 23. disponible en:

[http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/sp\\_comun\\_glob.htm](http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/sp_comun_glob.htm).

102.- Rueda Vargas R. Vestir al anciano. [en línea].; 2009 [citado 2014 enero 11. disponible en:

[http://www.tuotromedico.com/temas/vestir\\_anciano\\_capacitado.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/vestir_anciano_capacitado.htm).

103.- Callejas Montealegre E. Manual de autocuidado del adulto mayor. [en línea].; 2012 [citado 2014 enero 12. disponible en:

[http://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/Nicaragua\\_Manual\\_Autocuidado\\_AMayor\\_INSS.pdf](http://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf).

104.- Gamble Sanchez A. Manual de prevencion y autocuidado para las personas adultas mayores. [en línea].; 2006 [citado 2014 febrero 23. disponible en:

[http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/manual\\_de\\_prevencion\\_y\\_autocuidado\\_para\\_las\\_personas\\_adultas\\_mayores.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/manual_de_prevencion_y_autocuidado_para_las_personas_adultas_mayores.pdf).

105.- Koizer B. E, Berman A. Fundamentos de enfermeria. conceptos, proceso y practica. setima edicion ed. A. S, editor. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2005.

106.- OPS. Hacia el bienestar de las personas ancianas. Publicacion cientifica Washington. 2005 Enero; 492, pg. 13.

107.- Becker B. Higiene y vestido del adulto mayor. Verlap ed. S.A. , editor. Buenos Aires, Argentina: Interamericana; 2010.

108.- Phillips M. Higiene de la familia y el adulto mayor. Familia de hoy. 2010 enero; XI, pg 23.



- 109.- Iglesias Duran O. Lo psicologico en el envejecimiento. tercera edicion ed. Villavicencio Nd, editor. La Habana: Ciencias medicas; 2011.
- 110.- OMS. Actividad fisica en el adutlo mayor. Genova. 2008 marzo; VII, pg. 23.
- 111.- Paz M. Eficiencia de un programa de actividad fisica. [en linea ]; 2007 [citado 2014 mayo 27. disponible en:  
[http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=2715972&orden=0](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2715972&orden=0).
- 112.- Alcantara P. Repercusiones de un programa de actividad fisica gerontologica. [en linea].; 2005 [citado 2014 junio 03. disponible en:  
<http://revistas.um.es/cpd/article/view/112251/106541>.
- 113.- Garcia Leandrez M. Actividad fisica en las personas mayores. [en linea].; 2006 [citado 2014 marzo 01. disponible en:  
<http://www.norvelo.com/vikaantienvjecimiento.html>.
- 114.- Heath G. Programacion de ejercicio para el adulto de edad avanzada. American college of sport medicine. 2010 Enero; I, pg. 432.
- 115.- Matsudo SM. Actividad fisica y Salud para el Adulto mayor. [en linea].; 2010 [citado 2014 enero 06. disponible en:  
[http://sportsalut.com.ar/articulos/act\\_fis\\_salud/n3.pdf](http://sportsalut.com.ar/articulos/act_fis_salud/n3.pdf).
- 116.- Lambert Ch. BM. Cambios en la composicon corporal. [en linea].; 2010 [citado 2014 enero 19. disponible en:  
<http://www.g-se.com/articulos/article.php?pid=825>.
- 117.- Gaviria Noreña G. Aprendiendo a cuidar al adulto mayor y a su cuidador. Gerontologia Lithocom. 2008 Marzo; II, pg. 34.
- 118.- Marin P. Papel del ejercicio fisico en el adulto mayor. tercera edicion ed. S.A. M, editor. Chile: Universidad Catolica de Chile; 2006.
- 119.- Jovornik R. Prescripcion de ejercicio fisico en personas de la tercera edad. [en linea].; 2010 [citado 2014 marzo 22. disponible en:  
<http://www.Ejercicio fisico en la tercera edad.com/home/el-&catid=3noticias-saludablez>.
- 120.- Anderson L. Los basicos sobre la actividad fisica. [en linea].; 2006 [citado 2014 marzo 30. disponible en:  
[http://www.eufic.org/sp/quickfacts/actividad\\_fisica.htm](http://www.eufic.org/sp/quickfacts/actividad_fisica.htm).
- 121.- OMS. Envejecimiento y la actividad fisica en la vida diaria. Gunebra. 2006 Enero; II, pg.11-14.

122.- Medina J. Conceptos fundamentales aerobicos. [en linea].; 2009 [citado 2014 julio 23. disponible en:

[http://www.msal.gov.ar/argentina\\_saludable/pdf/act-fisica-adulto\\_mayor-pdf](http://www.msal.gov.ar/argentina_saludable/pdf/act-fisica-adulto_mayor-pdf).

123.- CUIDADO DEL ADULTO MAYOR. Equilibrio biologico. [en linea].; 2006 [citado 2014 agosto 23. disponible en:

[http://www.es.Geocities.com/apsucampamentos\\_2006/capacitación//recreacion.htm](http://www.es.Geocities.com/apsucampamentos_2006/capacitación//recreacion.htm).

124.- Luverni W. Fundamentos de enfermeria. Segunda edicion ed. S.A. L, editor. Mexico: HARLA; 2005.

125.- Donoso Sepulveda A. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. [en linea].; 2007 [citado 2014 marzo 16. disponible en:

<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>.

126.- Harman A. Cuidado del adulto mayor. [en linea].; 2009 [citado 2014 abril 24. disponible en:

[http://www.cardiosalud.org/factores\\_riesgo/sedentarismo.htm](http://www.cardiosalud.org/factores_riesgo/sedentarismo.htm).

127.- OMS. Caidas, nota descriptiva. [en linea].; 2010 [citado 2014 febrero 24. disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.

128.- Venegas U. C. Necesidades de seguridad emocional. quinta edicion ed. S.A. , editor. Mexico: Interamericana; 2006.

129.- Hall P. Desarrollo Humano. segunda edicion ed. A. S, editor. Mexico: Pret Hispanoamericana; 2009.

130.- Mazzafero E. Medicina de salud publica. tercera edicion ed. argentina Ie, editor. Argentina: El Ateneo; 2008.

131.- Caicoya Gomez M. necesidad de vivienda en el adulto mayor. segunda edicion ed. Interamericana , editor. Madrid: Pearson; 2006.

132.- Jodelet D. Las necesidad de seguridad economica del adulto mayor. [en linea].; 2009 [citado 2014 enero 04. disponible en:

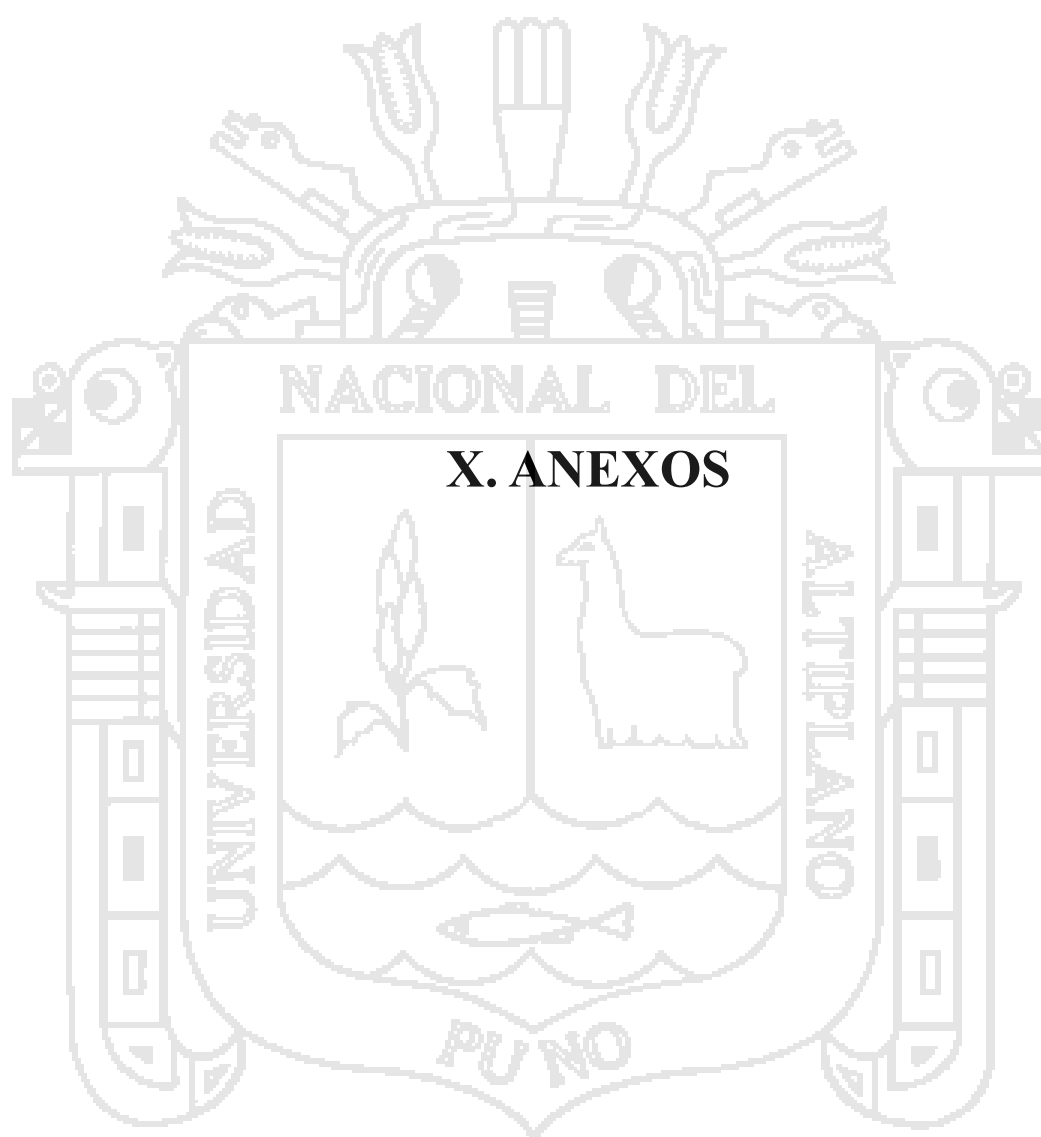
<http://www.encolombia.com/foc2.4.htm>.

133.- Masdeu Brufal J. Manejo de la economia dentro de la familia. [en linea].; 2010 [citado 2014 marzo 09. disponible en:

[http://www.Economia\\_y\\_familia.com/seguros-basicos-para-nuestra-vida/#](http://www.Economia_y_familia.com/seguros-basicos-para-nuestra-vida/#).

- 134.- Mandrigal Martinez M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores. [en línea].; 2010 [citado 2014 marzo 07. disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005).
- 135.- Comollonga IM. Fisiología del envejecimiento. tercera edición ed. Alba S, editor. Madrid: Masson; 2005.
- 136.- Gomez MJ. Valoración funcional del anciano en atención primaria. [en línea].; 2006 [citado 2014 marzo 03. disponible en:  
<http://www.sameens.dia.uned.es/trabajos/t2a/mjgildegomez/index.htm>.
- 137.- MINSA. Modelo de atención integral de salud. [en línea].; 2005 [citado 2014 abril 30. disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/index.htm>.
- 138.- Cerdas Mercedes A. Costumbres y tradiciones que le debemos a los mayores. [en línea].; 2013 [citado 2014 abril 18. disponible en:  
<http://adultomayor11-3.blogspot.com/2013/04/costumbres-y-tradiciones-que-le-debemos.html>.
- 139.- Piña M. Gerontología social aplicada. visiones estratégicas para el trabajo social. [en línea].; 2005 [citado 2014 abril 30. disponible en:  
<http://www.madrid2002-envejecimiento.org>.
- 140.- Conde Salas J. Vivir la vejez positivamente. [en línea].; 2008 [citado 2014 mayo 19. disponible en:  
<http://psicomundo.com/vejez/tiempo/positivamente.htm>.
- 141.- Gonzalez L. J. La comunicación cuando los años pasan: abuelos en familia. [en línea].; 2006 [citado 2014 mayo 20. disponible en:  
<http://saludpara.lacomunicacion.sld.cu/.php?name=News&file=article&sid=238>.
- 142.- O`Brian M. Comunicación y relación con el adulto mayor. [en línea].; 2005 [citado 2014 enero 13. disponible en:  
[http://comunicacionyvejez.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1331/1/vera\\_mm.pdf](http://comunicacionyvejez.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1331/1/vera_mm.pdf).
- 143.- Robinson M. Los derechos de comunicación de las personas mayores. Ginebra. 2006 Enero; V, pg. 34.
- 144.- Monchietti A. Representación social de las personas mayores. Psico-gerontología. 2007 Febrero; IV. pg. 03.
- 145.- Kreizmer D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Psicología del anciano. 2007 Marzo; III, pg. 09.

- 146.- Zaldivar Perez DF. Ocio y recreacion en el adulto mayor. [en linea].; 2013 [citado 2014 Marzo 16. disponible en:  
<http://www.recreacion.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5942>.
- 147.- Zeta J. Necesidades de recreacion de los adultos mayores en navarra. [en linea].; 2005 [citado 2014 abril 14. Disponible en:  
<http://www.necesidades.aprendisaje.edu.pe/publicaciones/desdelcampus/art1041.html>.
- 148.- Cabanes L. Importancia de la recreacion del adulto mayor. [en linea].; 2005 [citado 2014 junio 26. disponible en:  
<http://www.adultomayoryrecreacion.com/trabajosalimentos/adulto-mayor/adulto-mayor.shtml>.
- 149.- Fajn S. Recreacion en la vejez, una propuesta saludable. [en linea].; 2008 [citado 2014 enero 21. disponible en:  
<http://saludyrecreacion.com/tiempo/cvepe2/biblio1.htm>.
- 150.- Viamontes M. P. Apuntes para la soledad ¿que se avecina? [en linea ]; 2006 [citado 2014 marzo 10. disponible en:  
<http://www.sld.cu/servicios/aldia/archivos.php>.
- 151.- Licata M. Las relaciones sociales dentro del concepto de salud. [en linea].; 2009 [citado 2014 junio 09. disponible en:  
[http://zonadiet.com/deportes/relaciones\\_sociales-salud.htm](http://zonadiet.com/deportes/relaciones_sociales-salud.htm).
- 152.- Fernandez Diaz I. Ancianos y salud. Cubana Med Gen Integr. 2008 Enero; V, pg.26.
- 153.- OMS. Estrategia mundial sobre regimen de cuidado al adulto mayor. [en linea].; 2010 [citado 2014 abril 03. disponible en:  
<http://www.cuidadosen el adulto mayor.com/home/el-&catid=3noticias>.
- 154.- Martinez M, Garcia M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresion al adulto mayor. [en linea].; 2008 [citado 2014 enero 23. disponible en:  
<http://www.biopsicosocial.com/pdf/486.pdf>.
- 155.- Fuentes Gonzalez N. Soporte y red social en el adulto mayor. [en linea].; 2007 [citado 2014 enero 06. disponible en:  
<http://www.redsocial.com/lascasas/documentos/lc0261.php>.
- 156.- MINISTERIO DE SALUD DEL PERU. Planeamiento estrategico de la comunicacion educativa. Decision grafica. 2006 Agosto; VII, pg. 56.
- 157.- Valderrama Mendoza S. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigacion cientifica. primera edicion ed. E.I.R.L. , editor. Lima: San Marcos; 2007.



ANEXO N° 01**CUESTIONARIO**

Estimado Sr (a) previo saludo, le pido a Ud. Responder a las siguientes preguntas de esta encuesta con la finalidad de obtener información para la presente investigación, cuyo objetivo es: Describir el cuidado y protección que la familia brinda al Adulto Mayor”, le ruego contestar con sinceridad, agradeceré por anticipado su colaboración.

**DATOS GENERALES:**

Edad:.....años          Sexo:    F          M

Estado civil: .....          Nivel de instrucción: .....

Grado de parentesco.....

**PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

A continuación paso a encuestarlo, responda la alternativa que a Ud. Le parezca correcto. Respecto al cuidado y protección que brinda a su papá, mamá, abuelo o tío (Adulto Mayor) en su vida diaria.

**ASPECTOS A EVALUAR:****1.-SATISFACE EN LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN:****1.1.- ALIMENTACIÓN:**

1.- ¿Cuál es la frecuencia de comidas que consume el Adulto Mayor durante el día?

a. 3 comidas

b. 2 comidas

c. 1 comida

2. ¿Ud. con que frecuencia le brinda frutas como el higo, kiwi, ciruela, pera, manzana, mandarina, mango, plátano que son alimentos ricos en fibra. Para el consumo del adulto mayor al día?

a. 2 a más frutas

b. 1 frutas

c. No consume

3. ¿Ud. con que frecuencia le brinda verduras como la zanahoria, brócoli, coliflor, repollo, apio, espinaca, tomate, lechuga que son alimentos ricos en fibra. Para el consumo del Adulto Mayor al día?

a. 3 a más porciones

b. 1 a 2 porciones

c. No consume

4.- Ud. con que frecuencia le brinda cereales como el trigo, alverjas secas, avena, cebada, centeno, maíz, arroz que son alimentos ricos en fibra. Para el consumo del Adulto Mayor a la semana?

a. Diario

b. Interdiario

c. 1 vez/ semana

5. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda legumbres como la lenteja, frijoles, garbanzos, habas, soya que son alimentos ricos en fibra. Para el consumo del Adulto Mayor a la semana?

a. Diario

b. Interdiario

c. 1 vez/ semana.

6. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda productos lácteos y derivados como la leche, queso, yogurt que son alimentos ricos en calcio. Para el consumo del adulto mayor al día?

a. 2 a más

b. 1 vez

c. No consume

7. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda carnes blancas como el pescado, pollo, gallina, que son alimentos ricos en proteína, (un trozo mediano). Para el consumo del Adulto Mayor a la semana?

a. 3 a más

b. 1 a 2 veces

c. No consume

8. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda carnes rojas como el de res, cordero, alpaca (un trozo mediano). Para su consumo del adulto mayor a la semana?

a. 2 veces

b. 3 a más

c. No consume

9. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda para su consumo huevos, al Adulto Mayor por semana?

a. 3 a 4 veces

b. 1 a 2 vez

c. No consume

10. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda para su consumo el Aceite de oliva, aceituna, palta. Que son grasas mono insaturados, al Adulto Mayor al día?

- a. 3 a más
- b. 1 a 2 vez
- c. No consume

11. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda el aceite de girasol, Linaza, pescado. Que son grasas poliinsaturadas, al Adulto Mayor al día?

- a. 3 a más
- b. 1 a 2 vez
- c. No consume

12. ¿Ud. Con que frecuencia le brinda Frituras, grasa de cerdo, embutidos que son grasas saturadas. Para el consumo del adulto mayor por semana?

- a. 3 a más
- b. 1 a 2 veces
- c. No consume

13. ¿Ud. Que Cantidad de sal le brinda en los alimentos que consume diariamente el Adulto Mayor?

- a. menos de 1 cucharadita de sal al día (menos de 5g.)
- b. de 1 a 2 cucharaditas de sal al día (6 a 8 g.)
- c. de 3 o más cucharaditas de sal al día (más de 8 g.)

14. ¿Ud. Cuantos vasos de agua le brinda al día al Adulto Mayor?

- a. 6 a 8 vasos
- b. 3 a 5 vasos
- c. 1 a 2 vasos

## 1.2.- SUEÑO Y DESCANSO:

15. ¿Cuántas horas duerme el adulto mayor durante la noche?

- a. 6 a 8 horas
- b. 3 a 5 horas
- c. 1 a 3 horas

16. ¿Cuál es la Frecuencia de siesta al día del Adulto Mayor?

- a. 2 a 3 horas
- b. 1 a ½ hora



c. No duerme

17. ¿Con que Frecuencia duerme bien y se levanta descansado el Adulto Mayor en la mañana?

a. Siempre

b. A Veces

c. Nunca

18. ¿Frecuencia con la que le cuesta trabajo quedarse dormido al Adulto Mayor durante la noche?

a. Siempre

b. A Veces

c. Nunca

19. ¿Frecuencia con la que se despierta en varias ocasiones durante la noche el Adulto Mayor?

a. 3 a 4 veces

b. 2 veces

c. 1 Vez

### **1.3.- HIGIENE Y VESTIDO:**

20. ¿Cuál es la frecuencia con la que Permanece junto al anciano cuando se viste?

a. Siempre

b. A Veces

c. Nunca

21. ¿Cuál es la Frecuencia con la que le Proporciona materiales al Adulto Mayor para la higiene bucal (Cepillo, pasta dental)?

a. Siempre

b. A Veces

c. Nunca

22. ¿Frecuencia con la que mantiene al anciano en buen estado de higiene y apariencia?

a. Siempre

b. A Veces

c. Nunca

23. ¿Frecuencia con la que acompaña y supervisa al anciano en el momento de la higiene?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca.

#### **1.4.- ACTIVIDAD FISICA**

24. ¿Cuánto tiempo realiza sus caminatas el Adulto Mayor al día?

- a. Más de 30 min
- b. 20 a 30 min
- c. Menor de 10 min/ no realiza.

25. ¿Cuántas veces por semana realiza sus caminatas el Adulto Mayor?

- a. 3 a más
- b. 2 veces
- c. 1 vez

26. ¿Con que frecuencia el Adulto Mayor sube/ baja escaleras?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

#### **2.- NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD**

##### **2.1.- SEGURIDAD FISICA Y EMOCIONAL:**

27. ¿Ud. Con que frecuencia promueve sus controles médicos periódicos del Adulto Mayor al año?

- a. 2 a 3 veces
- b. 1 vez
- c. Nunca

28. ¿Con que frecuencia ayuda al Adulto Mayor al uso del transporte público?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

29. ¿Frecuencia con la que Proporciona al Adulto Mayor afecto, cariño y amabilidad en todo momento?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

30. ¿Habilita al Adulto Mayor una habitación individualizada?

- a. Habitación solo para él o ella
- b. Comparte habitación
- c. Es alojado

## **2.2.-SEGURIDAD ECONOMICA Y COSTUMBRES:**

31. ¿tiene disponibilidad económica el Adulto Mayor?

- a. recibe pensión y/o rentas
- b. Apoyo de los hijos
- c. No recibe ningún apoyo.

32. ¿Tipo de bienes materiales con la que cuenta el Adulto Mayor?

- a. Casa propia y/o terrenos
- b. Negocios.
- c. No dispone

33. ¿Cuenta con capacidad el Adulto Mayor para el manejo de dinero y pertenencias?

- a. Independiente
- b. Con ayuda
- c. Dependiente

34. ¿Promueve y permite la práctica de sus costumbres y valores (pago a la tierra) al Adulto Mayor?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

35. ¿Proporciona objetos y/o textos religiosos al Adulto Mayor?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

### 3.- NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO

#### 3.1.- COMUNICACIÓN Y RECREACIÓN:

36. ¿Fomenta y facilita la comunicación al Adulto Mayor con?

- a. Hijos y nietos
- b. Amigos
- c. Vecinos

37. ¿Motiva al Adulto Mayor ver programas de televisión acorde a su salud y edad?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

38. ¿Motiva al Adulto Mayor en la participación de actividades recreativas (Artesanía, Tejidos, pintura y otros.)?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

39. ¿Brinda al Adulto Mayor materiales para estimular la mente activa (Pupiletras, sopa de letras, crucigramas o periódicos)?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca.

#### 3.2.- RELACIONES SOCIALES

40. ¿Con que frecuencia organiza paseos a lugares turísticos locales u nacionales con amigos, familiares que incluya al Adulto Mayor?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

41. ¿Con que frecuencia Asiste a las reuniones sociales. (Onomásticos, Reuniones, fiestas u otros) el Adulto Mayor?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca

42. ¿Promueve temas de interés político, sociales o culturales para el Adulto Mayor?

- a. Siempre
- b. A Veces
- c. Nunca



## ANEXO N° 02

## UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO

## ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

## FACULTAD DE ENFERMERIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio me permito informarle que estoy dispuesto a participar en el estudio de investigación “ **LA FAMILIA EN EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014**” que desarrolla la bachiller de Enfermería de dicha universidad; que ella utilice la información para los fines académicos.

-----  
Firma del encuestado/a.

-----  
Firma de la encuestadora

## ANEXO N° 03

**DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Los resultados obtenidos de la prueba piloto sirvieron para determinar la confiabilidad

Del instrumento mediante la prueba estadística de **Alfa de Crombrach**.

Hallamos la varianza para cada ítem del cuestionario.

La suma de las varianzas es de 16.079

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[ 1 - \frac{\sum v_i}{v_t} \right]$$

Donde:

a = Alfa de Crombach

k = Numero de items

$V_i$  = Varianza de cada ítem

$V_t$  = Varianza Total

$$\alpha = \frac{42}{42 - 1} \left[ 1 - \frac{16.079}{101.463} \right]$$

$$\alpha = \frac{42}{41} [1 - 0.15847]$$

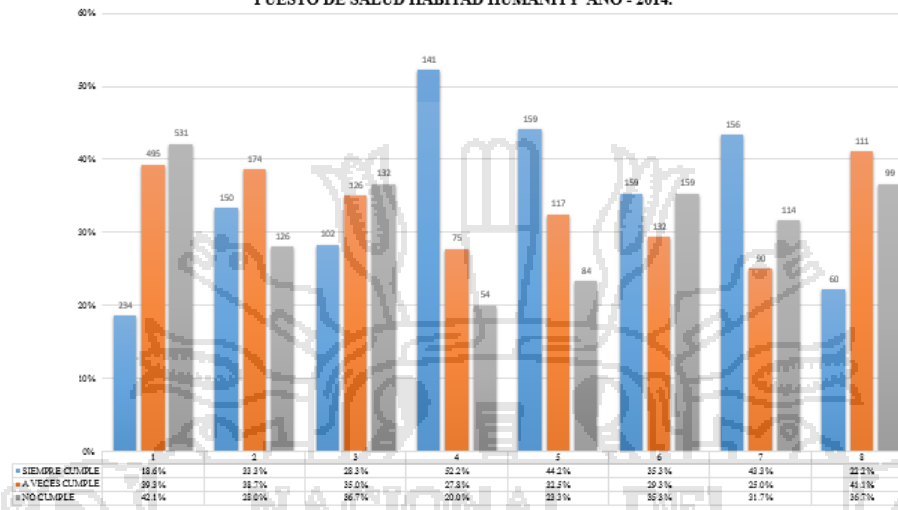
$$\alpha = 1.02439024390 [0.84153]$$

$$\alpha = 0.86205512$$

ANEXO N° 04

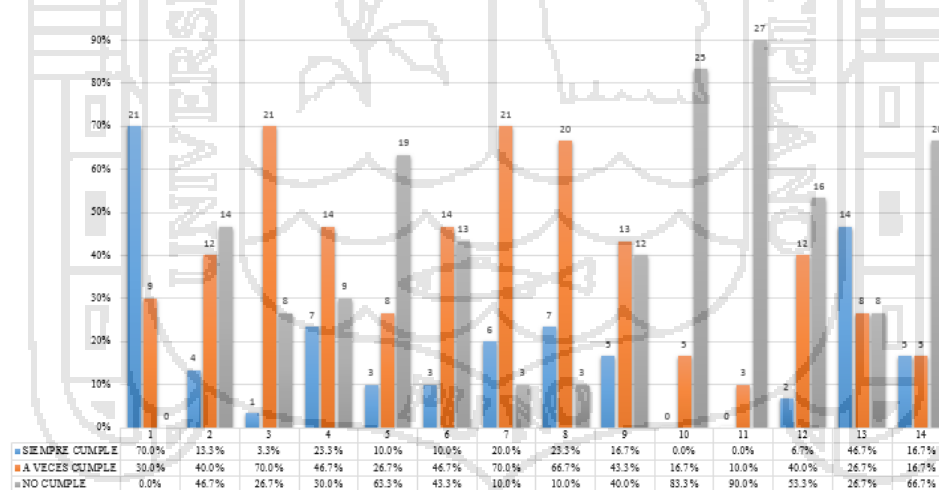
GRAFICOS DE LOS CUADROS

GRAFICO 01  
CUIDADO Y PROTECCIÓN QUE LA FAMILIA BRINDA AL ADULTO MAYOR ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.



Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

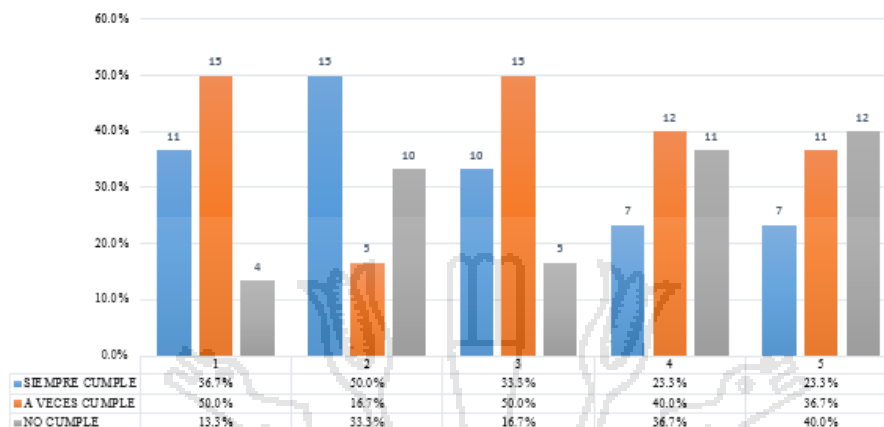
GRAFICO 02  
SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN, DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.



Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

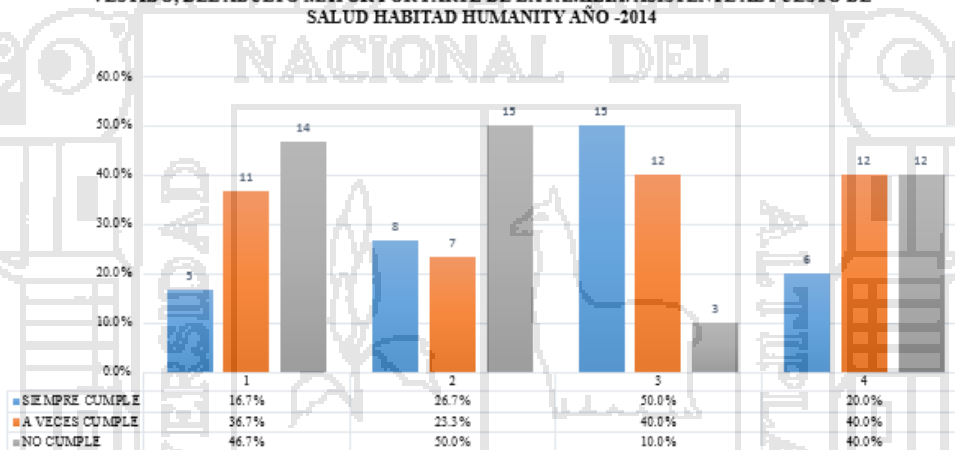


**GRAFICO 03**  
**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO AL SUEÑO Y DESCANSO, DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.**



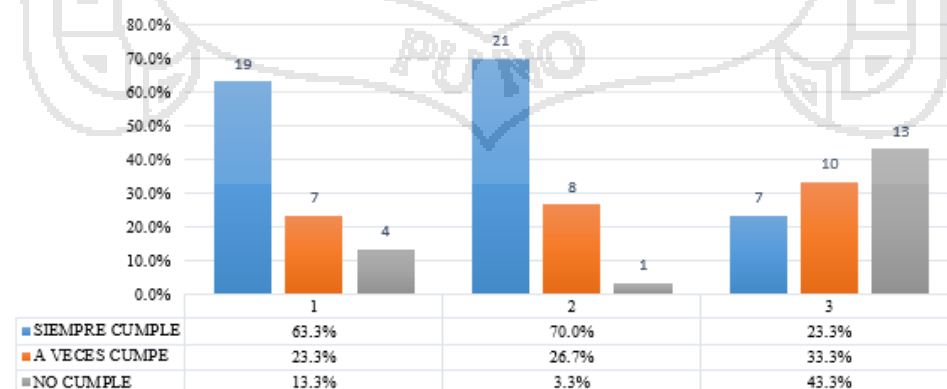
Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**GRAFICO 04**  
**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO A LA HIGIENE Y VESTIDO, DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO -2014**



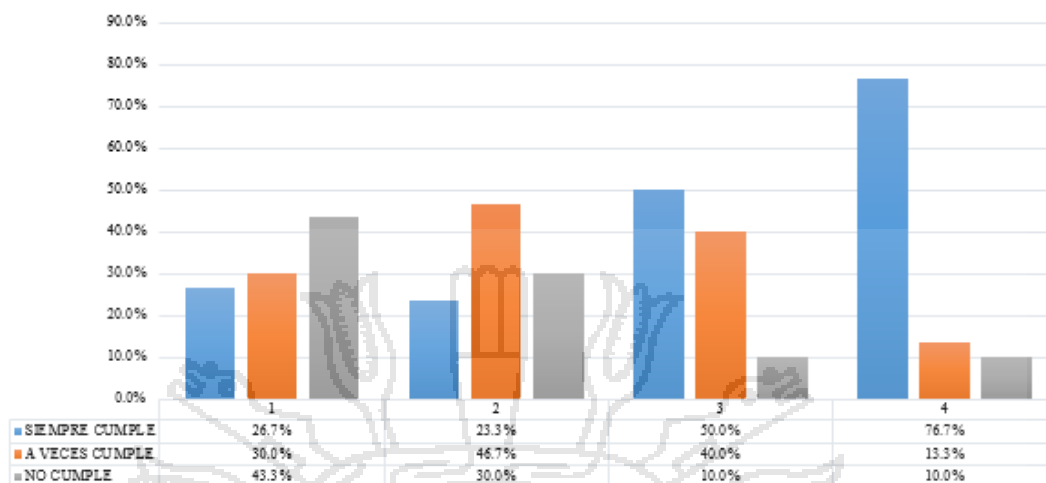
Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**GRAFICO 05**  
**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.**



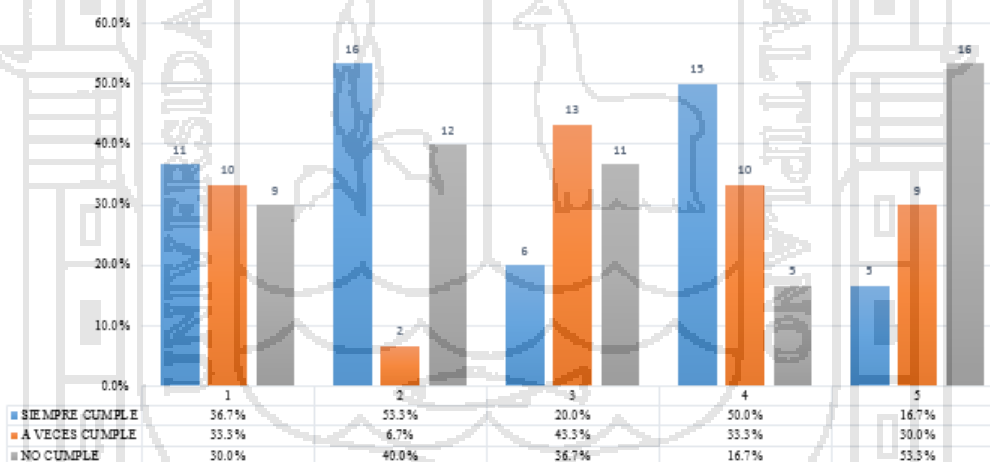
Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**GRAFICO 06**  
**SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD CON RESPECTO A LA SEGURIDAD FISICA Y EMOCIONAL, DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO-2014.**



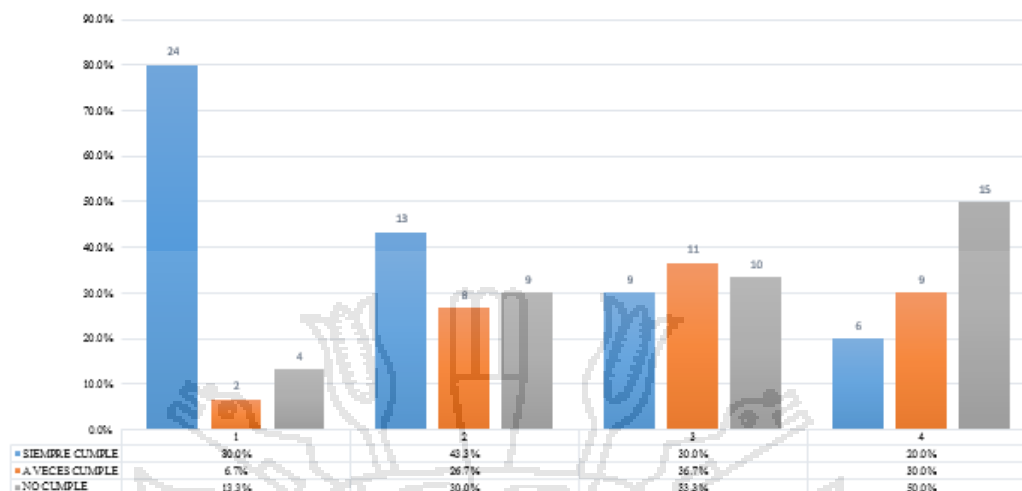
Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**GRAFICO 07**  
**SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE SEGURIDAD Y ESTABILIDAD CON RESPECTO A LA SEGURIDAD ECONOMICA Y COSTUMBRES DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA. ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.**



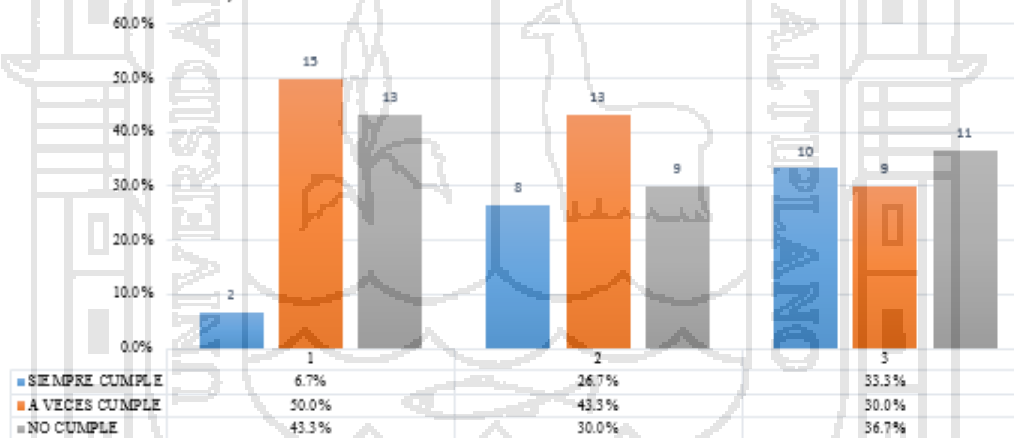
Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**GRAFICO 08**  
**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO CON RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y RECREACIÓN, DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA, ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014.**



Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**GRAFICO 09**  
**SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APRECIO Y RECONOCIMIENTO CON RESPECTO A LAS RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR, POR PARTE DE LA FAMILIA, ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO - 2014**



Fuente: encuesta aplicada a la familia del adulto mayor. Setiembre 2014.

**FOTOS DE LAS FAMILIAS CUIDADORAS DEL ADULTO MAYOR  
ASISTENTE AL PUESTO DE SALUD HABITAD HUMANITY AÑO – 2014**

