

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTADO DE ABANDONO Y PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR
EN LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED DE SALUD DE
PUEBLO NUEVO
ICA-JULIO
2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER:

TORRES PAREDES EDITH VERONICA

PARA ÓPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA - PERÚ

2017

ASESORA:

Lic. DORA ISABEL PINO ARANA

Dra. EN MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

AGRADECIMIENTO

- A Dios por guiar mi camino, cuidarme, brindarme salud y darme la fortaleza de seguir adelante.
- A mis padres por su ejemplo y lucha constante; por confiar en mí, y por ser mi motivo de perseverancia para el logro de mis metas.
- A mis maestros que llenos de conocimientos nos inculcan día a día los parámetros para alcanzar el éxito y poder desarrollarnos como profesionales de calidad poniendo en práctica nuestras capacidades.
- A mi Alma Mater la Asociación Universidad Privada San Juan Bautista, por albergarme durante estos años y permitirme ser profesional.
- A la Escuela Profesional de Enfermería y a todos los docentes, licenciadas(os), por su constante dedicación y apoyo brindado durante mi formación profesional.
- A mi asesor de tesis por su valiosa ayuda y apoyo.

DEDICATORIA

A Dios, por ser el autor de mi vida.

A mis padres que gracias al apoyo incondicional que me brindaron hizo más fácil terminar la carrera.

RESUMEN

Es frecuente ver hoy en día, muchísimas personas adultas mayores que presentan una vida sumamente activa en todos sentidos, trabajan, hacen deporte, estudian y otras actividades que puede hacer una persona joven; por otro lado, es también común ver personas de esta edad, abandonados social y familiarmente sin poder realizar el autocuidado de su persona en forma adecuada, todo ello conlleva al deterioro de la calidad de vida en todos los aspectos. La investigación tiene por objetivo determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor en la jurisdicción de la Microred de Salud de Pueblo Nuevo Ica julio 2016, es una investigación descriptiva, cuantitativa y transversal; la muestra la constituyeron 24 adultos mayores seleccionados por muestreo no probabilístico intencional; la técnica empleada fue la entrevista. Resultados: Según los datos generales, el 37.5% tienen de 65 a 68 años, el 58.3% son de sexo femenino, el 50% es casado y un 37% no tiene instrucción. Respecto al estado de abandono del adulto mayor según dimensión social, no es evidente en el 55% y es evidente en el 45%; según dimensión físico no es evidente en el 73% y evidente en el 27%; según dimensión económica es evidente en el 57% y no evidente en el 43%; según dimensión familiar no es evidente en el 69% y evidente en el 31%; por lo que el estado de abandono global no es evidente en el 60% y es evidente en el 40%. Las prácticas de autocuidado según dimensión nutrición, el 83% realizan prácticas de autocuidado eficientes; según dimensión higiene corporal es deficiente en el 58%; según cuidados de la piel, es deficiente en el 83%; siendo las prácticas de autocuidado deficientes en el 54% y eficientes en el 46%. Conclusiones: el estado de abandono en el adulto mayor es no evidente en las dimensiones sociales, físicas, y familiares, pero es evidente en la dimensión económica; las prácticas de autocuidado según dimensión nutrición es eficiente, y según higiene corporal y cuidados de la piel son deficientes. Palabras clave: **Estado de abandono, prácticas de autocuidado, adulto mayor.**

ABSTRACT

It is frequent to see today, many elderly people who present a very active life in every way, work, do sports, study and other activities that can make a young person; On the other hand, it is also common to see people of this age, socially and family abandoned without being able to self-care of their person in an adequate way, all this leads to the deterioration of the quality of life in all aspects. The research aims to determine the state of abandonment and self-care practices of the elderly in the jurisdiction of the Health Ministry of Pueblo Nuevo Ica Julio 2016, is a descriptive, quantitative and cross-sectional research; The sample consisted of 24 older adults selected by intentional non-probabilistic sampling; The technique used was the interview. Results: According to the general data, 37.5% are 65 to 68 years old, 58.3% are female, 50% are married and 37% have no education. Regarding the state of abandonment of the older adult according to social dimension, it is not evident in 55% and is evident in 45%; According to physical dimension is not evident in 73% and evident in 27%; According to economic dimension is evident in 58.4% and not evident in 43%; According to family size is not evident in 69% and evident in 31%; So that the state of abandonment is not evident in 60% and is evident in 40%. Self-care practices according to nutrition dimension, 83% perform efficient self-care practices; According to the dimension corporal hygiene is deficient in 58%; According to skin care, is efficient in 83%; Being self-care practices deficient in 54% and efficient in 46%. Conclusions: neglect in older adults is not evident and self-care practices are deficient in older adults of the Pueblo Nuevo Microred.

Key words: **State of abandonment, self-care practices, elderly.**

PRESENTACIÓN

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable en la ley y en la sociedad; ven afectados sus derechos constantemente, son víctimas de discriminación, violencia, abandono, exclusión y soledad; situaciones que tienen por consecuencia un evidente deterioro en su calidad de vida. El respeto a los adultos mayores es una cuestión moral, el cual es necesario promover en todos los sectores educacionales en el país, para así lograr una cultura integral sobre el fenómeno del envejecimiento. El objetivo es determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor en la jurisdicción de la Microred de Salud de Pueblo Nuevo Ica julio 2016.

La importancia de la presente investigación radica en que la identificación oportuna que permite detectar y a la vez fortalecer, la efectiva participación del profesional de enfermería, a través de una atención integral, siendo responsables del fomento del autocuidado a través de la educación y la consejería. El aporte de la investigación es en el aspecto práctico, pues el profesional de enfermería está en la responsabilidad de brindar una atención integral al adulto mayor según el modelo de atención del MINSA, población que se verá beneficiada con el trabajo, el cual aportará información valiosa respecto al estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor.

El presente trabajo consta de cinco capítulos, Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, justificación del problema, objetivos, y propósito. Capítulo II: Presenta los antecedentes, la base teórica, la hipótesis, las variables de estudio, y la definición operacional de términos; Capítulo III: Incluye el tipo de estudio, la descripción del área de estudio, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el diseño de recolección de datos y el procesamiento y análisis de datos; Capítulo IV: Resultados y discusión. Capítulo V: Se presenta las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Concluyendo con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

INDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACION	vii
INDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
I.c. OBEJTIVOS	18
I.c.1.GENERAL	18
I.c.2.ESPECIFICO	18
I.d. JUSTIFICACION	19
I.e. PROPÓSITO	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	20
II.b. BASE TEÓRICA	25

II.c. HIPÓTESIS	39
II.d. VARIABLES	39
II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	40
CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
III.a. TIPO DE ESTUDIO	41
III.b. ÁREA DE ESTUDIO	41
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
III.d.TÈCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	42
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	43
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. RESULTADOS	44
IV.b. DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V.a.CONCLUSIONES	61
V.b.RECOMENDACIONES	62
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	63
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

N°	TITULO	Pág.
1	DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	44
2	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	86
3	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICO EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	87
4	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN ECONÓMICA EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	88
5	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	89
6	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	90

7	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	91
8	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	91
9	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	92
10	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	92

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TITULO	Pág.
1	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	45
2	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICO EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	46
3	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN ECONÓMICA EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	47
4	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	48
5	ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	49
6	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO	50

ICA JULIO 2016.

7	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	51
8	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	52
9	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016.	53

LISTA DE ANEXOS

N°	TITULO	Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	70
ANEXO N°2	INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	74
ANEXO N°3	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA CONCORDANCIA DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS TABLA DE CODIFICACIÓN.	78
ANEXO N° 4	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA CORRELACIÓN DE PEARSON.	79
ANEXO N°5	TABLA DE CODIFICACIÓN.	80
ANEXO N°6	TABLA MATRÍZ.	82
ANEXO N°7	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES.	86
ANEXO N°8	CONSENTIMIENTO INFORMADO	93

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Cada día envejecemos un poco, y esto es un proceso natural, el resultado de una serie de cambios físicos, psicológicos, biológicos, procesos psicomotores, y funcionales que se presentan de manera única y diferente en cada individuo. Este proceso es irreversible y tendiente a disminuir las capacidades de todos los seres vivos, que además se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y reserva del organismo ante los cambios. La razón está en que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 36 millones de adultos mayores en el planeta sufren maltrato¹.

Se prevé que para el año 2050 la cantidad de adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por 4 en los países en desarrollo. Muchos de ellos pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en los centros geriátricos y estadías prolongadas en hospitales².

El abandono se presenta en todos los sectores sociales, oficialmente no se cuenta con cifras que permitan hacer un análisis más profundo sobre el tema, sin embargo, también nos referimos al abandono cuando vemos que prácticamente la persona adulta mayor es sacada de su casa sin su consentimiento llevándolos a estancias o instituciones que posteriormente no se harán a cargo de su manutención³.

En México, las estadísticas señalan que, de los adultos mayores jubilados, sólo 1 de cada 4 cuenta con una pensión por jubilación o incapacidad, y de ese mínimo de personas el 80 por ciento recibe mil

485 pesos mensuales, con los cuales tienen que sufragar sus gastos y los de su familia. Asimismo, la percepción que tiene el adulto mayor fue que el 53% siente que son una carga para su familia y de estos el 18% perciben que es por su vejez, 13% por su enfermedad, 11% porque requieren cuidados especiales, 5% porque no aporta dinero y porque necesitan tener una persona que lo cuide⁴.

Según INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos) en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), de los cuales el 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%)⁵.

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, por lo que la satisfacción en la vida del adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien⁶.

En la encuesta nacional sobre personas con discapacidad, dada a conocer el 15 de julio del 2013 por el Consejo Nacional para la integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), indica que más de 794 mil adultos mayores padecen de discapacidad, siendo esta etapa de la vida, en mayor porcentaje, el origen de las limitaciones de forma permanente para: moverse o caminar (32,5%), ver aun usando anteojos (51,3%), oír aun usando audífonos (60,5%), entender o aprender (39,1%), relacionarse con los demás por su pensamientos, sentimientos, emociones o conductas (17,9%), hablar o comunicarse (13%)⁷.

Al tercer trimestre del año 2016 en el Perú, el 38,5% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En el área rural se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, con el 41,9%. Le

siguen los hogares de Lima Metropolitana, entre los que el 40,4% cuenta con un/a adulto/a mayor. En tanto en el área urbana (no incluye Lima Metropolitana) en el 35,2%, existe una persona de este grupo etáreo⁸.

Unos dos millones 700 mil peruanos son adultos mayores, lo que representa el 9% de la población total, revela el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Se estima que para el 2021, cuando se celebrará el Bicentenario de la Independencia Nacional, dicho grupo poblacional será de tres millones 727 mil habitantes y representará el 11.2% de la población total. El INEI indicó que cada año los adultos mayores aumentan en 3.3%, mientras, la población total se incrementa a un ritmo de 1.1%. Precisarón que los grupos de edad de 80 y más años de edad crecen en 5% y aquellos comprendidos entre 75 ya 79 años aumentan en 3.8%. Los departamentos en los que residen el mayor número de personas de 60 a más años de edad son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao, donde este grupo poblacional representa más del 10% de la población total, detalló. Un segundo grupo de departamentos conformado por Ancash, Ica, Lambayeque, la Libertad, Puno, Cusco, Apurímac, Junín y Piura tienen más del 8% de su población integrada por adultos mayores⁸.

Una investigación realizada a nivel local en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica en el año 2015 tuvo como resultado que sobre la capacidad de autocuidado del adulto mayor concluye que en el 56%(28) adultos la capacidad de autocuidado es moderadamente adecuada, en el 22%(11) es adecuada y en el 22%(11) es inadecuada realidad que se vive en la actualidad lo que genera este trabajo de investigación⁹.

Todo ello ha contribuido y despertado el interés en la realización de la presente investigación, formulando la siguiente interrogante.

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor en la jurisdicción de la Microred de Salud de Pueblo Nuevo Ica julio 2016?

I.c. OBJETIVOS:

I.c.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor en la jurisdicción de la Microred de Salud de Pueblo Nuevo Ica julio 2016.

I.c.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

OE1: Identificar el estado de abandono del adulto mayor, según sea:

- Social
- Físico
- Económico
- Familiar

OE2: Valorar las prácticas de autocuidado del adulto mayor, según sea:

- Nutrición
- Higiene personal
- Cuidados de la piel.

I.d. JUSTIFICACIÓN:

Siendo actualmente el estado de abandono un problema que afecta la forma de vida del adulto mayor, cabe señalar que el estado de abandono y la necesidad de autocuidado generan una serie de alteraciones en su calidad de vida.

Por ello la importancia de la presente investigación radica en que la identificación oportuna que permite detectar y a la vez fortalecer, la efectiva participación del profesional de enfermería, a través de una atención integral, siendo responsables del fomento del autocuidado a través de la educación y la consejería.

El aporte de la investigación es en el aspecto práctico, pues el profesional de enfermería está en la responsabilidad de brindar una atención integral al adulto mayor según el modelo de atención del MINSA, población que se verá beneficiada con el trabajo, el cual aportará información valiosa respecto al estado de abandono y las prácticas de autocuidado del adulto mayor.

I.e. PROPÓSITO:

Al finalizar la investigación se obtendrán resultados que han de ser empleados para tener información más precisa sobre el estado de abandono y prácticas de autocuidado del adulto mayor del área de estudio, datos que se compartirá con la Microred de salud Pueblo Nuevo, para que a través de los programas de Atención Integral al Adulto Mayor y en coordinación con otras instituciones como la Municipalidad y otros, se adopten medidas estratégicas para monitorizar a los adultos mayores en estado de abandono y se pueda brindar algún medio de protección, también los resultados serán útiles para que el profesional de enfermería determine que intervenciones adoptar en la educación del adulto mayor, con el fin de mejorar las prácticas de autocuidado en su nutrición, higiene personal y cuidados de la piel.

CAPITULO II : MARCO TEORICO

II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Para la realización de este estudio de investigación se ha realizado una revisión de antecedentes tanto internacionales, nacionales y locales del tema propuesto encontrándose a:

Internacionales:

Israel E. Millán M. En el año 2016 realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar la **EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN LA COMUNIDAD. HOLGUIN CUBA.** De un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, finalmente concluye que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, y existe un déficit de autocuidado cognoscitivo- perceptivo¹⁰.

Pacheco M. En el año 2016 realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal y con un enfoque cuantitativo. **REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA. ECUADOR.** El trabajo investigativo tuvo como

propósito el determinar la presencia de repercusiones en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Para la recolección de la información se aplicó las técnicas de la entrevista a través de una encuesta que fue elaborada y ejecutada por los investigadores y la aplicación del Test de Yesavage y Pfeiffer con sus respectivas guías y cuestionarios dirigidos a 35 adultos mayores de Hogar San José de la Ciudad de Cariamanga que conformaron la muestra. Como conclusión muestra que los resultados derivados permitieron determinar una alta prevalencia de alteraciones emocionales y mentales causadas principalmente por el abandono obteniéndose que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado emocional normal . Asimismo en cuanto al deterioro cognitivo o mental en los adultos mayores, se describen: el 63% es severo, 17% moderado; un 11% normal y 9% tenían un deterioro leve. Ante lo expuesto se llevó a cabo una intervención encaminada a la prevención de alteraciones emocionales y mentales, mediante una socialización de resultados al personal médico y de cuidado del Hogar San José. Finalmente que las alteraciones emocionales y mentales tienen alta prevalencia en el adulto mayor como consecuencia del abandono¹¹.

Nacionales:

Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y. En el año 2015 realizaron una investigación descriptiva, transversal con el objetivo de determinar el **NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD DE JOSÉ LEONARDO ORTIZ. CHICLAYO PERÚ**. La población muestral fue de 80 adultos mayores que cumplieron los criterios de elegibilidad. Se les aplicó un cuestionario tipo Likert para identificar sus prácticas de autocuidado

con respecto a las dimensiones: biológica, psicológica y social. Los resultados revelan que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje alcanzado en las tres dimensiones fue: en varones 94% y mujeres 76%, destacándose que en la dimensión biológica ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Las necesidades relacionadas con el uso de protector solar, controles médicos, la práctica de actividades recreativas y manuales y la falta de relaciones con sus espacios o experiencias de intercambio con sus amigos(as), áreas críticas en geronto concluyendo que el nivel de autocuidado del adulto mayor atendido en el programa es bajo¹².

Roselyn F T, en el 2013 en su estudio **titulado PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y PERCEPCION DE LA FAMILIA SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: ACENTAMIENTO HUMANO SAN JUAN DE LA LIBERTAD; CHORRILLOS: PERU**; es un estudio de tipo cuantitativo, método Descriptivo, Prospectivo y Transversal. La población estuvo conformada por 398 Adultos Mayores, por tratarse de una población numerosa fue necesario la elección de una muestra la cual se calculó realizando el muestreo probabilístico aleatorio simple obteniendo como muestra 131 personas Adulto Mayores y un familiar de casa Adulto Mayor. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario. Los resultados más significativos fueron respecto a las Practicas de Autocuidado que realiza el Adulto Mayor un 55% realiza prácticas inadecuadas y el 45% Practicas de Autocuidado adecuadas. Respecto a la dimensión Física el 63%(83)de los Adultos Mayores realizan prácticas inadecuadas de Autocuidado y en la dimensión psicológica el 52%(68) realizan prácticas adecuadas, en la dimensión social el 54% tienen practicas adecuadas ,Según dimensión física en sus indicadores el 55% tiene un inadecuado autocuidado con sus ojos,51% tiene practicas

adecuadas con su piel ,el 66% tiene practicas inadecuadas en la cavidad bucal, el 52% tienen practicas inadecuadas en el estado nutricional ,el 65% tienen practicas inadecuadas en su eliminación, en la dimensión psicológica en sus indicadores el 57% tiene prácticas de autocuidado adecuadas en la autoestima y el 55% tienen practicas adecuadas en su estado emocional. Según dimensión Social en sus indicadores el 70% tiene prácticas adecuadas en sus dimensiones sociales ,65 % tiene prácticas inadecuadas en su adaptación y el 75 % tiene prácticas adecuadas en su espiritualidad, concluyendo que la práctica de autocuidado es inadecuada y la percepción de la familia es adecuada¹³.

Ibáñez T. En el año 2014 realizó una investigación cuantitativa, el diseño de la investigación es explicativo y por el diseño de contrastación de hipótesis es aplicada. con el objetivo de analizar la **INFLUENCIA DEL ABANDONO FAMILIAR EN EL BIENESTAR SUBJETIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL CIRAM LA AMISTAD DEL POLICLÍNICO EL PORVENIR – ESSALUD –TRUJILLO – PERÚ**. El universo muestral utilizado, estuvo conformado por los 20 adultos mayores miembros del Círculo del Adulto Mayor “La Amistad” del Policlínico El Porvenir- EsSalud; los resultados obtenidos permiten afirmar que los adultos mayores están sometidos al abandono de sus familias, lo cual impide sobrellevar mejor la crisis de adaptación que es provocada por la situación de envejecimiento y todos los cambios que esta involucra, repercutiendo negativamente en la satisfacción vital del vetusto; y que el abandono familiar a los adultos mayores se da principalmente a causa de los cambios sobre el organismo producto del envejecimiento, el que se convierte en un problema más para la familia, situación que es percibida y no siempre expresada por el adulto mayor, generándole depresión y sentimientos de soledad por las conductas de aislamiento y rechazo que reciben, influyendo todo ello negativamente en el adulto mayor produciéndole infelicidad por la forma de vida a la que se enfrenta a

diario. Por último, se concluye que la influencia del abandono familiar es total¹⁴.

Garcilazo M. En el año 2014 realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN UN CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES” LIMA**. Con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable. Para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro conclusión: que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida¹⁵.

Locales:

Revatta F. En el año 2015 realizó una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal con el objetivo de determinar la **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2015”**. La muestra fue de 50 pacientes seleccionados por el método no probabilístico bajo criterios de inclusión y exclusión, la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Resultados: Respecto a la variable capacidad de autocuidado; según dimensión alimentación en el 42%(21) son moderadamente adecuados, según higiene en el 80%(40) son moderadamente adecuados, según actividad física en el 64%(32) son moderadamente adecuados. En forma global la capacidad de autocuidado en el 56%(28) son moderadamente adecuados, en el 22%(11) son

adecuado y en el 22%(11) son inadecuado. Respecto a calidad de vida, son regulares en la dimensión psicológica con el 68%(34), en el sexual con un 70%(35) y en la dimensión social en el 66%(33). En forma global se obtuvo que la calidad de vida es regular en un 46% (23), en el 34%(17) es mala y en el 20%(10) es buena por lo que se concluye que la capacidad de autocuidado es moderadamente adecuado, y la calidad de vida es regular⁹.

Para reforzar los datos obtenidos en la investigación, es necesario la búsqueda de estudios previos que guarden relación con las variables de estudio, los cuales permitirán contrastar los resultados de esta investigación y observar el comportamiento de las variables en otros países y otros escenarios de salud por lo que también lograra que se mejore la problemática en mi lugar de estudio.

II.b. BASE TEÓRICA:

ESTADO DE ABANDONO:

La negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros de la familia.

El abandono que sufre esta etapa es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece; situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc.

Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia¹⁶.

Social:

El abandono social hacia el adulto mayor suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional.

Los adultos mayores suelen deprimirse mucho, no quieren comer y no quieren vivir e incluso quieren quitarse la vida. Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de Intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los adultos mayores.

Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egresos altos en la economía familiar que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas.

Sabemos que la población mundial crece día a día y que un gran porcentaje de este rendimiento será atribuido a esta etapa, siendo esto último, objeto de la aplicación de leyes y políticas sociales a favor de la tercera edad¹⁷.

Físico:

Este tipo de abandono, se puede ver en los familiares que sólo se dedican a pagar la mensualidad correspondiente, en un hogar privado olvidándose completamente que tienen que visitar al adulto mayor, desatendiéndolo físicamente. En las familias de escasos recursos, los adultos mayores son totalmente abandonados, dando margen a que existan personas adultas mayores indigentes.

-Vivienda: Los familiares en muchas oportunidades dejan abandonados a los adultos mayores en sus viviendas, por lo que es importante que la sociedad cumpla con políticas de protección al adulto mayor y se respeten sus derechos y principalmente mostrando humanización hacia ellos. Ocurre principalmente en aquellas situaciones en que se deja solo y olvidado al adulto mayor.

-Vestido: Se produce cuando se realiza privación de artículos necesarios en la vida diaria del adulto mayor, es decir la denegación o no provisión de sus necesidades básicas.

-Independencia: El daño que produce el maltrato al adulto mayor afecta su integridad física provocando en ocasiones traumatismos y sobre todo deteriora su dignidad, reflejada con ansiedad, miedo, nostalgia, sentimiento de inutilidad, desesperanza, mostrándose torpe, enfermo con poca valía, se autocritica negativamente, asimismo presentan disminución de la memoria por la edad o inhibición psicomotora causada regularmente, causando discapacidad funcional afectando su independencia¹⁸.

-Violencia física: Consiste en cualquier acción no accidental por parte de los familiares o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al adulto mayor. Incluye una escala que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, la intensidad del daño puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal¹⁹.

Económico:

Se da cuando el encargado de cuidar al adulto mayor y sus bienes, hace un uso indebido del patrimonio que custodia. Es posible que quien realiza este maltrato no se dé cuenta de que sus conductas son abusivas y negligentes hacia ellos, que pueden ser sus padres o abuelos.

-Trabajo: Las personas adultas mayores son el segmento más propenso a trabajar en el sector informal, sin posibilidad de jubilación y a cambio de un salario muy inferior al que pagarían a alguien de menor edad.

La incorporación laboral de los adultos mayores se realiza sin ningún control y, comúnmente, se consigue para puestos de baja remuneración, muchas veces sin las condiciones mínimas que las leyes laborales exigen, como salario, vacaciones, aguinaldo o seguridad social, como en el caso de los supermercados que ocupan a personas de edad para ayudar a sus clientes en el empaque y traslado de mercancías, haciéndolos depender sólo de las propinas que se les regale²⁰.

-Manejo de dinero: Los adultos mayores son a veces víctimas de abusos financieros, pues hay personas que abusan de la vulnerabilidad de los mismos, generalmente los abusadores son parte de su familiar, es decir, el cónyuge, los hijos o los nietos. Se creen con el derecho de disponer de los bienes, pues probablemente los heredarán después. Pueden tomar el dinero o las propiedades para prevenir que otros miembros de la familia lo hagan, o por miedo a que su herencia se pierda por los costos de tratamientos de las enfermedades que sufra el adulto mayor. O simplemente hacen uso del dinero o propiedades porque tienen deudas personales²¹.

Familiar:

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional y social y aun económico para los miembros de edad avanzada y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus adultos mayores. Este apoyo se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente. Aunque existen casos en que en su afán de ayudar se convierten en sobreprotectores, subestimándolos como individuos irresponsables,

creando humillación que puede dar origen a problemas de adaptación²².

-Con quien vive: Cuando el adulto mayor pertenece a un grupo familiar extenso y ninguno de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este, viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga; circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que todo persona desea.

-Cuidado familiar: Cuando el adulto mayor se traslada a vivir al domicilio de su hijo (os) soporta los problemas correspondientes a su ciclo vital personal y familiar a su vez puede estar viviendo crisis familiares o individuales lo cual afecta al adulto mayor ya que piensa que todos los problemas son por su culpa y piensan que son una carga para la familia.

La mayor parte de las personas mayores que necesitan cuidados son mujeres (esto es lógico, pues la esperanza de vida de la mujer es superior a la del hombre) y la mayoría de los familiares que proveen asistencia son también mujeres²³.

-No recibir visitas familiares: En la gran mayoría el adulto mayor no tiene contacto con amigos, no recibe la visita de sus familiares, vecinos, no participa en reuniones familiares, ni en decisiones de la familia. Por lo que se ven afectados emocionalmente y por ende

decae su salud. La visita familiar es muy importante ya que ayuda a fortalecer los lazos de amor hacia el adulto mayor.

AUTOCAUIDADO:

El autocuidado está referido a aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, determinado por aspectos propios del individuo y aspectos externos que no dependen de él.

PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO:

Es el conjunto de actividades que el adulto mayor realiza por sí mismo en bien de su salud.

Nutrición:

-Alteraciones dentales: La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión.

Asimismo, pueden faltar piezas dentales, por lo que es necesario tener en cuenta algunas modificaciones en su alimentación. Las comidas deben ser de textura blanda para facilitar la deglución y la digestión.

-Consumo de carnes: Consumir preferentemente carnes blancas, como pollo, pavo o pescado, o carnes rojas magras. Se debe preferir los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor. Evitar el uso excesivo de sal y azúcar, e incluir un consumo mínimo de dos litros de agua diarios. La última comida debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo, a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Su valor individual dependerá de cada sujeto, de su edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc.

-Consumo de menestras: Se debe promover el consumo de menestras dos veces por semana en poca cantidad, muy cocidas y siempre en combinación con cereales²⁵.

-Consumo de frutas, verduras y productos lácteos: Para ello es importante consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y vitaminas, e incorporar regularmente alimentos ricos en fibras. Este concepto se refiere a la cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos), agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo.

Los alimentos que aportan fibra para mejorar la salud del intestino son los productos integrales, verduras y frutas también cierto tipo de lácteos. Asimismo, el adulto mayor debe consumir más pescados y grasas omega en su forma natural, como el sacha inchi, linaza, aceite de oliva, entre otros.

Las verduras y frutas poseen antioxidantes. Estas sustancias son importantes, puesto que bloquean la formación de radicales libres, los cuales producen envejecimiento prematuro celular y la aparición de enfermedades crónicas, incluso el cáncer²⁶.

-Deja de comer: Asimismo se debe evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, cuatro comidas diarias. Mantener su peso ideal, de acuerdo a su talla, edad y estatura²⁷.

Higiene corporal:

-Higiene personal: La higiene en la persona adulta mayor constituye una norma de vida muy importante, ya sea para la prevención de enfermedades, para la recuperación de un buen estado de salud o como estímulo al mantenimiento de los hábitos característicos de un estilo de vida. El hombre que envejece ha de poder vivir según hábitos ligados a su educación, a su cultura, a sus necesidades, a sus tradiciones y a su forma de ser.

-Productos para su higiene: La higiene corporal comienza con el baño interdiario, de preferencia con jabón neutro. El baño ayuda a quitar impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto

relajamiento. La muda de ropa más importante es la interior. Es muy saludable que después del baño se aplique crema o aceite en todo el cuerpo, especialmente en los pies donde haya callos y/o grietas. Tener cuidado con los cambios bruscos de temperatura al salir del baño. El baño debe ser corto y no muy caliente. Después de él, lubricar la piel con crema es un deber. En cuanto al pelo, se recomienda un lavado dos veces por semana con un champú suave. No lavarlo por tiempo prolongado ayuda a la acumulación de células muertas que producen picazón. El uso generalizado de talco y las fricciones con colonia son prácticas que deben desterrarse²⁸.

-Higiene bucal: La caries y la enfermedad de las encías son provocadas por la placa, una combinación pegajosa de bacterias y comida. La placa comienza a acumularse en los dientes en un período de 20 minutos luego de haber comido. Si los dientes no se lavan todos los días, la placa provocará caries. Si usted no remueve la placa, ésta se convierte en un depósito duro que se conoce como sarro y que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que producen provocan que las encías se inflamen y tengan mayor sensibilidad²⁹.

Cuidado de la piel:

-Revisión periódica: El cuidado de las personas mayores no sólo tiene como objetivo proporcionarles atención médica. A veces, el arreglo personal también tiene mucha importancia. Esto es especialmente en el cuidado de la piel de los adultos mayores.

Mejorar la piel de las personas mayores también ayudar a que se sientan bien consigo mismos. El cuidado de la piel evita problemas de la dermis que tienen su origen por diversas circunstancias. Los adultos mayores necesitan cuidar su piel manteniéndola limpia. Es importante saber que las personas a esta edad son más propensas a la piel seca, especialmente aquellos que viven en zonas cálidas.

Se debe tener en cuenta que el lavado frecuente no necesariamente ayuda a la salud de la dermis. De hecho, el exceso de jabón y el agua pueden disminuir los aceites naturales en la piel y por lo tanto limitar la humectación natural. Es recomendable utilizar un jabón para piel delicada³⁰.

Revisar periódicamente la piel, prestando especial atención a las pecas, manchas y lunares, comprobando si aumentan de tamaño, o cambian de forma o textura o si existe alguna herida o úlcera que no cicatriza. Cualquiera de estos signos puede tratarse de una lesión cancerosa y debe analizarse cuanto antes por el dermatólogo

-Protección: La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) recuerda que la piel del adulto mayor es más frágil, seca y menos elástica, lo cual facilita la aparición de infecciones y de otros tipos de lesiones, como tumores y lesiones por exposición solar. Para evitar lesiones cutáneas, la SEGG recomienda: que se debe tomar sol con moderación, el cual tiene efectos beneficiosos en la absorción de la vitamina D pero no se debe estar expuesto más de 15 minutos al día, antes de las 10 h o después de las 19 h. Asimismo deben protegerse con foto protector de factor 25 o más³¹.

Aspectos generales del adulto mayor:

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones, como viejo, anciano, geronte, entre otras.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento³².

La sociedad y el adulto mayor:

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

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El adulto mayor suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Proceso de envejecimiento:

El envejecimiento consiste, básicamente, en el deterioro progresivo de órganos y sistemas del cuerpo. Se refiere a los cambios degenerativos que alteran el funcionamiento de órganos vitales y terminan causando la muerte.

“El proceso de envejecimiento depende de factores intrínsecos al individuo y factores ambientales a él; lo que afecta no es la conducta cotidiana del organismo con su medio, sino sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse a una situación insólita tanto de origen biológico, psicológico y social”³³.

Intervención de enfermería en la prevención del abandono del adulto mayor.

Generalmente, implica la interacción directa con la red social informal (familia, comunidad) de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones.

El solo hecho de que el adulto mayor, se encuentre rodeado de personas que lo comprenden y a las que podría contar sus problemas, le ayuda a superarlos, en ocasiones, sin recibir siquiera la ayuda de esas personas; por lo general, los adultos mayores

recurren en primer lugar a las redes sociales informales, donde la familia es la principal fuente de apoyo social del adulto mayor³⁴.

PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. 2013-2017:

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, reúne el esfuerzo de planificación concertada realizado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad, los sectores, instituciones comprometidas y los 26 Gobiernos Regionales, para definir los objetivos estratégicos, resultados e intervenciones liderados por el MIMP y ejecutados por las entidades de los tres niveles de gobierno. El marco conceptual que sustenta el presente Plan Nacional se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los mayores logros de la humanidad. Además, establece para el criterio de vejez desde el punto de vista cronológico la edad de 60 años a más, como determinante de las personas adultas mayores.

Se han identificado un conjunto de cuatro (4) objetivos estratégicos, así como 23 acciones estratégicas con bienes y prestaciones de servicios que el Estado debe brindar a los ciudadanos y ciudadanas de 60 y más años, desde sus tres niveles de gobierno, con el objetivo de mejorar su calidad de vida mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, la promoción de sus derechos, e intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil.

Asimismo, este Plan Nacional ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque inter-

generacional. Dichos enfoques buscan orientar las acciones del Estado para lograr que el Perú sea una sociedad para todas y todos sus habitantes, sin distinción de su edad, raza, sexo o condición social. Igualmente, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 se construye desde el enfoque del servicio a la ciudadanía, es decir, desde un proceso de planificación que tuvo como finalidad identificar los servicios públicos y acciones que el Estado, en sus tres niveles de gobierno, debe brindar y ejecutar a favor de las Personas Adultas Mayores³⁵.

Teoría de Enfermería: DOROTEA AOREM

En su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de tres relacionadas entre sí:

-Teoría del autocuidado: Aquí se explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia ya que es una actividad aprendida por los propios individuos orientada hacia un objetivo para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar.

-Teoría del déficit del autocuidado: Se explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a causa de salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado dependiente.

-Teoría de los sistemas de enfermería. En las que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas.

Afirma, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. La teoría de

autocuidado es aplicable para todas las edades y grados de bienestar. Orem, para explicar estos conceptos hace referencia a los sistemas de "cuidados de enfermería" y sugiere tres sistemas:

-El sistema de compensación total. En este sistema el usuario no tiene ningún papel activo en la realización de los autocuidados y el profesional de enfermería ayuda actuando en lugar del usuario.

-El sistema educativo de apoyo. El usuario es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de "autocuidado" terapéuticos, pero debe ser ayudado para poder hacerlo.

-El sistema de compensación parcial. El usuario y la enfermera participan en los cuidados de higiene y en otras técnicas de cuidados necesarios.

-La evaluación geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional en el que intervienen diferentes factores, tales como: el ambiente en que se desenvuelven los ancianos, la relación del profesional de la salud y paciente, y profesional de la salud y familiares, la historia clínica del anciano que comprende aspectos médicos, psíquicos, funcionales y sociales³⁶.

Las concepciones mencionadas sobre el autocuidado deben tomar en cuenta las necesidades y potencialidades de los adultos mayores. Se deben considerar las siguientes actividades:

-Promoción y fomento de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.

-Prevención de la enfermedad a través del control y disminución de factores de riesgo.

-Mantenimiento, recuperación de la salud y rehabilitación.

-También incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y mujer como ser holístico.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos por los adultos mayores ya que es un fenómeno activo que requiere que las personas de esta etapa sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones controlar sus propias vidas y asegurarse de la posibilidad de gozar de un buen estado de salud, ya que permite alcanzar una mejor calidad de vida ,a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensable para tener un envejecimiento pleno y saludable³⁷.

II.c. HIPÓTESIS:

II.c.1. Hipótesis Global:

El estado de abandono es evidente y las prácticas de autocuidado del adulto mayor son deficientes, en la jurisdicción de la Microred de Salud de Pueblo Nuevo Ica, julio 2016.

II.c.2. Hipótesis derivadas:

H.D.1. El estado de abandono del adulto mayor según dimensiones: sociales, físicas, económicas y familiares, es evidente.

H.D.2. Las prácticas de autocuidado según las dimensiones: nutrición, higiene corporal y cuidados de la piel son deficientes en el adulto mayor en la jurisdicción de la de Microred de salud Pueblo Nuevo.

II.d. VARIABLES:

- ❖ **Variable 1:** Estado de abandono.
- ❖ **Variable 2:** Prácticas de autocuidado.

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

Estado de abandono: La negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros de la familia.

Autocuidado: El autocuidado está referido a aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, determinado por aspectos propios del individuo y aspectos externos que no dependen de él.

Adulto mayor: En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones, como viejo, anciano, geronto, entre otras.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es descriptiva, ya que se muestran las variables como se han observado en la realidad durante la recolección de los datos; es de diseño no experimental, porque no se manipulan intencionalmente las variables de estudio; es transversal, pues los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo; es de enfoque cuantitativo, por tanto la información obtenida se presenta en cuadros y gráficos numéricos haciendo uso de la estadística descriptiva.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en la Microred Pueblo Nuevo, que se encuentra ubicado en la calle Luis Camino Dibos S/N, distrito de Pueblo Nuevo, brinda atención en los servicios de medicina general, odontología, obstetricia, enfermería, farmacia, saneamiento ambiental laboratorio y servicios generales; también ofrece una atención integral por etapas de la vida: al niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor, así como las estrategias sanitarias de la familia y comunidad; cuenta con un total de 25 trabajadores y la atención es de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 20:00 horas.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

- **Población total:** En todo el distrito de Pueblo Nuevo hay 720 adultos mayores.
- **Acuden:** 204 adultos mayores a la Microred de Pueblo Nuevo.
- **Muestra:** La muestra estuvo constituida por 24 adultos mayores que acuden en dicho centro, seleccionados a través del muestreo no probabilístico intencional, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión**
 - Adultos mayores en pleno uso de sus facultades mentales.
 - Adultos mayores que asistan regularmente a la micro-red de Pueblo Nuevo.
 - Adultos mayores que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
- **Criterios de exclusión**
 - Adultos mayores con alteración de sus facultades mentales.
 - Adultos mayores que no asistan regularmente a la micro-red de Pueblo Nuevo.
 - Adultos mayores que no aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se empleó en la recolección de datos fue la entrevista, tomando como instrumento la guía de entrevista estructurada. Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos previamente a un control de calidad, a través de la concordancia de opinión de juicio de expertos, posteriormente se demostró su confiabilidad a través de la Correlación de Pearson.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se inició con la autorización previa solicitada a la Dirección de la Microred, posteriormente se coordinó con el profesional de enfermería responsable de la atención al adulto mayor, quien brindó las facilidades para la aplicación del instrumento de recolección de datos. Se tomó en cuenta los principios éticos de la investigación considerando el respeto, privacidad, confidencialidad, la beneficencia y libre voluntad del investigado de responder la entrevista.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El plan de procesamiento de datos siguió, básicamente, la siguiente secuencia:

- **Elaboración del libro de códigos:** En el cual se determinó el código para cada categoría.
- **Elaboración de la Tabla Matriz:** En la cual se almacenó la información recopilada.
- **Clasificación de los Datos:** La información se distribuyó en frecuencias y porcentajes a través de tablas estadísticas.
- **Tabulación y presentación de los Datos:** Se elaboró cuadros de distribución de frecuencias y porcentajes, gráficos, que son aportes de la estadística descriptiva.

Para la variable estado de abandono se consideró la frecuencia simple traducida en porcentajes y para los resultados globales se aplicó el promedio aritmético.

Los valores asignados a la variable prácticas de autocuidado y sus dimensiones son las que a continuación se mencionan, se realizó a través de una sumatoria simple y dividida en dos intervalos:

Dimensión Nutrición:

Eficiente	7 a 8 puntos
Deficiente	4 a 6 puntos

Dimensión Higiene corporal:

Eficiente	5 a 6 puntos
Deficiente	3 a 4 puntos

Dimensión Cuidados de la piel:

Eficiente	8 a 10 puntos
Deficiente	5 a 7 puntos

Variable Prácticas de autocuidado:

Eficiente	19 a 24 puntos
Deficiente	12 a 18 puntos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS:

TABLA N°1

**DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN
DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016**

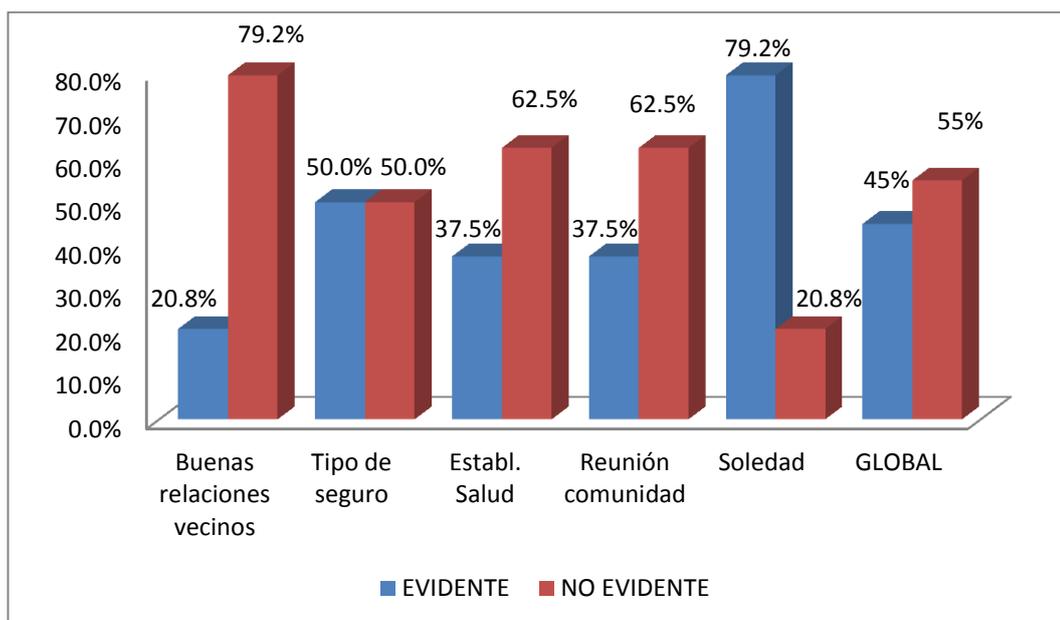
DATOS GENERALES	CATEGORÍA	Fr.	%
EDAD	65 a 68 años	09	37.5
	69 a 72 años	07	29.2
	73 a más años	08	33.3
SEXO	Femenino	14	58.3
	Masculino	10	41.7
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	01	04.2
	Casado(a)	12	50.0
	Conviviente	01	04.2
	Viudo(a)	10	41.6
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	09	37.5
	Primaria	08	33.3
	Secundaria	06	25.0
	Superior	01	04.2
TOTAL GENERAL		24	100.0

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Según los datos generales, encontramos que el 37.5% (09) tienen de 65 a 68 años, el 58.3% (14) son de sexo femenino, el estado civil que predomina es el casado en el 50% (12) y un 37% (09) no tiene instrucción.

GRÁFICO N° 1

ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

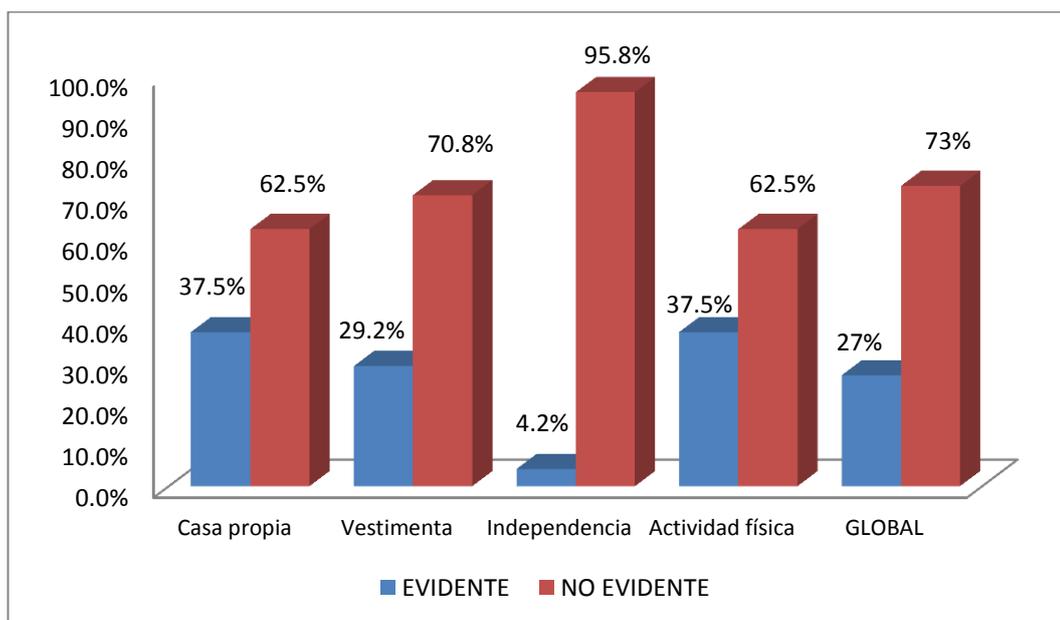


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Respecto al estado de abandono del adulto mayor según dimensión social, se observa en el gráfico que según el momento de soledad el abandono es evidente en el 79.2% (19), según algún tipo de seguro es evidente en el 50% (12), mientras que en los otros indicadores el estado de abandono no es evidente; teniendo como resultado global en esta dimensión que el estado de abandono no es evidente en el 55% (13) y es evidente en el 45% (11).

GRÁFICO N° 2

ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICO EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

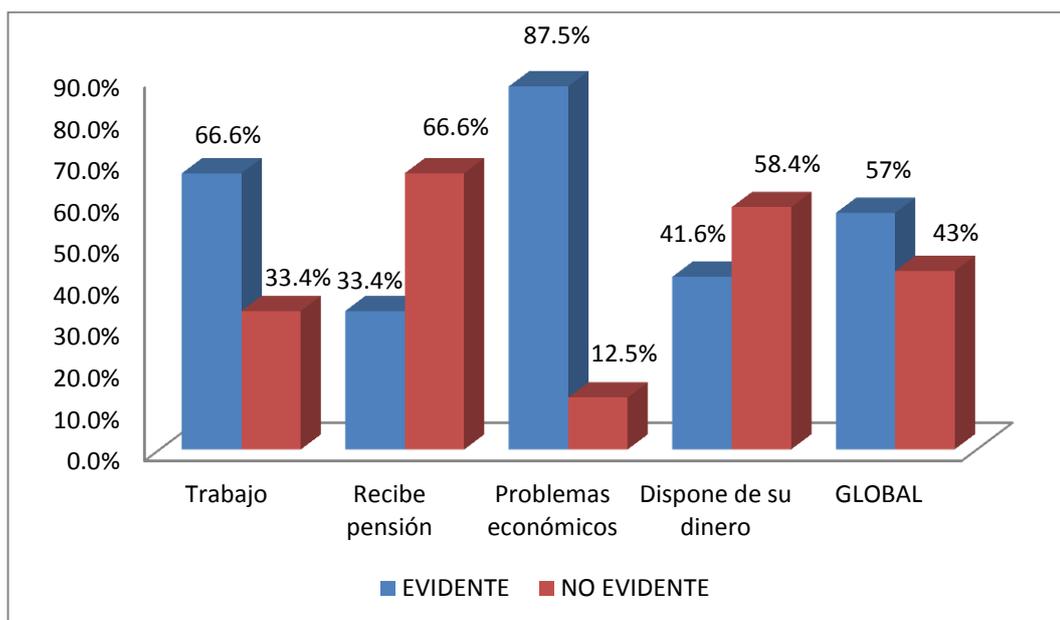


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Según el aspecto físico, el estado de abandono del adulto mayor respecto a su independencia, no es evidente en el 95.8% (23), según la vestimenta no es evidente en el 70.8% (17), según actividad física y casa propia no se evidencia estado de abandono en el 62.5% (15) respectivamente; no encontrándose datos muy significativos de estado de abandono, como resultado global de ésta dimensión observamos que en el 73% (18) no se evidencia estado de abandono y solo en 27% (06) el estado de abandono es evidente.

GRÁFICO N° 3

ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN ECONOMICO EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

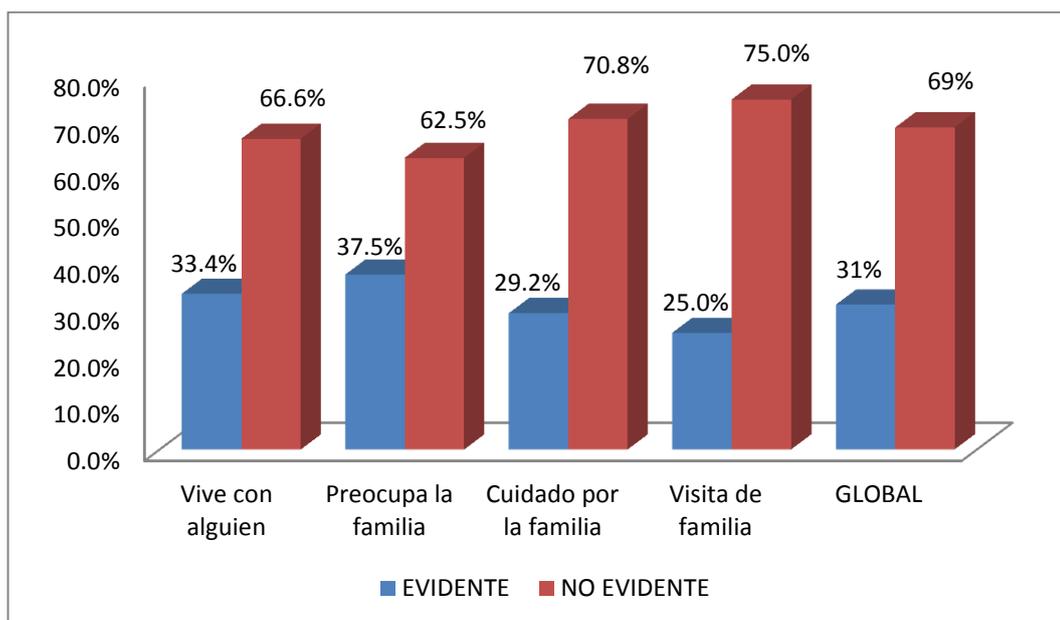


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Respecto a la dimensión económica, se observa que según el indicador problemas económicos el abandono del adulto mayor es evidente en el 87.5% (21), según el indicador trabajo es evidente en el 66.6% (16), según el indicador si recibe alguna pensión no es evidente en el 66.6% (21), según disposición de su dinero no se evidencia abandono en el 58.4% (14), obteniendo en ésta dimensión un estado de abandono evidente en el 57% (14) y no evidente en el 43% (10).

GRÁFICO N° 4

ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

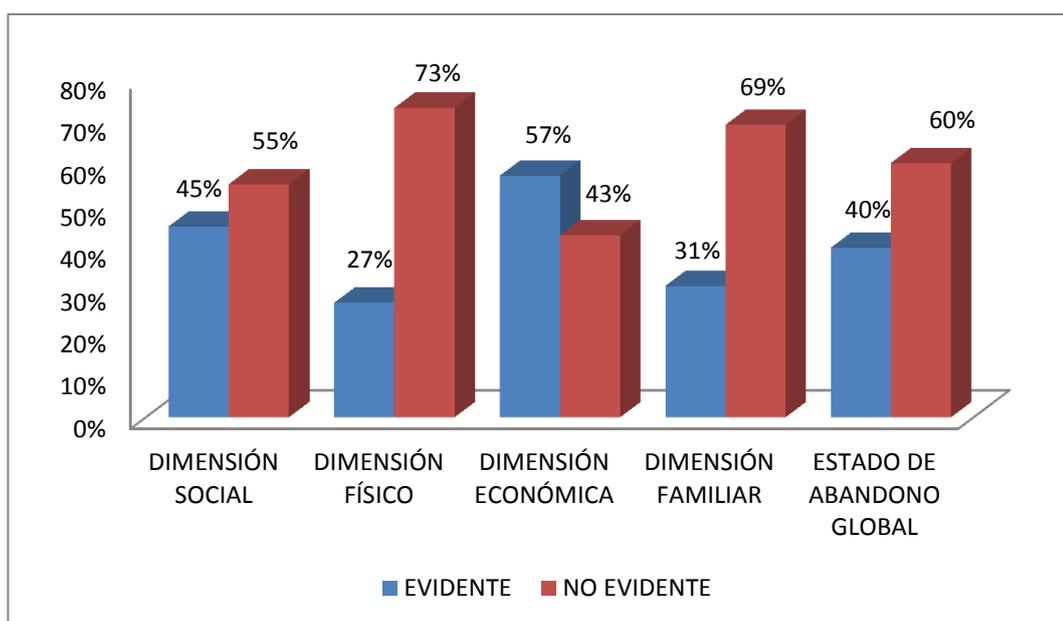


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación :Respecto al estado de abandono del adulto mayor según dimensión familiar, los resultados nos muestran que en el indicador visita familiar no se evidencia estado de abandono en el 75% (18), en el cuidado por la familia no es evidente en el 70.8% (17), en la convivencia con alguien, no es evidente en el 66.6% (16) y no se evidencia estado de abandono según preocupación de la familia en el 62.5% (15), como resultado global en ésta dimensión no se evidencia estado de abandono en el 69% (16) mientras que solo en el 31% (08), el estado de abandono es evidente.

GRÁFICO N° 5

ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

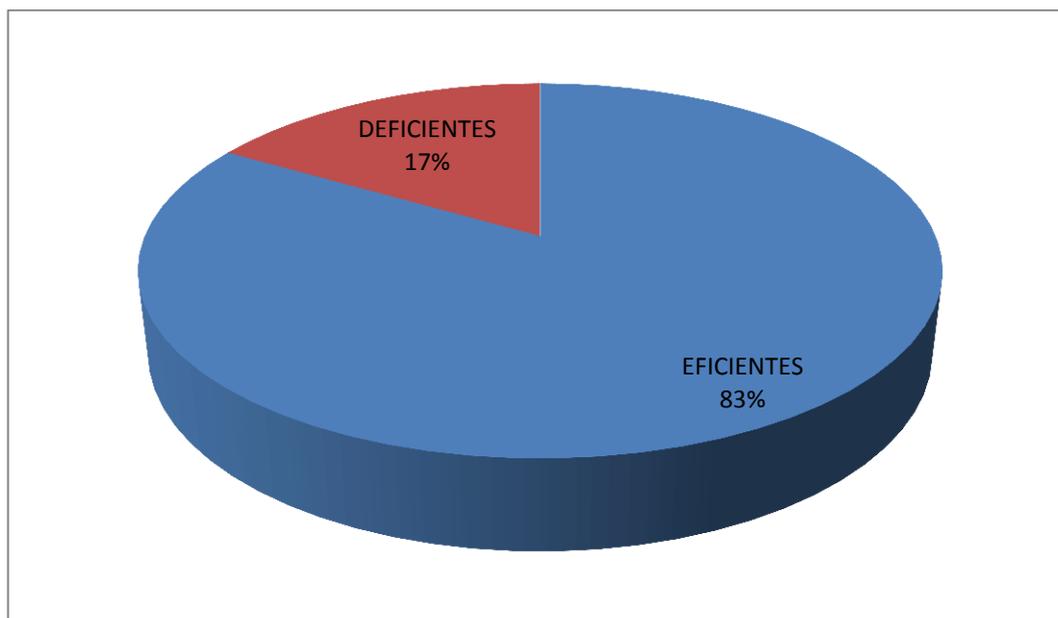


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Según resultados globales el estado de abandono no es evidente en la dimensión físico en el 73% (18), en la dimensión familiar no es evidente en el 69% (16), en la dimensión social no es evidente en el 55% (13), encontrándose evidencia de estado de abandono solo en la dimensión económica en un 57% (14), por lo que el estado de abandono del adulto mayor no es evidente en el 60% (14) y es evidente en el 40% (10).

GRÁFICO N°6

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

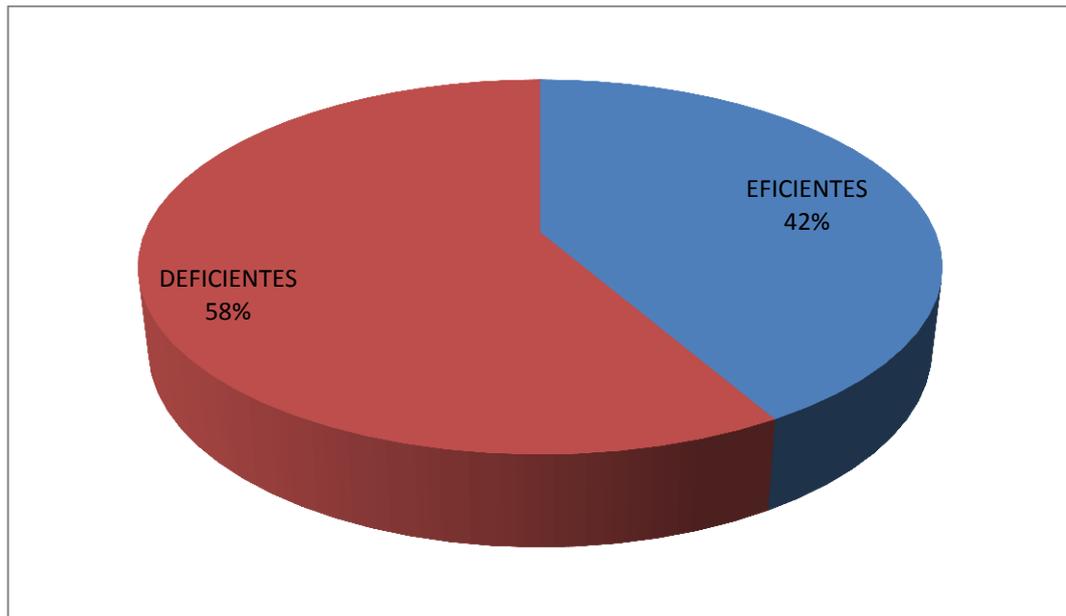


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: En relación a las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión nutrición, el gráfico nos muestra que el 83% (20) realizan prácticas de autocuidado eficientes y el 17% (04) realizan prácticas deficientes.

GRÁFICO N° 7

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

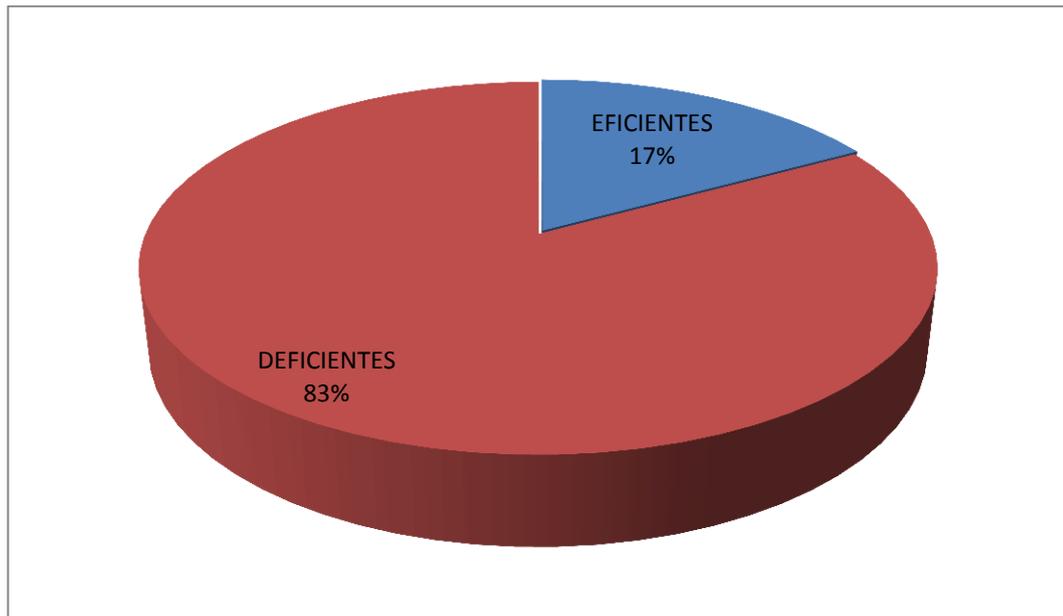


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Respecto a las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión higiene corporal, observamos en el gráfico que el 58% (14) realizan prácticas deficientes, mientras que el 42% (10) realizan prácticas de autocuidado eficientes.

GRÁFICO N° 8

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016

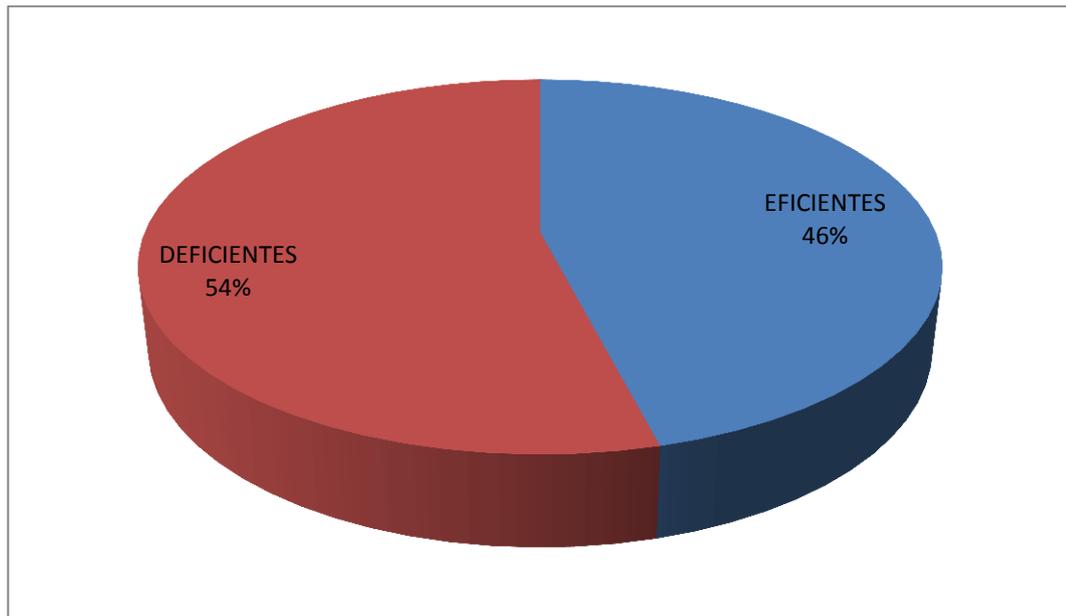


Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Según la dimensión cuidados de la piel, podemos observar en el gráfico que el 83% (20) de los adultos mayores, realizan prácticas de autocuidado deficientes y solo el 17% (04) realiza prácticas de autocuidado eficientes.

GRÁFICO N° 9

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO ICA JULIO 2016



Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores que asisten y que viven en la jurisdicción de la Microred de salud de Pueblo Nuevo en el mes de Julio 2016.

Interpretación: Según los resultados globales podemos observar que el 54% (13) de los adultos mayores, realizan prácticas de autocuidado deficientes, mientras que en el 46% (11) las prácticas de autocuidado son eficientes.

IV.a. DISCUSIÓN:

Según el estudio se encontraron los siguientes hallazgos:

TABLA N° 1: Según los datos generales, el 37.5% tienen de 65 a 68 años, el 58.3% son de sexo femenino, el estado civil que predomina es el casado en el 50% y un 37% no tiene instrucción.

Según los resultados obtenidos respecto a los datos generales de los sujetos en estudio en el cual el 37.5% tienen de 65 a 68 años, y el 58.3% son de sexo femenino, lo cual queda evidenciado con las estadísticas mundiales según género, por lo que como Profesionales de Enfermería debemos brindar atención de Enfermería no sólo en momentos de enfermedad, sino también para promocionar el bienestar. Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en reorientar las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, de manera que la comunidad misma sirva de mecanismo mediante el cual se pueda evitar el confinamiento temprano o innecesario del adulto mayor en su domicilio o en instituciones de larga estancia.

GRÁFICO N°1: Respecto al estado de abandono del adulto mayor según dimensión social, el abandono es evidente en el 79.2% porque siente soledad, según algún tipo de seguro es evidente en el 50%, mientras que en los otros indicadores el estado de abandono no es evidente; teniendo como resultado global en esta dimensión que el estado de abandono no es evidente en el 55% y es evidente en el 45%. Comparados con los estudios de Roselyn F¹³. Según dimensión Social en sus indicadores el 70% tiene prácticas adecuadas en sus dimensiones sociales el cual difiere con nuestro estudio, al igual que Revatta F.⁹ en su estudio considera que en la dimensión social en el 66%(33) tiene una calidad de vida regular.

El abandono social hacia el adulto mayor suele definirse como: la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional. Las personas que en todo momento deberían mostrar más apoyo, son aquellas con quienes hemos compartido el mayor tiempo de nuestras vidas, la cual es la familia. Lamentablemente, en la sociedad actual, este concepto no es el que en realidad está presente en la mayoría de los hogares, por el contrario, es la familia aquella que no se interesa por el estado en el que se encuentran los adultos mayores, dejándolos solos y sin ningún tipo de ayuda

GRÁFICO N°2: Según el aspecto físico, el estado de abandono del adulto mayor respecto a su independencia, no es evidente en el 95.8%, según la vestimenta no es evidente en el 70.8%, según actividad física y casa propia no se evidencia estado de abandono en el 62.5%; no encontrándose datos muy significativos de estado de abandono, como resultado global de ésta dimensión en el 73% no se evidencia estado de abandono y solo en 27% el estado de abandono es evidente, resultados diferentes con Garcilazo M.¹⁵ en el cual prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.

En esta dimensión no se evidencian datos muy significativos de abandono, pero se puede notar pequeños porcentajes de abandono dando margen a que existan personas adultas mayores que se sientan abandonados en su propia casa debido a que la familia se dedica la mayor parte del tiempo en su vida laboral y ello le ocupa la mayor parte del tiempo que cuando llegan a la casa lo único que desean es descansar y dejan de lado al adulto mayor.

GRÁFICO N°3: Respecto a la dimensión económica, el abandono del adulto mayor es evidente en el 87.5%, según el indicador trabajo es evidente en el 66.6%, si recibe alguna pensión no es evidente en el 66.6%, en la disposición de su dinero no se evidencia abandono

en el 58.4%, obteniendo en ésta dimensión un estado de abandono evidente en el 57% y no evidente en el 43%. Al respecto Ibáñez T.¹⁴ en su investigación afirma que los adultos mayores están sometidos al abandono económico, influyendo todo ello negativamente en el adulto.

En esta dimensión se aprecia que existe datos significativos de abandono en el adulto mayor, mayormente se da cuando el encargado de cuidar al adulto mayor y sus bienes, hace un uso indebido del patrimonio que custodia. Es posible que quien realiza este maltrato no se dé cuenta de que sus conductas son abusivas y negligentes hacia su familiar, que pueden ser sus padres o abuelos; la sociedad debe preparar a la familia especialmente a las nuevas generaciones para garantizar una convivencia armónica donde no se evidencie el abandono en el adulto mayor.

GRÁFICO N°4: Respecto al estado de abandono del adulto mayor según dimensión familiar, los resultados nos muestran que en el indicador visita familiar no se evidencia estado de abandono en el 75%, en el cuidado por la familia no es evidente en el 70.8%, en la convivencia con alguien, no es evidente en el 66.6% y no se evidencia estado de abandono según preocupación de la familia en el 62.5%, como resultado global en ésta dimensión no se evidencia estado de abandono en el 69% mientras que solo en el 31%, el estado de abandono es evidente, resultados que se pueden comparar con Ibáñez T.¹⁴ el cual permiten afirmar que los adultos mayores están sometidos al abandono de sus familias, influyendo todo ello negativamente en el adulto mayor produciéndole infelicidad por la forma de vida a la que se enfrenta a diario.

Todas estas y cada una de esas consideraciones lleva a que el adulto mayor se le abandone y a la sociedad no le importa. A veces, puede ocurrir que a la familia si le interese este adulto, pero, la característica de la sociedad presiona a cada uno de sus miembros

por producir. Nadie se preocupa de él y si lo hacen es a medias, esto ocasiona en el adulto mayor sentimientos de estorbo deteriorando su vida afectiva, mental y física.

GRÁFICO N°5: Según resultados globales el estado de abandono no es evidente en la dimensión física en el 73%, en la dimensión familiar no es evidente en el 69%, en la dimensión social no es evidente en el 55%, encontrándose evidencia de estado de abandono solo en la dimensión económica en un 57%, por lo que el estado de abandono del adulto mayor no es evidente en el 60% y es evidente en el 40%. Estos resultados se contraponen con los de Ibáñez T. ¹⁴ cuyos resultados demuestran un abandono total de los adultos mayores.

Al respecto Pacheco M.¹¹ en su investigación refieren que los resultados derivados permitieron determinar una alta prevalencia de alteraciones emocionales y mentales causadas principalmente por el abandono obteniéndose que el 57% de la población está dentro de parámetros de depresión leve, seguida de un 34% de depresión establecida y un 9% se consideran estado.

El abandono en los adultos mayores es un problema cada vez más visible en nuestra sociedad, no es necesario buscar en lugares específicos para poder darnos cuenta la gran cantidad de personas de la tercera edad, en situación de abandono tanto físico, como moral. Así también, según los resultados obtenidos en forma global en el cual los adultos mayores del estudio presentan abandono económico en 57% , estos se encuentran en una deficiente situación económica, y los familiares no son capaces de cubrir sus necesidades básicas por sus propios medios, razón por la cual algunas veces se ven obligados a acudir a instituciones públicas o privadas donde les ayudan a cubrir algunas de éstas carencias, como alimentarse, compartir con sus pares, de la mejor manera como estos establecimientos puedan brindarles.

GRÁFICO N°6: En relación a las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión nutrición, en el 83% de los adultos mayores realizan prácticas de autocuidado eficientes y el 17% realizan prácticas deficientes, resultados diferentes con Roselyn F. ¹³ donde obtuvo que un 52% tiene practicas inadecuadas en el estado nutricional; mientras que Revatta F.⁹ concluye en la dimensión alimentación en el 42% son moderadamente adecuados asemejándose a nuestra investigación.

Podemos inferir que de acuerdo a las edades en mayor proporción de 65 a 68 años, la población en estudio conlleva a realizar en forma eficiente las medidas de autocuidado ya que el 50% de ellos son casados y comparten con sus familiares la vida cotidiana, que implica las diversas acciones en su autocuidado en lo que respecta a la alimentación, observándose asimismo un 17% que realizan prácticas deficientes, por lo que debemos actuar como profesionales sanitarios en la captación de estos adultos mayores para informarles sobre las acciones que debería realizar tendientes a su propio autocuidado.

GRÁFICO N°7: Respecto a las prácticas de autocuidado del adulto mayor según dimensión higiene corporal, en el 58% realizan prácticas deficientes, mientras que el 42% realizan prácticas de autocuidado eficientes, resultados similares con Roselyn F.¹³ donde obtuvo 51% tiene practicas adecuadas con su piel cuidando la higiene personal cuya semejanza en ambos adultos se enfatiza en el baño diario e higiene matinal observando diferencia con aumento en la frecuencia del baño en verano en las mujeres; Revatta F.⁹, según higiene en el 80% son moderadamente adecuados.

La higiene en la persona adulta mayor constituye una norma de vida muy importante, ya sea para la prevención de enfermedades, para la recuperación de un buen estado de salud o como estímulo al mantenimiento de los hábitos característicos de un adecuado estilo

de vida. Por lo que debemos de mantener el interés por la higiene personal de los adultos mayores en estudio, incluso en condiciones físicas afectadas y de forma especial al estado de autosuficiencia y a la vivacidad psíquica. El cuidado de la higiene personal ha de ser diario e incluso repetirse varias veces al día, por la facilidad con la que algunos adultos mayores tienden a ensuciarse. El rol, es por tanto, directo e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia de la higiene corporal.

GRÁFICO N°8: Según la dimensión cuidados de la piel, en el 83% de los adultos mayores, realizan prácticas de autocuidado deficientes y solo el 17% realiza prácticas de autocuidado eficientes resultados que defieren con Roselyn F.¹³ donde obtuvo 51% tiene practicas adecuadas con su piel ¹³ donde los cuidados de la piel se enfatizan en el baño diario e higiene matinal.

Si bien es cierto los pacientes son adultos mayores pero todavía conservan sus facultades cognitivas y físicas, y esto los hace más independientes en las decisiones para su autocuidado más allá que puedan, pero ellos toman sus decisiones a veces no tan adecuadas para su salud, en estas edades también encontramos adultos mayores que se encuentran laborando o asumen roles en el hogar, por consiguiente estos pacientes están cargados de actividades por lo cual no toman conciencia de los cuidados de la piel y descuidan su autocuidado.

GRÁFICO N°9: Según los resultados globales en el 54% de los adultos mayores, realizan prácticas de autocuidado deficientes, mientras que en el 46% las prácticas de autocuidado son eficientes, obteniéndose resultados parecidos con los antecedentes de estudio Israel E. Millán M.¹⁰, donde el autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes; Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y.¹² en el cual ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la

atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo y finalmente Revatta F.⁹ concluye que la capacidad de autocuidado es moderadamente adecuada.

Se observa resultados en forma global como prácticas de autocuidado deficientes por lo que es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se están realizando en forma deficiente en la población en estudio, en el caso particular de la investigación realizada se debe enfatizar en la promoción de autocuidados proporcionada por la enfermera que permita al adulto mayor tomar parte activa y consciente en la prevención de enfermedades. Por lo tanto, la promoción de los autocuidados puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

CAPITULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES:

Se puede concluir que se logró cumplir con los objetivos trazados con respecto al estado de abandono y autocuidado del Adulto Mayor. Encontrando los siguientes resultados:

1. El estado de abandono del adulto mayor no es evidente en las dimensiones sociales, físicas, y familiares, **rechazándose la hipótesis derivada para éstas dimensiones**; pero es evidente en la dimensión económica, **aceptándose la hipótesis derivada para ésta dimensión.**
2. Las prácticas de autocuidado según dimensión nutrición es eficiente, **rechazándose la hipótesis derivada para ésta dimensión** y según higiene corporal y cuidados de la piel son deficientes, **aceptándose la hipótesis derivada para éstas dimensiones.**

V.b. RECOMENDACIONES:

1. Aun habiendo obtenido como resultado estado de abandono evidente solo en la dimensión económica, se observa porcentajes significativos de evidencia de abandono en las otras dimensiones, por lo que se sugiere a los profesionales de enfermería de la Microred de Pueblo Nuevo, tener un registro organizado de los adultos mayores de la jurisdicción consignando los datos principales como por ejemplo: con quien vive, si cuenta con una pensión económica, persona que es responsable de su cuidado, etc. Ya que ellos ya no trabajan y necesita el apoyo familiar y así realizar un monitoreo periódico de los adultos de su competencia, trabajar con un equipo multidisciplinario, pues la atención del adulto mayor no solo es responsabilidad del profesional de enfermería, sino de todo el equipo de salud, e incluir también a la familia.
1. A medida que la edad avanza, se van deteriorando múltiples funciones en la persona, por lo que las mediadas de autocuidado disminuyen; el consejo va dirigido a que el profesional de enfermería, comprometa a la familia o la persona que convive con el adulto mayor, a participar de su cuidado, incentivar al adulto mayor a realizar todas sus actividades las cuales pueda hacerlas sin dificultad, y suplir aquellas necesidades que no puedan ser satisfechas por el propio adulto mayor, como por ejemplo ayudar en la higiene, cuidado de la piel, vestimenta, protección y otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS, [Base de datos] 2013 [Fecha de acceso 25 de enero de 2016] URL disponible en: <http://www.who.int/es/>.
2. OMS. [Base de datos] URL disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/.
3. Comisión de derechos humanos del distrito federal. Derechos de las personas adultas mayores, en Defensor, Revista de Derechos Humanos, 2013. Ciudad de México. URL disponible en: www.redalyc.org/pdf/112/11244805007.pdf.
4. Adultos mayores sufren explotación laboral. INAPAM. Delegación Yucatán, México. [Base de datos] 2008. URL disponible en: www.revistayucatan.com/v1/.../adultos-mayores-sufren-explotacion-labo.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Salud, bienestar y envejecimiento. Ecuador en cifras. [En línea] 2009. [Fecha de acceso 4 de febrero de 2016], URL disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf.
6. Zúñiga Ramos A, Pasquel Barrios P, Zamora Mendoza A. Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. [Fecha de acceso 4 de febrero de 2016] Desarrollo Científic Enferm. Vol. 20 N° 4 Mayo, 2012 URL disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-134.pdf>.
7. Consejo Nacional de Discapacidades. [Fecha de acceso 22 de junio de 2016] URL disponible en: www.conadisperu.gob.pe/observatorio/index.php/gestion/.../inei.html
8. Sánchez Águila A. INEI. Situación de la población adulta mayor, indicadores del adulto mayor Julio - Agosto - Setiembre 2016 Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares. Informe Técnico No 4 - Diciembre [Fecha de acceso 25 de noviembre de 2016] 2016 URL disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>.

9. Revatta F. Capacidad de autocuidado y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica que asiste a la unidad de hemodiálisis del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica. [Tesis licenciatura] Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista. Ica.
10. Israel E. Millán Méndez. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Cuba. [Tesis licenciatura] 2016. [Fecha de acceso 29 de noviembre de 2016] Disponible en: vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article:2fcf8e38b1d04aaa988441e85c7bb730.
11. Pacheco M. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el Asilo de Ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Ecuador [Tesis de titulación] 2016 [Fecha de acceso 4 de diciembre de 2016] URL disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/.../tesis%20manuel%20anibal%20pac...>
12. Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. Chiclayo Perú [Tesis licenciatura] 2015 [Fecha de acceso 4 de abril de 2016] URL disponible en: servicios.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/download/202/22.
13. Roselyn F T Practicas de Autocuidado del adulto mayor y percepción de la familia sobre el proceso de envejecimiento acentamineto humano san juan de la libertad chorrillos peru 2013 [Tesis licenciatura] 2014. [Fecha de acceso 4 de abril de 2016] URL disponible en: repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/.../BC-TES-3944.pdf?...1..
14. Ibáñez Rodríguez T. Influencia del abandono familiar en el bienestar subjetivo del adulto mayor en el Ciram la amistad del Policlínico El Porvenir – Essalud –” Trujillo – Perú. 2014 [Tesis licenciatura] URL disponible en: dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/1516?show=full.

15. Garcilazo-Salazar M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores” Lima. 2014 URL disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4131/1/Garcilazo_sm.pdf.
16. Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Geriatria: Capítulo VI Enfermería Geriátrica. URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria>].
17. Abandono social en el adulto mayor [Base de datos] 2013 URL disponible en: noemica-nohemiii.blogspot.com.
18. Corsi J. [Datos en línea] Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. México, 2001 p. 79.
19. Redondo N. Ancianidad y pobreza. Buenos Aires p.123.
20. Morales M. ¿La ley ignora la explotación laboral de los ancianos? [Base de datos] URL disponible en: <https://prezi.com/.../la-ley-ignora-la-explotacion-laboral-de-los-ancianos/>
21. Barrera M. Abuso económico a los adultos mayores. [Datos de internet] URL disponible en: escuchatussilencios.blogspot.com/.../abuso-economico-los-adultos-mayor.
22. Fernández F. Psicología Médica y Social. Salvat Editores 5ª. Edición. Madrid 1989.
23. Red latinoamericana de gerontología: Los adultos mayores. Un reto para la sociedad -10 al 14 de Marzo del 2003. URL disponible en: rppoblacion.uaemex.mx/pp/index.php/papelesdepoblacion/article/.../144.
24. Mendoza F. Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas del Distrito Federal. México: [En línea] 2013. OPS-OMS [Fecha de acceso 5 de julio de 2016] Disponible en: <http://cbs.xoc.uam.mx/forosalud/a02.pdf>.
25. Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud. 2006.

26. Alimentación del adulto mayor: priorice las fibras de frutas y verduras. [Fecha de acceso 6 de julio de 2016] URL disponible en: <http://elcomercio.pe/gastronomia/nutricion/alimentacion-adulto-mayor-priorice-fibras-frutas-verduras-noticia-649530>.
27. Nutrición y cuidados del adulto mayor. [Base de datos] Recomendaciones para una alimentación saludable. [Fecha de acceso 15 de julio de 2016] URL disponible en: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
28. Herrera J. Higiene y cuidados del adulto mayor salud. URL disponible en: es.slideshare.net/higiene-en-el-anciano.
29. Cuidado dental en adultos [Fecha de acceso 19 de julio de 2016]. URL disponible en: <https://medlineplus.gov> › Página Principal › Enciclopedia médica
30. Maguey P. Cuidado de la piel en personas mayores de 60 años URL disponible en: www.salud180.com/adultos-mayores/cuidado-de-la-piel-en-personas-mayores-de-60.
31. Cuidados para la piel de la persona mayor. Diario El Correo, S.A. Sociedad Unipersonal. BILBAO, 2008. [Fecha de acceso 20 de julio de 2016] Citado el 22 octubre de 2014 URL disponible en: [salud revista.es](http://salud.revista.es) | Madrid.
32. Envejecimiento y ciclo de la vida. Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [Fecha de acceso 22 de julio de 2016] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
33. Castro Angel. La tercera Edad. Tiempo de ocio y de cultura. Ediciones 1990. Pág. 76 5.
34. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y Enfermería. 2006; 12(2):53-62.
35. Plan Nacional para las personas adultas mayores. 2013-2017 Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) Dirección general de la familia y la comunidad. DIPAM URL disponible en: www.minsa.gob.pe/portada/especiales/.../PLAN_AM_2013-2017.pdf

36. Quintanilla M. Enfermería Geriátrica: cuidados integrales en el anciano. Instituto MONSA ediciones. Barcelona. 2007 tomo 1.
37. Teorías y modelos de enfermería programa de enfermería fundamentos de enfermería. URL disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDe>.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Brunner y, Suddarth. Manual de Enfermería. Cuarta Edición. Tomo II. México: Editorial Interamericana. 1998.
- ❖ Castro Angel. La tercera Edad. Tiempo de ocio y de cultura. Ediciones 1990. Pág. 76 5.
- ❖ Comisión de derechos humanos del distrito federal. Derechos de las personas adultas mayores, en Defensor, Revista de Derechos Humanos, 2013. Ciudad de México.
- ❖ Corsi J. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. México, 2001 p. 79.
- ❖ Fernández F. Psicología Médica y Social. Salvat Editores 5ª. Edición. Madrid 1989.
- ❖ Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México, 2006. 849 páginas.
- ❖ Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud. 2006.
- ❖ Plan Nacional para las personas adultas mayores. 2013-2017 Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) Dirección general de la familia y la comunidad. DIPAM.
- ❖ Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Geriatria: Capítulo VI Enfermería Geriátrica.
- ❖ Quintanilla M. Enfermería Geriátrica: cuidados integrales en el anciano. Instituto MONSA ediciones. Barcelona. 2007 tomo 1.
- ❖ Redondo N. Ancianidad y pobreza. Buenos Aires p.123.
- ❖ Sánchez Águila A. INEI. Situación de la población adulta mayor, indicadores del adulto mayor Julio - Agosto - Setiembre 2016 Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares. Informe Técnico No 4 – Diciembre.
- ❖ Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y Enfermería. 2006; 12(2):53-62.

ANEXOS

		- No evidente.	➤ Familiar	- Con quien vive - Preocupación familiar - Cuidado familiar - Vistas familiares.
--	--	----------------	------------	---

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Prácticas de autocuidado.	Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud.	Es la forma propia de cuidado hacia uno mismo, que realizan los adultos mayores de la Microred Pueblo Nuevo, datos que serán recolectados a través de una entrevista y obtendrá el valor final de: <ul style="list-style-type: none"> - Eficientes - Deficientes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutrición ➤ Higiene corporal ➤ Cuidados de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones dentales - Consumo de carnes - Consumo de menestras - Consumo de frutas, verduras y productos lácteos - Deja de comer - Higiene personal - Productos para su higiene - Higiene bucal - Revisión periódica

			piel	<ul style="list-style-type: none">- Protección- Lesiones.
--	--	--	-------------	--

ANEXO N° 2
INTRUMENTOS
GUÍA DE LA ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN:

Señor (a), tenga usted buenos días, mi nombre es Edith Verónica Torres Paredes, Bachiller de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista y estoy realizando una investigación con el objetivo de determinar el estado de abandono y las prácticas de autocuidado que realiza el adulto mayor.

INSTRUCCIONES:

A continuación, le realizaré algunas preguntas, a las cuales usted responderá de acuerdo a su criterio. Agradeceré responder con sinceridad ya que las respuestas son anónimas y solo tendrá validez para la investigación.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a. 65 a 68 años
- b. 69 a 72 años
- c. 73 a más años.

2. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

3. Estado civil:

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a)
- c. Conviviente
- d. Viudo (a)

4. Grado de instrucción:

- a. Sin instrucción

- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior.

II. DATOS ESPECÍFICOS:

ESTADO DE ABANDONO		
DIMENSIÓN SOCIAL	Si	No
1. ¿Mantiene buenas relaciones con sus vecinos?		
2. ¿Usted cuenta con algún tipo de seguro?		
3. ¿El establecimiento de salud está cerca de su casa?		
4. ¿Asiste a las reuniones realizadas en su comunidad?		
5. ¿Se siente solo algunas veces?		
DIMENSIÓN FÍSICO		
6. ¿La casa donde usted vive es propia?		
7. ¿La ropa que usted viste, le compra algún familiar?		
8. ¿Tiene usted las fuerzas suficientes (es independiente) para hacer su higiene personal?		
9. ¿Realiza usted algún tipo de actividad física?		
DIMENSIÓN ECONÓMICA		
10. ¿En la actualidad, trabaja usted?		
11. ¿Recibe usted dinero de alguna pensión o de un familiar?		
12. ¿Tiene problemas económicos?		

13. ¿Usted dispone lo que va a realizar con su dinero?		
DIMENSIÓN FAMILIAR		
14. ¿Vive usted con algún familiar?		
15. ¿Usted siente que su familia se preocupa por su salud?		
16. ¿Cuándo se enferma, es cuidado por algún familiar?		
17. ¿Recibe constantemente visita de sus familiares?		

	Si	No
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO		
DIMENSIÓN NUTRICIÓN		
1. ¿Usa usted prótesis dental?		
2. ¿Consume usted carnes?		
3. ¿Consume usted menestras?		
4. ¿Consume frutas, verduras y productos lácteos?		
5. ¿Deja usted de comer porque siente que la comida le cae mal?		
DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL		
6. ¿Realiza usted mismo su higiene personal?		
7. ¿Tiene los productos necesarios (agua, jabón, cremas) para realizar la higiene y cuidado de su cuerpo?		
8. ¿Asea con regularidad sus dientes o prótesis dental?		
DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL		
9. ¿Usted revisa su piel en busca de algún cambio de		

coloración?		
10. ¿Usted protege su piel del sol?		
11. ¿Cuándo se hace alguna herida, acude al médico o centro de salud para ser atendido?		
12. ¿Su piel se ha dañado a consecuencia de alguna caída?		

ANEXO Nº 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Ítems	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3	Experto N°4	Experto N°5	Experto N°6	Experto N°7	P
1	1	1	1	0	1	1	1	0.062
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	0	1	1	1	0.062
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	0	1	1	1	0.062
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008
Σ P								0.218

PRUEBA BINOMIAL

Se ha considerado:

- 0 = Si la respuesta es negativa
- 1 = Si la respuesta es positiva
- N° = Número de Jueces Expertos

$$P = \frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ de Ítems}}$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el instrumento es válido.

P= 0.218

P= 0.04

ANEXO N° 4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTOS-ESTUDIO PILOTO

Para determinar la confiabilidad del cuestionario, se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson:

$$r = \frac{N \Sigma XY - (\Sigma X) (\Sigma Y)}{\sqrt{[N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2] [N \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

Se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de confiabilidad:

Variable 1	
Ítem	r
1	0.6
2	0.7
3	0.7
4	0.4
5	0.4
6	0.6
7	0.5
8	-0.1
9	0.3
10	0.3
11	0.4
12	0.3
13	0.1
14	0.6
15	0.7
16	0.7
17	0.6

Variable 2	
Ítem	r
1	0.0
2	0.2
3	-0.06
4	0.6
5	0.2
6	0.5
7	0.4
8	0.3
9	0.3
10	0.5
11	0.6
12	-0.03

Una confiabilidad es buena cuando "r" es igual o mayor a 0.2, considerando valido el instrumento, excepto en los ítems 8 y 13 de la primera variable y 1, 3 y 12 de la segunda variable; ítems que no han sido anulados por ser considerados importantes en la investigación.

ANEXO N° 5
TABLA DE CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES		
PREGUNTA	ALTERNATIVAS	CODIGO
EDAD	65 a 68 años	1
	69 a 72 años	2
	73 a más años	3
SEXO	Femenino	1
	Masculino	2
ESTADO CIVIL	Soltero	1
	Casado	2
	Conviviente	3
	Viudo	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior	4

ESTADO DE ABANDONO		
ÍTEMS	CÓDIGO	
	Si	No
1	2	1
2	2	1
3	2	1
4	2	1
5	1	2
6	2	1
7	1	2
8	2	1
9	2	1
10	2	1
11	2	1
12	2	1
13	2	1
14	2	1
15	2	1
16	2	1
17	2	1

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO		
ÍTEMS	CÓDIGO	
	Si	No
1	1	2
2	2	1
3	2	1
4	2	1
5	1	2
6	2	1
7	2	1
8	2	1
9	2	1
10	2	1
11	2	1
12	1	2

ANEXO Nº 6

TABLA MATRÍZ DE DATOS GENERALES Y LA PRIMERA VARIABLE

N°	ESTADO DE ABANDONO																				
	DATOS GENERALES				DIMENSIÓN SOCIAL					DIMENSIÓN FÍSICO				DIMENSIÓN ECONÓMICA				DIMENSIÓN FAMILIAR			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
3	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	3	2	4	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2
5	1	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2
6	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
7	3	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
8	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2
9	1	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
10	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
11	3	1	4	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2
12	3	2	4	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2
13	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1

14	3	2	4	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
15	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2
16	1	2	4	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1
17	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
18	2	2	4	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1
19	3	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1
20	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2
21	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
22	1	2	4	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
23	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2
24	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2

N°	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO																TOTAL
	DIMENSIÓN NUTRICIÓN					HIGIENE CORPORAL				CUIDADO DE LA PIEL							
	1	2	3	4	S.T.	5	6	7	S.T.	8	9	10	11	12	S.T.		
1	2	2	2	2	8	2	2	1	5	1	1	2	2	1	7	20	
2	1	2	2	2	7	2	2	2	6	1	1	2	1	2	7	20	
3	2	2	2	1	7	2	1	1	4	1	1	1	1	2	6	17	
4	2	2	2	1	7	1	2	1	4	2	1	1	1	2	7	18	
5	1	2	2	1	6	2	1	1	4	1	1	2	1	1	6	16	
6	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	1	2	2	2	9	23	
7	1	2	2	2	7	2	2	2	6	1	1	2	2	1	7	20	
8	2	1	2	2	7	2	2	2	6	1	1	1	1	1	5	18	
9	2	2	2	2	8	1	2	1	4	1	1	2	1	2	7	19	
10	1	2	2	2	7	2	2	2	6	1	1	2	2	1	7	20	
11	2	2	2	2	8	2	1	1	4	2	2	2	2	1	9	21	
12	1	2	2	1	6	2	1	1	4	2	1	1	1	2	7	17	
13	2	2	2	1	7	2	2	1	5	2	1	1	2	2	8	20	
14	2	2	2	1	7	2	2	1	5	1	1	1	2	2	7	19	
15	2	2	2	1	7	1	2	1	4	1	1	1	1	2	6	17	
16	2	1	2	1	6	2	1	1	4	1	1	2	1	2	7	17	
17	2	1	2	2	7	2	1	1	4	1	1	1	2	2	7	18	

18	2	2	2	1	7	2	1	1	4	1	1	1	1	1	5	16
19	2	2	2	1	7	2	1	1	4	1	1	1	2	2	7	18
20	2	2	2	1	7	2	2	2	6	1	1	1	1	1	5	18
21	1	2	2	2	7	2	1	1	4	2	1	1	2	1	7	18
22	2	2	1	1	6	2	1	1	4	2	1	2	2	2	9	19
23	2	2	2	1	7	2	1	1	4	1	1	1	1	2	6	17
24	2	2	2	2	8	2	2	1	5	1	1	2	1	1	6	19

ANEXO N° 7

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA N°2

**ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN
SOCIAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016**

DIMENSIÓN SOCIAL	EVIDENTE		NO EVIDENTE		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Buenas relaciones con los vecinos	05	20.8	19	79.2	24	100
Algún tipo de seguro	12	50.0	12	50.0	24	100
Establecimiento de salud cerca	09	37.5	15	62.5	24	100
Reuniones en la comunidad	09	37.5	15	62.5	24	100
Soledad	19	79.2	05	20.8	24	100
GLOBAL (Promedio)	11	45.0	13	55.0	24	100

TABLA N°3
ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN
FÍSICO EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016

DIMENSIÓN FÍSICO	EVIDENTE		NO EVIDENTE		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Casa propia	09	37.5	15	62.5	24	100
Vestimenta	07	29.2	17	70.8	24	100
Independencia	01	04.2	23	95.8	24	100
Actividad física	09	37.5	15	62.5	24	100
GLOBAL (Promedio)	06	27.0	18	73.0	24	100

TABLA N°4

**ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN
ECONÓMICA EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016**

DIMENSIÓN ECONÓMICA	EVIDENTE		NO EVIDENTE		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
	Trabajo	16	66.6	08	33.4	24
Recibe pensión	08	33.4	16	66.6	24	100
Problemas económicos	21	87.5	03	12.5	24	100
Dispone de su dinero	10	41.6	14	58.4	24	100
GLOBAL (Promedio)	14	57.0	10	43.0	24	100

TABLA N°5

**ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIÓN
FAMILIAR EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016**

DIMENSIÓN FAMILIAR	EVIDENTE		NO EVIDENTE		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Vive con alguien	08	33.4	16	66.6	24	100
Preocupación de la familia	09	37.5	15	62.5	24	100
Cuidado por la familia	07	29.2	17	70.8	24	100
Visita de familiares	06	25.0	18	75.0	24	100
GLOBAL (Promedio)	08	31.0	16	69.0	24	100

TABLA N°6

**ESTADO DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016**

ESTADO DE ABANDONO	EVIDENTE		NO EVIDENTE		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
	DIMENSIÓN SOCIAL	11	45	13	55	24
DIMENSIÓN FÍSICO	06	27	18	73	24	100
DIMENSIÓN ECONÓMICA	14	57	10	43	24	100
DIMENSIÓN FAMILIAR	08	31	16	69	24	100
GLOBAL (Promedio)	10	40	14	60	24	100

TABLA N°7
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016

DIMENSIÓN NUTRICIÓN	Fr.	%
EFICIENTES (7 a 8 puntos)	20	83
DEFICIENTES (4 a 6 puntos)	04	17
TOTAL GENERAL	24	100

TABLA N°8
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL EN LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016

DIMENSIÓN HIGIENE CORPORAL	Fr.	%
EFICIENTES (5 a 6 puntos)	10	42
DEFICIENTES (3 a 4 puntos)	14	58
TOTAL GENERAL	24	100

TABLA N°9
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL EN LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016

DIMENSIÓN CUIDADO DE LA PIEL	Fr.	%
EFICIENTES (8 a 10 puntos)	04	17
DEFICIENTES (5 a 7 puntos)	20	83
TOTAL GENERAL	24	100

TABLA N°10
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN
RESULTADOS GLOBALES EN LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
ICA JULIO 2016

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO GLOBAL	Fr.	%
EFICIENTES (19 a 24 puntos)	11	46
DEFICIENTES (12 a 18 puntos)	13	54
TOTAL GENERAL	24	100

ANEXO Nº 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Fecha: _____

Yo: _____

con documento de identidad D.N.I. Nº _____,

he sido informado con claridad y veracidad respecto al trabajo de investigación que el Bachiller: Torres Paredes Verónica; me ha invitado a participar de forma libre y voluntaria como colaborador en forma activa al desarrollo de la investigación “Estado de abandono y prácticas de autocuidado del adulto mayor de la jurisdicción de la Microred de Salud de Pueblo Nuevo Ica julio 2016”. Soy conocedor de la autonomía para aceptar u oponerme al desarrollo de la entrevista si así lo estimo conveniente.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información que brinde, lo mismo que mi seguridad física y mental.

Nombre del investigador:

Firma del investigador:

Nombre del participante: _____

Firma del Participante:
