



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE HIGIENE PERSONAL EN ADULTOS MAYORES. SANTO
DOMINGO DE UGSHAPAMBA, COLTA, ENERO A JUNIO 2016”**

BERTHA DEL ROSARIO MORENO ROJAS

Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo,
presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la
ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

Riobamba-Ecuador

Diciembre 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACION CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado:
“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HIGIENE PERSONAL EN ADULTOS MAYORES. SANTO DOMINGO DE UGSHAPAMBA, COLTA, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Médico Bertha del Rosario Moreno Rojas, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. MSc. Rubén D. García Núñez
PRESIDENTE

FIRMA

Dra. Clara Milagros Sánchez Fernández
DIRECTORA DE TESIS

FIRMA

Dr. Fausto V. Maldonado Cajiao
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. José Agustín Álvarez Montero
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Bertha Del Rosario Moreno Rojas, en calidad de autora del Proyecto de Investigación con el título “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores. Santo Domingo de Ugshapamba, Colta, enero a junio 2016” por la presente autorizo a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a nuestro favor, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Régimen Académico Institucional y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Riobamba, 16 de Diciembre, 2016

Md. Bertha Del Rosario Moreno Rojas

C.I. 0603185430

DEDICATORIA

A Dios, a la Virgen Santísima de Fátima, San Juan Bautista y a todos los santos quienes me dieron la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para culminar mi carrera.

A mis padres, Dr. Hitler Moreno y MgSc. Rosario Rojas por su apoyo y amor incondicional durante toda mi vida y por enseñarme desde pequeña que los sueños con sacrificio y lucha se hacen realidad. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

A mi esposo, Gino Iñiguez, quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante, para que pudiera culminar, son evidencias de su gran amor. ¡Gracias!

A mis hijas Fátima y Augustita porque ellas me hacen un mejor ser humano.

A mis abuelitos Sr. Augusto Rojas y Bertitha Pérez quienes en vida y desde el cielo me han acompañado siempre, llevo impregnado en la mente y alma sus recuerdos y amor.

AGRADECIMIENTO

A ti mi Dios por estar siempre a mi lado y jamás soltar mi mano, y permitir que mi sueño se cristalice.

A la Doctora Clara Sánchez Fernández mi maestra y tutora quien con su asesoría, experiencia y paciencia ha sido pilar fundamental para culminar este trabajo de investigación.

A la Doctora María Ofelia Marcial Pérez por su amistad incondicional.

A mis maestros que con cada una de sus enseñanzas han contribuido para mi formación personal y profesional.

Y a todos mis amigos los que a lo largo de estos tres años me han dado su mano para seguir de pie.

INDICE

Contenido	Pág
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>	2
1.2 Justificación de la investigación.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.4 Hipótesis.....	5
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes del problema.....	6
2.2 Bases teóricas.....	11
2.2.1 <i>Higiene personal</i>	11
2.2.2 <i>La higiene en el adulto mayor</i>	11
2.2.3 <i>Higiene corporal general</i>	12
2.2.4 <i>Situación mundial y nacional del envejecimiento poblacional y autocuidados de la higiene personal</i>	15
2.2.5 <i>Factores determinantes de la calidad de vida a través de la higiene personal</i>	17
2.2.6 <i>Factores Internos o Personales de la higiene personal para mejorar los estilos de vida</i>	18
2.2.7 <i>Factores externos o ambientales de la higiene personal que mejoran la calidad de vida</i>	18
2.2.8 <i>Definición operacional de términos</i>	19
2.2.9 <i>Conocimiento</i>	21
2.2.10 <i>Estrategia de intervención educativa</i>	22

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA	27
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	27
3.2 Localización y temporalización.....	27
3.3 Población de estudio.....	27
3.4 Variables de estudio.....	27
3.4.1 Identificación.....	27
3.4.2 Operacionalización.....	28
3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	30
3.5.1 Características del instrumento.....	30
3.5.1.1 Validación del instrumento.....	30
3.6 Procedimientos.....	31
3.7 Procesamiento y análisis de datos.....	31
3.8 Aspectos éticos.....	32
3.9 Diseño de la estrategia.....	32

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
4.1 Resultados y Discusión.....	34

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA	44
---------------------------	-----------

CONCLUSIONES	60
---------------------------	-----------

RECOMENDACIONES	61
------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Distribución de adultos mayores según variables sociodemográficas.....	35
Tabla 2. Distribución de adultos mayores según dimensión conocimientos sobre higiene personal.....	36
Tabla 3. Distribución de adultos mayores según dimensión conocimientos elementales de higiene personal.....	37
Tabla 4. Distribución de adultos mayores según dimensión importancia higiene personal.....	37
Tabla 5. Distribución de adultos mayores según dimensión conocimiento sobre medidas de higiene.....	38
Tabla 6. Características sociodemográficas y conocimiento sobre higiene personal en adultos mayores.....	39
Tabla 7. Características sociodemográficas y conocimientos elementales de higiene personal en adultos mayores.....	40
Tabla 8. Características sociodemográficas y conocimiento sobre importancia de la higiene personal en adultos mayores.....	42
Tabla 9. Características sociodemográficas y conocimiento sobre medidas de higiene personal en adultos mayores.....	43

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores de la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba, Cantón Colta, provincia de Chimborazo, en el período Enero a junio de 2016. Se realizó un estudio descriptivo - correlacional, no experimental de corte transversal. Se obtuvieron los datos a través de una entrevista, con un cuestionario validado por un grupo de expertos, el universo quedó conformado por 62 adultos mayores, los resultados se mostraron en tablas, fueron analizados con SPSS 17 y para la correlación se utilizó la prueba del chi-cuadrado. El nivel de significación utilizado fue del 5% ($p < 0,05$). Como resultados se encontró que el grupo de edad más representativo fue de 75-79 años (30,6%) el sexo masculino 32 (51,60%) estado civil casados 40 (64,5 %), sin ningún nivel de instrucción 54 (87,1%), ocupación independiente 47 (75,8%), convivencia acompañado 37 (59,7%). El conocimiento sobre higiene personal fue no satisfactoria en 44 (71,0%), los conocimientos elementales de higiene personal fueron no satisfactorios en el 48 (77%) comportándose de igual manera el conocimiento sobre medidas de higiene personal no satisfactorio en 47(68,00%) y el conocimiento sobre importancia de la higiene personal no satisfactorio en 42 (91,90%) no existió correlación significativa entre el conocimientos sobre higiene personal y las variables sociodemográficas estudiadas ($p > 0,05$). Concluyendo que el conocimiento sobre higiene personal es no satisfactorio, no existe correlación significativa entre conocimiento de higiene personal y las variables sociodemográficas. Es necesario brindar una educación continua sobre el autocuidado de la higiene personal en los adultos mayores.

Palabras claves. <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, < MEDICINA FAMILIAR>, <CONOCIMIENTO EDUCATIVO>, < HIGIENE PERSONAL>, <ADULTO MAYOR>, <SANTO DOMINGO DE UGSHAPAMBA (COMUNIDAD)> < COLTA (CANTÓN)>.

SUMMARY

The objective of the research was to design an educational intervention strategy on personal hygiene in older adults of the Santo Domingo community of Ugshapamba, Cantón Colta, province of Chimborazo, from January to June 2016. It was performed a descriptive-correlational, non-experimental cross-sectional study. Data were obtained through an interview with a questionnaire validated by a group of experts, the universe was made up of 62 older adults, the results were analyzed with SPSS 17 and for the correlation it was used the chi-square test. The level of significance was 5% ($p < 0.05$). The results showed that the most representative age group was 75-79 years old (30.6%) male 32 (51.60%) married civil status 40 (64.5%), without any level of education 54 (87.1%), independent occupation 47 (75.8%), accompanied coexistence 37 (59.7%). Knowledge about personal hygiene was unsatisfactory in 44 (71.0%), elementary knowledge of personal hygiene was unsatisfactory in 48 (77%) behaving similarly the knowledge about measures of personal hygiene not satisfactory in 47 (68, 00%) and knowledge about unsatisfactory personal hygiene in 42 (91.90%) there was no significant correlation between personal hygiene knowledge and sociodemographic variables studied ($p > 0.05$). It is concluded that the knowledge about personal hygiene is not satisfactory, there is no significant correlation between knowledge of personal hygiene and sociodemographic variables. It is necessary to provide a continuing education on the self-care of personal hygiene in the elderly.

Key words: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <EDUCATIONAL KNOWLEDGES>, <PERSONAL HYGIENE>, <ELDERLY>, <SANTO DOMINGO OF UGSHAPAMBA (COMMUNITY)>, <COLTA (CANTON)>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La higiene es considerada como una ciencia que enseña el conjunto de medidas a adoptar para mantener un buen estado de salud, entendiendo la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social. Conseguir esa higiene en la vida exige energía y tenacidad. Cuando se trata de personas adultas mayores, estas cualidades van a ser exigidas no solo a la persona sino también y de forma importante a su entorno. Desde un punto de vista práctico no es posible vivir sin tener “enfermedades” es posible prevenirlas. Existe una relación entre la salud de los ancianos y sus conocimientos sobre higiene personal, las condiciones y el estilo de vida. La relevancia e interés de plantear cambios conductuales en los adultos mayores deriva del hecho de ser un importante segmento de la población, tanto en valores absolutos como relativos, en la sociedad actual, con previsión ascendente. La higiene personal tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual va a ser fundamental en la prevención de enfermedades. Por tanto, es necesario adquirir conocimientos básicos de higiene y la influencia que ésta tiene en la persona. (Martín, 2014).

En Ecuador la explosión demográfica hace necesario replantearse el lugar que ocupan los adultos mayores en la sociedad contemporánea. Esta es una preocupación que no debe involucrar solo a los interesados, sino también a los futuros ancianos. Dadas las características e idiosincrasia de la población que habita en la comunidad de Santo Domingo de Ugshapamba donde existen adultos mayores con hábitos higiénicos inadecuados, identificados por la autora en su labor, desde el punto de vista epidemiológico se observa la incidencia de enfermedades como, diarreas, gastritis, piodermatitis, micosis, gingivitis, caries dentales, pediculosis, situación que hace necesaria la intervención por parte de la investigadora.

1.1 Planteamiento del problema.

A nivel mundial está ocurriendo un proceso de transición demográfica; el número de personas que en el mundo rebasa la barrera de 65 años, se acrecentó en el siglo XXI ocasionado por un aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. En toda la tierra habrá 2.000 millones de adultos mayores y, según las estadísticas de las Naciones Unidas, un 25% de esa población estará en Latinoamérica con mayor presencia de mujeres. Ecuador tendrá una población de 23,4 millones de habitantes, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y, al igual que en el resto del mundo, sucederá un fenómeno dramático, por primera vez las personas mayores de 65 años serán mayoría frente a la población infantil. La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos universalmente para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su [salud](#). La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la [limpieza](#) y del cuidado del [cuerpo humano](#).

En la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba durante las vistas domiciliarias efectuadas para el proceso de dispensarización se identificaron ancianos solos con problemas de higiene corporal, muchos de ellos abandonados por sus familias y otros por crisis familiares normativas como la viudez, al llegar a una determinada etapa de la vida, lo que representa un riesgo importante para la salud provocando en ellos ansiedad, tristeza, y demanda continua de los servicios de salud para buscar ayuda y comprensión. (ASIS, 2014)

El análisis de la situación de salud en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba del cantón Colta, muestra un índice de envejecimiento del 17.1% (diecisiete coma uno por ciento), lo que corresponde a una población muy envejecida con problemas de higiene personal. (ASIS, 2014).

Esta situación lleva al planteamiento del problema de investigación.

1.1.1 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre higiene personal y las variables sociodemográficas en adultos mayores en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba en el período de enero a junio del 2016?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba?

1.2 Justificación de la investigación

A nivel mundial está ocurriendo un proceso de transición demográfica; el número de personas que en el mundo rebasa la barrera de 65 años, se acrecentó en el siglo XXI ocasionado por un aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. En toda la tierra habrá 2.000 millones de adultos mayores y, según las estadísticas de las Naciones Unidas, un 25% de esa población estará en Latinoamérica con mayor presencia de mujeres. Ecuador tendrá una población de 23,4 millones de habitantes, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y, al igual que en el resto del mundo, sucederá un fenómeno dramático, por primera vez las personas mayores de 65 años serán mayoría frente a la población infantil. (INEC, 2010).

El reto social de transición demográfica puede llegar a representarse desde un punto de vista económico, biomédico y social. Es de esperar que este fenómeno genere un aumento de las enfermedades asociadas con la edad.

Existe una relación entre la salud de los ancianos y sus conocimientos sobre higiene personal, las condiciones y el estilo de vida. La importancia de plantear cambios conductuales en los adultos mayores deriva del hecho de ser un segmento importante de la población, en la sociedad actual, con previsión ascendente de este grupo poblacional. La higiene personal tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual es fundamental en la prevención de enfermedades. Por tanto, es necesario adquirir conocimientos básicos de higiene y la influencia que ésta tiene en la persona.

En Ecuador la explosión demográfica hace necesario replantearse el lugar que ocupan los adultos mayores en la sociedad contemporánea. Esta es una preocupación que no debe involucrar solo a los interesados, sino también a los futuros ancianos. Dadas las características e idiosincrasia de la población que habita en la comunidad de Santo Domingo de Ugshapamba donde existen adultos mayores con hábitos higiénicos inadecuados, identificados por la autora en su labor, se hace necesario intervenir.

La situación comprometida que tiene la población de adultos mayores en cuanto a la higiene personal en esta comunidad pone en peligro su salud, desde el punto de vista epidemiológico en esta comunidad inciden enfermedades infecciosas de la piel como la epidermofitosis, linfangitis, piodermitis, ocasionadas por una higiene personal inadecuada esto hace que sea necesario intervenir para informarles sobre hábitos correctos de higiene personal, la estrategia de intervención educativa en autocuidado de la higiene personal constituye una herramienta efectiva para mejorar y preservar la salud de los adultos mayores. Se fundamenta en la necesidad que tienen las personas de conocer el rol importante de la higiene para la conservación de la salud que repercute en la salud individual, familiar y de la comunidad en general.

Asimismo, responde a la responsabilidad que debe tener el profesional de la salud en la promoción de hábitos, actitudes y técnicas apropiadas sobre la higiene personal que conlleven a la prevención de enfermedades especialmente parasitarias e infectocontagiosas y a la promoción de la salud.

La higiene personal hace que una persona cuide su salud, su aspecto, su limpieza; que contribuyan a la prevención de enfermedades, para conducirse de manera sana en la sociedad en la que vive, siendo un sistema de acciones que cada adulto debe realizar para conservar su salud.

La práctica de los hábitos de higiene es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso de educación, en este sentido las acciones a tomar mediante la estrategia, permitirá asumir hábitos de higiene personal adecuados en los adultos mayores, con acciones básicamente preventivas y participativas, reconociendo el derecho del ser humano a vivir en un ambiente en relación con su salud y bienestar, pero a la vez definir sus responsabilidades y deberes en relación con la protección, conservación y recuperación de su salud.

1.3 Objetivos de la investigación.

Objetivo general

Diseñar estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores de la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba. Enero a junio del 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables seleccionadas.
- Determinar el conocimiento sobre higiene personal en adultos mayores.
- Identificar la posible relación entre el conocimiento sobre higiene personal y variables seleccionadas.
- Diseñar estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores.

1.4 Hipótesis de investigación

Existe relación significativa entre el conocimiento sobre higiene personal y las variables, edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y convivencia en los adultos mayores de la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del problema:

Rodríguez (2011) en su estudio *“Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores”* tuvo como objetivo desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida, propone una estrategia de intervención comunitaria en autocuidado en pacientes ancianos, la estrategia utilizará técnicas basadas en la participación activa de los involucrados en este proceso desde su vivencia. Dicha intervención es grupal partiendo del intercambio y de la reflexión de los integrantes del grupo como motivador de cambios de actitudes y de estilos de vida. EL estudio fue cuantitativo de corte transversal de tipo descriptivo en el policlínico Elpidio Beruvides del Municipio Lisa, durante el período comprendido de octubre de 2010 hasta febrero 2011. Con un universo de 350 la muestra quedó constituida por 243 pacientes. Obteniendo como resultados un déficit de conocimientos en autocuidado en salud respecto a esta etapa de la vida. Partiendo de los resultados se diseña y se aplica la estrategia.

Llegando a la conclusión que la calidad de vida de la población envejecida puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y las enfermeras del primer nivel de salud. En la clave de calificación de evaluación de gestión del bajo conocimiento de autocuidado personalizado en pacientes ancianos encontrados en la investigación en relación a la higiene personal, incluyendo asistencia al estomatólogo, fue alta en 84 participantes, a la luz de los resultados obtenidos es necesario la sistematización y la práctica de estrategias de intervención comunitarias en autocuidado de salud, en la medida en que resulta imposible evitar esta etapa de la vida, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de la misma.

Barrio , Sexto (2009) en su estudio, *“Programa de intervención educativa para la salud bucal en adultos mayores menciona que la creación de programas de intervención educativa para la salud bucal en el adulto mayor”*, contribuyen a crear conductas positivas hacia la salud bucal, realizó un estudio cuasi experimental de intervención con diseño de

antes y después en gerontes de la cátedra universitaria del adulto mayor perteneciente al Palacio de la Salud del Municipio de Cienfuegos en el período de enero del 2007 a mayo del 2008, con el objeto de elaborar un programa de intervención educativa dirigido a elevar los conocimientos sobre salud bucodental. Se analizaron variables como: grupo de edades, frecuencia y forma de cepillado, uso del hilo dental y de los puentes removibles, así como la relación de la dieta con las enfermedades bucales. Se obtuvo los siguientes resultados: se trabajó con 44 gerontes con bajo conocimiento sobre higiene bucal en los que predominó el cepillado incorrecto, mala higiene bucal y uso inadecuado del hilo dental. Después de aplicada la estrategia, el 97,7% alcanzó conocimientos correctos sobre cuidado, uso y mantenimiento de la prótesis, el 100% desarrolló habilidades para el autoexamen bucal, concluye que el programa de intervención educativa permitió a los adultos mayores aprender acciones de auto cuidado, lo que les posibilita el mejoramiento de su salud. (Barrio, T. 2009).

Arana (2015) demostró en su estudio “*Actividades Básicas de la Vida Diaria de los Adultos Mayores en una Institución Pública*” que la independencia para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria como bañarse y vestirse, son actividades indispensables que deben ser mantenidas y realizadas por los adultos mayores porque además de beneficiar su higiene y cuidado personal, ayudan a reforzar su independencia y autoestima. De esta manera el punto de atención de las distintas fases en la valoración del adulto mayor, ha de ser la función del individuo para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, bañarse, asearse, moverse en la cama, trasladarse de la cama al sillón, ponerse de pie, andar, ir al retrete, comer) y vivir de forma independiente y/o realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria como hacer las tareas de la casa, la comida, las compras, manejar dinero y la medicación, utilizar el teléfono o usar transporte público. Obteniendo en este estudio como resultados que las condiciones higiénicas de este grupo poblacional se consideran como buenas en un 71.2%, resultado de que la mayoría de las personas tienen conocimiento de la importancia de la higiene y realizan todavía el aseo general, sin embargo el 18.8% señala que las condiciones higiénicas son regulares, porque consideran que les falta hacer más limpieza en su hogar, y el 10% dice que las condiciones higiénicas son malas, porque, ya no los realizan solos y necesitan ayuda de otras personas, observándose un extremo abandono del autocuidado,

viviendo en condiciones higiénicas insalubres, la autora considera que es importante tener conocimientos, pero estos deben estar ligados a las actitudes y prácticas sobre higiene, además del validismo de las personas y el acompañamiento de la familia cuando no se pueden valer por sí mismo.

Arana B sugiere que deben fomentarse estrategias para incrementar el dominio de hábitos y habilidades para el autocuidado y la higiene como una de las herramientas para desarrollar una longevidad saludable, lo que podría reducir significativamente la incidencia de enfermedades en la tercera edad con su correspondiente impacto en la calidad de vida. (Arana, B. 2015).

Alvear (2015) autora de la “*Percepción de la capacidad de autocuidados del adulto mayor IESS- Cueca 2014*”, tiene como objetivo establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de promoción Activa, el estudio fue descriptivo con la participación de 120 pacientes. Según el puntaje del test en las áreas de autocuidados investigadas como ejercicio físico, higiene y confort, adicciones el puntaje promedio superó el mínimo considerado como déficit de autocuidado, la media de esta variable se ubicó en 17,33 puntos indicando que al menos un 50% de los participantes presenta un porcentaje considerado adecuado o parcialmente adecuado sobre percepción del autocuidado. La correlación entre la edad, el sexo y la puntuación del test encontrados en los casos de higiene y confort las mujeres mostraron mejores resultados con una diferencia de 0.36% en relación con los hombres. Se presentaron diferencias en la percepción adecuada del autocuidado entre hombres y mujeres para las áreas de higiene y confort ya que ellas superaron aproximadamente 3 veces a los hombres 44,9% vs 16,7% respectivamente. Concluyendo que el estudio mostro diferencias por sexo siendo el sexo femenino el que tiene una percepción adecuada sobre higiene.

Estos resultados apoyan la necesidad de aumentar el nivel de conocimiento sobre autocuidados e higiene en el sexo masculino con el fin de mejorar la calidad de vida y la realización de actividades educativas que permitan alcanzar una longevidad satisfactoria, preparando a los adultos mayores para enfrentar la intensidad y la velocidad del envejecimiento. (Alvear, R. 2015).

Cuñat (2000) en su estudio “*Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad*” pretende conocer las características de los hábitos higiénicos en las personas mayores de 65 años que no presentan deterioro cognitivo, parte de la hipótesis que estos son deficientes y por ello mejorables. Se trata de un estudio observacional, analítico transversal, en el marco de la Atención Primaria, diferenciando ámbito urbano y rural. Analiza las variables: A) Hábitos higiénicos: a.- Higiene personal-aseo diario: Procedimiento y periodicidad, Cuidados del cabello: Lavado de manos siempre antes de comer y después de ir al servicio; Afeitado en varones; higiene bucodental, b.- Higiene del sueño, B) Variables sociodemográficas. Se incluyó a 388 personas en medio rural y 392 en el urbano. La mitad utilizan la ducha y lavan el cabello al menos una vez en semana, el 15% no se lavan las manos siempre antes de ir a comer y el 44% no lo hacen después de ir al servicio. Más del 50% de los varones se afeitan según el procedimiento correcto. Un alto porcentaje no utilizan prótesis y en aquellos que sí lo hacen la higiene es defectuosa. Por lo que concluye que los hábitos higiénicos en las personas ancianas son manifiestamente mejorables en todos los aspectos analizados y de modo especial en el ámbito rural y en los varones, en los más ancianos y en aquellos con niveles educativos inferiores, tal como se desprende de los datos del análisis multivariante, siempre que se les capacite sobre una correcta higiene personal.

López (2012) en el “*Estudio epidemiológico de la salud dental en una población de jubilados*” de la comunidad de Madrid encuentra que el 52.8% no se cepillan los dientes ninguna vez al día, con mayor porcentaje en varones; el 25.9% se los lavan una vez al día; el 21.2% lo hacen dos o más veces. El 91% no acuden de modo regular al odontólogo, considerando el 25% que no era necesario, y argumentando motivos económicos el 10%. En los ancianos americanos solo el 29.5% habían visitado al dentista en el año anterior. El 47% no había visitado ninguna vez al odontólogo en los últimos 5 años.

Millán (2010) realizó un estudio de “*Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*”, clasificado como descriptivo transversal en el municipio Holguín con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. 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, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la Atención Primaria de Salud. Este estudio no mide conocimiento directamente pero demuestra que hay serios problemas en el autocuidado del adulto mayor, que es importante enseñarlos a mejorar su autocuidado, no se debe olvidar que es una población en aumento, el envejecimiento poblacional, preocupa a los gobiernos actuales y en el Ecuador ya es una realidad y no se debe descansar en ese sentido y todas las acciones encaminadas a enseñarlos a cuidarse que sean factibles de hacer llevarlas a cabo sin demora.

El autocuidado es asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, es trascendental recalcar que dentro del autocuidado un importante acápite es la higiene personal ya que esta es el primer eslabón entre la salud y la enfermedad, debido a que el conocimiento de la misma determina la puerta de entrada hacia la prevención de las enfermedades y el mejoramiento de los estilos de vida saludables, disminuyendo factores de riesgo. Además que promueve la satisfacción personal del hombre y mujer como ser holístico.

Es importante tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismo. La higiene personal no es sólo una función de los profesionales sino que involucra al adulto mayor, a la familia y a la comunidad en general.

Es necesario para la salud en general conservar su buen estado y buenas prácticas de higiene en todos los momentos de la vida para favorecer la seguridad, comodidad y bienestar del ser humano.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Higiene personal

En la actualidad la higiene personal es parte importante de la vida diaria, pero no siempre fue así, las costumbres han ido evolucionando con los años, en el pasado las grandes epidemias que devastaron a la humanidad fueron causadas por la insalubridad de la época, incluso en las grandes ciudades, hasta hace apenas poco más de un siglo, los excrementos y orines se arrojaban sin ningún pudor a la calle. La higiene y los cuidados personales comenzaron a ser una preocupación como cuestión de [Estado](#) a partir de la [Revolución industrial](#) en el siglo XVII.

Hacia mediados del siglo XVIII, se empieza a notar un cambio de actitud hacia el baño, empiezan a aparecer los cuartos de baño y a aumentar el número de bañeras la humanidad comienza entender que el baño y las distintas técnicas de limpieza son las mejores armas contra la enfermedad. La historia muestra que en el pasado la limpieza personal era inconveniente o simplemente no estaba "de moda," por fortuna en la actualidad la higiene es considerada uno de los requisitos esenciales para la salud.

2.2.2 La higiene en el Adulto Mayor.

La salud continúa siendo en el presente siglo un objetivo prioritario para la Organización Mundial de la Salud y para los sistemas nacionales de la mayoría de los países del mundo, y enfatiza que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social; y una dimensión importante de calidad de vida". (Coppard, L. 1985). De tal modo las recomendaciones a los gobiernos respecto del mejoramiento de las condiciones de vida, considera que la atención primaria es la mejor estrategia para lograr la salud y bienestar de la población; principalmente enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

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.

Conservarse limpio y tener una apariencia cuidada es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un estado de bienestar. Tener una piel limpia, sana, cuidada, es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo, la piel se prolonga en las mucosas: nasal, bucal, anal, genital, y está dotada de faneras: uñas, cabellos, dientes. Todas participan en misiones de protección muy importantes para lo cual es necesario que se encuentren limpias y cuidadas. En este contexto, a través del proceso educativo, las personas de la tercera edad pueden incorporar a su vida diaria, conductas de salud que fomenten su bienestar integral.

Los adultos mayores no sólo son capaces de realizar actividades para el autocuidado, sino que pueden también colaborar en el cuidado de otros ancianos. “una higiene adecuada es fundamental y ayuda a prevenir enfermedades en uñas, dientes, cavidades orales y nasales, las áreas perineales y genitales”. (Quintanilla, M. 2006). Los adultos mayores a menudo les falta energía para asearse o bañarse, muchos de ellos requieren ayuda para llevar a cabo las actividades higiénicas, situación que debe ser realizado por los familiares, para proporcionar al organismo la limpieza corporal y eliminar microorganismos, refrescar, relajar la tensión y el cansancio además de eliminar malos olores, destacando siempre el patrón de auto concepto y percepción del estado de ánimo donde incluye la actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía, imagen corporal y patrón emocional. El mantenimiento de la higiene personal en los adultos mayores es indispensable para lograr su bienestar y calidad de vida.

2.2.3 Higiene corporal general

Nacemos inmersos en una sociedad que trasmite, entre tantas otras cosas, usos y costumbres propias de su cultura. Si bien al comienzo se trataba puramente de una cuestión cultural, a medida que paso el tiempo, se ha ido descubriendo que la importancia de adquirir hábitos de higiene personal, tales como el [bañarse](#), cepillarse los dientes, peinarse, etc; va más allá de la cultura. (Boggio, 2010).

Si la persona es autosuficiente, las operaciones de higiene de la cara no plantean dificultades, salvo el riesgo de vértigos al flexionarse hacia delante, en tal caso bastará con facilitar el equilibrio y proporcionar la máxima seguridad para evitar caídas o traumatismos. La limpieza de la boca ha de realizarse con suma atención, constituye una medida de prevención de manifestaciones inflamatorias y facilita la actividad digestiva, dado que la presencia de caries, de enfermedades paradentales o de focos sépticos puede alterar de forma a veces muy grave el estado de la boca, dicha práctica ha de seguirse con especial atención y repetidas veces a lo largo del día, han de examinarse con cuidado las prótesis dentarias, comprobando eventuales roturas o astillamientos que podrían producir efectos traumatizantes y ulceraciones pocas veces referidas por el individuo.

Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones, las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes. La higiene de las manos en el adulto mayor es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones que podrían complicar el estado de salud, se recomienda lavarse las manos antes de comer o de preparar alimentos; después de tocar la comida cruda especialmente la carne; después de ir al baño; después de tocar basura; después de estornudar o toser en la mano o después de sonarse la nariz.

Al cabello es necesario mantenerlo en orden, bien peinado, limpio y con una longitud que no se convierta en motivo de molestia para el adulto mayor, estas medidas tienen, sobre todo en la mujer, un importante efecto psicológico, por lo que deben respetarse y sugerirse, recurriendo periódicamente a la peluquería. Hay que cepillar el pelo al menos dos veces al día y siempre que surja la necesidad, y debería lavarse por lo menos una o dos veces por semana y siempre que este sucio. En los ancianos autosuficientes esta operación no requiere la aplicación de ningún método especial. A veces se observa reticencia por parte del anciano a realizar estas operaciones, al temer que el lavado pueda reagudizar ciertos dolores articulares (en las cervicales). En tal caso es necesario tranquilizar al anciano y convencerle de la necesidad de esta medida de higiene personal. (Cuñat, Vicente. 2000)

El bañarse es uno de los considerados hábitos de higiene, es decir, una costumbre que vinculada al aseo personal, tiene por objetivo principal la limpieza del propio cuerpo. Así

como lavarse los dientes resulta fundamental para el cuidado de los mismos, remover la suciedad del cuerpo también es parte del cuidado.

Bañarse, es una cuestión de salud ya que está comprobado que a través del baño se remueve no solo la suciedad, sino también la transpiración y el componente graso exudado, propio de la piel, que se acumula tapando los poros y dificultando en gran medida la liberación de toxinas. (Cuñat, Vicente. 2000)

Del mismo modo, es a través del baño que se elimina gran cantidad de bacterias a la que el adulto mayor está expuesto y que quedan adheridas a su piel.

El baño es el momento predilecto para la liberación y reducción de estrés, la relajación, y la meditación.

Los órganos genitales han de ser objeto de una escrupulosa y repetida higiene, ya que, debido a su función, pueden con facilidad convertirse en puntos de estancamiento de excrementos, causa de irritación, infecciones y desagradables olores y sensaciones tanto para el paciente como para el ambiente.

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. La ropa es como una segunda piel, por lo que su higiene también es muy importante. La ropa debe ser la adecuada para el tamaño. Hay que evitar siempre la ropa ajustada, incómoda, inadecuada para la temperatura a la que vayan a estar expuestos o que dificulte la transpiración. Tras la ducha o el baño, vestirse con ropa limpia. El cambio de ropa interior debe realizarse diariamente.

Al igual que con la ropa, es muy importante que los adultos utilicen calzado de tamaño adecuado. Si el calzado es demasiado amplio no sujetará correctamente el pie; por el contrario, si es excesivamente ajustado podría dar lugar a rozaduras, formación de durezas o, incluso, deformaciones óseas. El calzado debe permitir la transpiración. Es preferible utilizar calzados elaborados con materiales de origen natural (cuero, ante) que los elaborados con componentes sintéticos (plásticos).

Para mantener la higiene y duración del calzado conviene limpiar, cepillar y airear los zapatos con regularidad. (Cuñat, Vicente. 2000)

2.2.4 Situación mundial y nacional del envejecimiento poblacional y autocuidados de la higiene personal.

Hoy en día resulta cierto que la práctica geriátrica, con su sistema exhaustivo de cuidados a los pacientes más viejos, se está convirtiendo en una poderosa estrategia para los sistemas sanitarios que enfrentan el reto del envejecimiento humano. Este último es un proceso poco comprendido biológicamente, que influye en la expresión clínica de las enfermedades y en la recuperación más torpe de las mismas, pero que por sí mismo no es una enfermedad ni un indicador de deterioro inevitable. Por el contrario, la gran mayoría de las personas de edad siguen estando en buenas condiciones físicas hasta bien entradas en la vejez, además de poder realizar las tareas cotidianas, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. La conservación del máximo nivel de capacidad funcional es tan importante para las personas de edad, como el verse libres de enfermedades (Romero, A. 2008)

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 65 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. “Según la OMS el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad”. (OMS, 2013).

El envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en desarrollo es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. “El número de personas con 65 años o más se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones para el 2050” (Mishara y Riedel, 2011). Los adultos mayores realizan importantes contribuciones a la sociedad, ya sea en el seno de sus familias, realizando labores de carácter voluntario o participando de forma activa como fuerza de trabajo. La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial, sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios especiales en el siglo XXI, es importante preparar al sector salud y a la sociedad para que puedan atender las necesidades específicas de este grupo de edad, esto incluye proporcionar formación a los

profesionales sanitarios sobre la atención de salud de los ancianos; promoción sobre higiene personal, prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados para este sector social.

Cuanto antes se actué, más probabilidades habrán de lograr que esta transformación mundial beneficie a todos. “Los países que invierten en un envejecimiento saludable pueden esperar un beneficio social y económico significativo para toda la comunidad”. (OMS 2010).

La Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas consideran al envejecimiento poblacional junto con el calentamiento global uno de los grandes desafíos que enfrentará la humanidad en este siglo, argumentado que el envejecimiento no sólo vuelve vulnerable al organismo, sino que aumenta el riesgo de la aparición de deficiencias y discapacidades, lo que corresponde a la reducción parcial o total de la capacidad de llevar a cabo una actividad en los límites considerados como normales para el ser humano, estas proyecciones internacionales determinan que dentro de tres décadas, en todo el mundo habrá 2.000 millones de adultos mayores y, según las estadísticas de las Naciones Unidas, un 25% de esa población estará en Latinoamérica con mayor presencia de mujeres. Aquella propaganda de que el presente y el futuro son de los jóvenes, para el 2050 con seguridad perderá su trascendencia, Ecuador tendrá una población de 23,4 millones de habitantes, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos y, al igual que en el resto del mundo, sucederá un fenómeno dramático, por primera vez las personas mayores de 65 años serán mayoría frente a la población infantil. (INEC, 2010)

En Ecuador la explosión demográfica hace necesario replantearse el lugar que ocupan los adultos mayores en la sociedad contemporánea, esta es una preocupación que no debe involucrar solo a los interesados, sino también a los futuros viejos, ya que los adelantos científicos y tecnológicos han posibilitado que la población viva más, pero no necesariamente mejor, las cifras difundidas por el INEC corroboran el envejecimiento de la población, en dato más reciente señala que las personas mayores de 65 años suman

1'341.664. Esta cifra se ha incrementado si se compara con el 2011, cuando eran 1'229.089 de personas, localizadas principalmente en Sierra y Costa. (INEC, 2010)

De acuerdo a la misma fuente, para el 2030 el país no garantizará el reemplazo generacional debido a que las mujeres en edad fértil tendrán menos de dos hijos, es decir, la población envejecerá aún más. El 55.4% de la Población Adulta Mayor nacional, se encuentra congregada en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay, hay que tomar en cuenta también que la provincia que presenta el índice de envejecimiento más alto a nivel nacional es la provincia de Tungurahua con el 29.8%, lo que significa que presentan 30 adultos mayores por cada 100 personas menores a 15 años de edad. (Padilla, D. 2012)

Otro aspecto importante es la esperanza de vida de la población en el 2010 el promedio de edad fue de 75 años y para 2050 se estima que subirá a 80,5 años. Para las mujeres, el promedio de edad será de 83,5 años y para los hombres de 77,6 años. De acuerdo a las proyecciones, en 2020, Ecuador tendrá 17,5 millones de habitantes, en el 2030 la cifra crecerá a 19,8 millones y en 2040 a 21,8 millones.

El análisis de la situación de salud en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba del cantón Colta, muestra un índice de envejecimiento del 17.1%), lo que corresponde a una población muy envejecida con serios problemas en el autocuidado de la higiene personal. (ASIS, 2014).

2.2.5 Factores determinantes de la calidad de vida a través de la higiene personal.

El interés por la higiene personal se halla vinculado a diversos factores y de forma especial al estado de autosuficiencia y a la vivacidad psíquica. Se trata de factores que, de existir, son el resorte para vivir con un adecuado estilo de vida, pero que si no existen o se dan de forma precaria pueden dar lugar a un cambio en la salud del individuo.

Las tareas comunes de higiene personal pueden hallar a veces obstáculos y dificultades o presentar riesgos, que impulsan al paciente a posponer dichas tareas cada vez durante más tiempo, hasta que dicha actitud se convierte en la norma habitual. El adulto mayor renuncia sobre todo cuando no dispone de ayuda por parte de familiares o de otras personas, cuando se instauran miedos o no son superables ciertas actitudes personales como la sensación de

pudor o de excesivo sentido de la intimidad, a veces las razones de una escasa higiene personal son muy concretas, aunque no siempre se manifiesten, mientras que otras veces son vagas y mal definidas, por ello es absolutamente indispensable reconocerlas para poder superarlas.

Las formas de llevar a cabo la higiene personal habitual varían en función de la condición de autosuficiencia, invalidez o enfermedad del anciano.

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.

2.2.6 Factores Internos o Personales de la higiene personal para mejorar los estilos de vida

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan de una manera personal, el autocuidado de la higiene personal.

Conocimientos: determinan en gran medida la adopción de prácticas como la higiene personal, que permite a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen. (OMS, 2013).

En el análisis de los determinantes personales en relación a la salud son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, “los hábitos de higiene personal que este haya adquirido durante toda su vida son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales direccionan al individuo a mantenerse saludable o no”. (Ramos, 2013).

2.2.7 Factores externos o ambientales de la higiene personal que mejoran la calidad de vida.

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de la higiene de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. (Areyan, Y. 2014).

Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado de la higiene personal, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. (OMS, 2013).

De género. Las prácticas de higiene personal en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado de higiene individual y colectiva en mujeres y hombres; en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean vanidosas y a los hombres se les dice lo contrario. (Espitia, L. 2012).

La autora considera a la familia como pilar fundamental en la etapa de vida adulta mayor, constituye uno de los recursos más importantes de esta población, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad. La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas, es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

2.2.8 Definición operacional de términos.

La Higiene personal es considerada como el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. (Quiroz, S. 2012).

Adulto mayor. A pesar de que existen algunos conceptos con los que se define al Adulto Mayor, el que presenta mayor aceptación, es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define al AM como la persona mayor de 60 años que vive en un país en vía de desarrollo y mayor de 65 años para la persona que vive en un país desarrollado. (Vidal, Steffi.2013)

Envejecimiento humano. Constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo. (Areyan, Y. 2014).

Vejez. Representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas. (Areyan, Y. 2014).

Según Coppard, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud. Orem, en su teoría de salud 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, 2000). Afirma, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. “El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar”. (Orem, 2000).

Así, Orem y Coppard, comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado.

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una

mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad, por ejemplo existe una mayor susceptibilidad a las infecciones.

La higiene personal tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual va a ser fundamental en la prevención de enfermedades. Por tanto, es necesario que el adulto mayor adquiriera conocimientos básicos de higiene personal y la influencia que ésta tiene en la salud, conocer los medios técnicos necesarios para el mantenimiento de una adecuada higiene personal (Martín, 2004).

2.2.9 Conocimiento.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como noción, ciencia, sabiduría entendimiento, inteligencia, razón natural.

El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma", permite "entender" los fenómenos que las personas perciben , de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. (Jaén, 2010).

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos. (Jaén, 2010).

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Por ende, la falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, los riesgos de padecer la enfermedad, y de la realización del PAP como alternativa oportuna para curar la enfermedad constituye un factor negativo muy influyente que impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo. (Jaén, 2010).

2.2.11 Estrategia de intervención educativa.

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “*el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Aprender la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio. (García, et al. 2000)

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas iniciativas se han incluido,

desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población. (García, et al. 2000).

Por ello la inclusión de las estrategias educativas como resultado científico de la investigación, es cada vez más extensa y se diseñan para resolver problemas de la práctica con optimización de tiempo y recursos, porque: (1) permiten proyectar un cambio cualitativo en el sistema a partir de eliminar las contradicciones entre el estado actual y el deseado; (2) implican un proceso de planificación en el que se produce el establecimiento de secuencias de acciones orientadas hacia el fin a alcanzar; lo cual no significa un único curso de las mismas y (3) interrelacionan dialécticamente en un plan global los objetivos o fines que se persiguen y una metodología para alcanzarlos que propicia la sostenibilidad en el tiempo. (Valentín, 2014)

Según Jordán et al. (2011) Una estrategia se define generalmente como “conjunto de tareas, procedimientos o acciones previamente planificadas que conducen al cumplimiento de objetivos preestablecidos y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas”. Para ello se requiere tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo, lo que generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Al final se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos interesados una determinada forma de actuar sobre el mundo para transformar los objetos y situaciones que estudia. Se describen 5 etapas en el diseño y aplicación de estrategias de intervención:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.

2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.

3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.

4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.

5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado. (Jordán et al. 2011)

Para la Secretaria General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2003) Las intervenciones en salud se refieren a las acciones o medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar, grupal y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos materiales y competencias para actuar; además del nivel institucional que asegura la salud pública en sus distintos niveles a nivel de la sociedad. Pero esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan.

La Promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales desde la conceptualización de la Atención Primaria, no sólo para el abordaje de un problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida; pero necesita de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que se haga posible y efectiva en los individuos, las familias, los colectivos sociales y las comunidades, convirtiéndolos a todos en actores que por ellos mismos se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de

los distintos sectores implicados. (Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* o empoderamiento) de personas y comunidades es una de las acciones más referidas y la educación para la salud el instrumento más utilizado. (Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Además de ser un instrumento de la promoción de salud es asimismo, una parte del proceso asistencial, presente durante todo el proceso desde la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, transversalizando la atención integral. (Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone la comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. Tiene el objetivo de modificar, en sentido positivo, los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. (Arnold, 2012)

La Educación para la Salud requiere para su manejo, tanto nivel teórico como operativo, de las aportaciones de varias disciplinas, sobre todo de la pedagogía, la psicología, la antropología, la sociología y, por supuesto, de la salud pública. Es evidente que la elaboración de programas educativos y de promoción para la salud, tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo. (Arnold, 2012)

De modo que se entiende como intervención educativa al “conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa”; es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. (Focesi et al., 2000)

En la investigación para el diseño de la estrategia se asume, el diseño sistematizado por la Jordán Padrón, M en su estudio “*Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa*” basado esencialmente en elementos aportados por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2001).

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Clasificación de la investigación: Según el alcance de los resultados, se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008).

3.1.2 Nivel de investigación: Descriptivo.

3.1.3 Tipo de estudio: Correlacional, no experimental de corte transversal

3.2 Localización y temporalización: Se realizó la investigación en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba perteneciente al Distrito Colta - Guamote, Provincia Chimborazo, en el período de enero – junio de 2016.

3.3 Población de estudio: La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores de 65 años o más de la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba (62).

3.4 Variables de estudio

- Variable dependiente. Conocimiento.
- Variable independiente. Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de instrucción, ocupación, convivencia.

3.4.1 Identificación

Variable sociodemográfica

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Convivencia

Para dar salida a la variable conocimiento se establecerán 3 (tres) dimensiones que corresponden al conocimiento sobre higiene personal.

- Conocimientos elementales sobre higiene personal
- Importancia de la higiene personal y Medidas de higiene personal

3.4.2 Operacionalización

3.4.2.1 Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	65-69 70-74 75-79 80 y más	Según años cumplidos	Porcentaje de adultos mayores según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Porcentaje de adultos mayores según sexo.
Estado Civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado Divorciado UL Viudo	En función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Porcentaje de adultos mayores según estado civil.
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Alfabeto Analfabeto	Alfabeto sabe leer y escribir Analfabeto no sabe leer ni escribir	Porcentaje de adultos mayores según nivel de instrucción.
Ocupación	Cualitativa nominal	Empleado Desempleado Independiente jubilado	En función de si tiene un empleo u ocupación o no.	Porcentaje de adultos mayores según ocupación.
Convivencia	Cualitativa nominal	Solo Acompañado	Según acompañamiento en el hogar	Porcentaje de adultos mayores según convivencia.
Conocimientos elementales sobre higiene personal	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a conocimientos elementales de higiene personal	% de adultos mayores según conocimientos elementales de higiene personal.

			<p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	
Importancia se la higiene personal	Cualitativa nominal	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas a la importancia de la higiene personal.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No Satisfactorio cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	% de adultos mayores según conocimiento sobre la importancia de la higiene personal.
Medidas de higiene personal	Cualitativa nominal	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas referidas al conocimiento de las medidas de higiene personal.</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas</p> <p>No Satisfactorio cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	% de adultos mayores según conocimiento sobre medidas de higiene personal.

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista realizada por la investigadora. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que fue sometido a la consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte adultos mayores con características similares a las del grupo de estudio y que no formarán parte de la investigación, con el objetivo de valorar su comprensión y aceptación.

3.5.1 Características del instrumento.

El cuestionario estará estructurado en partes, una parte inicial que recogerá datos sobre variables sociodemográficas (1 pregunta) y otras que contemplarán un test de conocimientos (19 preguntas). El nivel de conocimientos del adulto mayor sobre higiene será evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante preguntas politómicas y dicotómicas, donde se considerará una sola alternativa correcta. Se agruparon las preguntas en tres dimensiones, conocimiento de higiene personal (preguntas No. 8), conocimiento sobre la importancia de la higiene personal (preguntas No. 5) y conocimiento sobre medidas de higiene (preguntas No. 7). El sistema de puntuación que será empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

3.5.1.1 Validación del instrumento.

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre la higiene del adulto mayor. Se seleccionaron jueces expertos, todos docentes universitarios.

Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

Comprensible: se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.

Sensible a variaciones: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.

Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento.

Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Posteriormente, se identificó aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieron calificación de mucho por menos del 60 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados de mucho por el 60 % o más de ellos.

3.6 Procedimientos.

En una primera etapa, se estableció comunicación con los participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejaron los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado.

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinó el nivel de conocimiento sobre higiene personal en el adulto mayor que dio salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre higiene personal del adulto mayor y las variables sociodemográficas seleccionadas y así se dio salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa en los adultos mayores, que incluyó acciones de información, educación y comunicación, así como sus indicadores de ejecución e impacto.

3.7 Procesamiento y análisis de datos.

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. Para la descripción de los resultados se utilizó porcentajes. Se empleó el método estadístico Chi-Cuadrado (χ^2)

para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

3.8 Aspectos éticos.

La presente investigación se realizó bajo los principios éticos siguientes: (Polit, 2005)

Principio de beneficencia. Es uno de los principios éticos de la investigación cuyo lema es “Por sobre todas las cosas no dañar”. Esto se refiere a que los participantes no fueron expuestos a experiencias que les provoquen daños graves o permanentes; por ello la presente investigación fue realizada por personas calificadas.

Garantía de no explotación: Participar en un estudio de investigación no debe situar a las personas en desventaja o exponerlas a situaciones para las que no han sido preparadas previamente. Se aseguró a los participantes que la información que proporcionen no sería utilizada contra ellos.

Beneficios resultantes de la investigación: Se informó a los participantes de los beneficios y /o posibles riesgos e inconvenientes de la investigación.

Se incluyó un formulario de consentimiento informado, el cual documenta la participación voluntaria de los colaboradores después de haber recibido una explicación completa sobre la investigación.

3.9 Diseño de la estrategia.

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el nivel de conocimientos y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema, higiene personal en adultos mayores, logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de tres momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos, actitudes y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación destinada a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos y actividades valoración de los resultados.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y Discusión

El grupo de edad predominante fue de 75 a 79 con un 30,60%, el sexo masculino con un 51,60%, el estado civil casados con un 64,50 %, el nivel de instrucción ninguno con el 87,10%, la ocupación independiente con el 75,80% y vive acompañado con el 59,70%. En el estudio realizado por Arana Beatriz en el año 2015, “Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública” menciona que la independencia para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria como bañarse y vestirse, son actividades indispensables que deben ser mantenidas y realizadas por los adultos mayores porque además de beneficiar su higiene y cuidado personal, ayudan a reforzar su independencia y autoestima. La edad promedio de los adultos mayores estudiados es entre 65 y 69 años siendo una población más joven en comparación al estudio realizado, el género femenino predomina con un 86.4% y el estado civil viudez en el 44.4%, no comportándose así en la investigación.

Tabla1. Distribución de adultos mayores según variables sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	N= 62	
	No	%
Edad		
65-69	10	16,10
70-74	18	29,00
75-79	19	30,60
80 y más	15	24,20
Sexo		
Masculino	32	51,60
Femenino	30	48,40
Estado civil		
Casado (a)	40	64,50
Viudo (a)	17	27,40
Soltero (a)	5	8,10
Nivel de instrucción		
Ninguno	54	87,10
Bachiller	7	11,30
Superior	1	1,60
Ocupación		
Independiente(a)	47	75,80
Ama de casa	15	24,20
Convivencia		
Acompañado (a)	37	59,70
Solo (a)	25	40,30

Con respecto al conocimiento sobre higiene personal se pudo determinar que fue no satisfactorio en 44 adultos mayores lo que representa el 71%, esta situación puede estar relacionada por ser adultos mayores que viven en lugares aislados geográficamente, con bajo nivel cultural, que abandonaron tempranamente la educación, que se dedican a las labores agrícolas, acuden con escasa frecuencia al centro de salud y no reciben orientaciones sobre el autocuidado de la higiene personal, en el estudio realizado por Teresita Barrio Pedraza et al, 2009 en el Municipio de Cienfuegos, “Programa de intervención educativa para la salud bucal en adultos mayores”, menciona que la creación de programas de intervención educativa para la salud bucal en el adulto mayor, contribuyen a crear conductas positivas hacia la salud bucal, el estudio fue cuasi experimental de intervención con diseño de antes y después en gerontes, con el objeto de elaborar un programa de intervención educativa dirigido a elevar los conocimientos sobre salud

bucodental. Se pudo verificar el bajo nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los que predomina el cepillado incorrecto, mala higiene bucal y uso inadecuado del hilo dental. Después de aplicada la estrategia, el 97,7% alcanza conocimientos correctos sobre cuidado, uso y mantenimiento de la prótesis, el 100% desarrolla habilidades para el autoexamen bucal. En ambos estudios existe un conocimiento no satisfactorio sobre la higiene, la higiene bucal como parte de las medidas de higiene personal, queda demostrada la utilidad de las intervenciones educativas que contribuyan a elevar los conocimientos de los ancianos en la higiene personal, un grupo tan vulnerable, con riesgo de enfermar por patologías infecciosas por malos hábitos de higiene personal.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según conocimientos sobre higiene personal.

Conocimiento sobre higiene personal	N=62	
	N ⁰	%
No Satisfactorio	44	71,00
Satisfactorio	18	29,00
Total	62	100,00

Con respecto a los conocimientos elementales de higiene personal se pudo determinar que fue no satisfactorio en 48 adultos mayores lo que representa el 77%, comparando estos resultados con el estudio realizado por Vicente Cuñat: “Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad”, la mitad utilizan la ducha y se lavan el cabello al menos una vez en semana, hasta el 15% no se lavan las manos siempre antes de ir a comer y hasta el 44% no lo hacen después de ir al baño. Más del 50% de los varones se afeitan según el procedimiento correcto. Un alto porcentaje de edentulos, tanto parciales como totales, no utilizan prótesis y en aquellos que sí lo hacen la higiene es defectuosa. Pudiéndose verificar que ambos estudios reflejan los bajos conocimientos de higiene personal. A excepción del afeitado en varones lo que lo realizan de manera adecuado según Cuñat.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según dimensión conocimientos elementales de higiene personal

Conocimiento sobre higiene personal	N=62	
	N ⁰	%
No Satisfactorio	48	77,00
Satisfactorio	14	23,00
Total	62	100,00

El nivel de conocimiento sobre la importancia de la higiene personal fue no satisfactorio en el 91,90% de los adultos mayores, resultados similares muestran los estudios realizados por Teresita Barrio Pedraza, en el año 2009 y Arana Beatriz en el año 2015. El desconocimiento hace que los adultos mayores no tengan percepción de riesgo, y dejen en un segundo plano a la higiene personal sin darse cuenta que esta es el primer eslabón para conservar la salud y evitar enfermedades.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según dimensión importancia higiene personal.

Conocimientos sobre importancia higiene personal	N=62	
	N ⁰	%
No satisfactorio	57	91,90
Satisfactorio	5	8,10
Total	62	100,00

El conocimiento sobre las medidas de higiene fue no satisfactorio en el 68,00% de los adultos mayores, resultados similares se encontró en el estudio realizado por Vicente Albert Cuñat en Guadalajara en el año 2000, la muestra estudiada incluye a 388 personas en medio rural y 392 en el urbano. La mitad utilizan la ducha y se lavan el cabello al menos una vez en semana, el 15% no se lavan las manos siempre antes de ir a comer y el 44% no lo hacen después de ir al servicio. Más del 50% de los varones se afeitan según el procedimiento correcto. Un alto porcentaje de edentulos, tanto parciales como totales, no utilizan prótesis

y en aquellos que sí lo hacen la higiene es defectuosa lo que muestra los conocimientos poco satisfactorios sobre hábitos higiénicos, situación preocupante, el adulto mayor tiene como característica ser más vulnerable a las enfermedades infecciosas por no ser inmuocompetente por cambios propios de la edad.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según dimensión conocimiento sobre medidas de higiene.

Conocimientos sobre medidas de higiene corporal	N=62	
	N ⁰	%
No Satisfactorio	42	68,00
Satisfactorio	20	32,00
Total	62	100,00

En este estudio no existió correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de higiene personal ($p>0,05$) diferenciándose del estudio realizado por Alvear Ruth 2014, sobre “La percepción de la capacidad de autocuidados del adulto mayor IESS- Cueva”, que tiene como objetivo establecer la percepción de la capacidad de autocuidado. La correlación entre la edad, el sexo y la puntuación del test encontrados en los casos de higiene y confort las mujeres muestran mejores resultados con una diferencia de 0.36% en relación al conocimiento de los hombres. Se presentan diferencias en la percepción adecuada del autocuidado entre hombres y mujeres para las áreas de higiene y confort ya que ellas superan aproximadamente 3 veces a los hombres 44,9% vs 16,7% respectivamente. Alvear concluye que el sexo femenino tiene mayor conocimiento sobre higiene, tradicionalmente la mujer es la encargada desde pequeña de asumir las labores de higiene en el hogar, los padres se preocupan de enseñarles cómo realizarlas y en ocasiones las responsabilizan con el cuidado de los hermanos pequeños, mientras que los hombres asumen las labores agrícolas esta pudiera ser la causa de la diferencia de conocimientos con respecto a los hombres.

Vicente Albert Cuñat en su estudio Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, encontró que la mitad utilizan la ducha y lavan el cabello al menos una vez en semana, el 15% no se lavan las manos siempre antes de ir a comer y el

44% no lo hacen después de ir al servicio. Más del 50% de los varones se afeitan según el procedimiento correcto. Un alto porcentaje no utilizan prótesis y en aquellos que sí lo hacen la higiene es defectuosa. Por lo que concluye que los hábitos higiénicos en las personas ancianas son manifiestamente mejorables en todos los aspectos analizados y de modo especial en el ámbito rural y en los varones, en los más ancianos y en aquellos con niveles educativos inferiores, tal como se desprende de los datos del análisis multivariante y siempre que se les capacite sobre una correcta higiene personal. En ambos estudios se pone de manifiesto que existe desconocimiento sobre la higiene personal, coincidiendo con el estudio realizado.

Tabla 6. Características sociodemográficas y conocimiento sobre higiene personal en adultos mayores.

Características demográficas	Conocimiento sobre higiene personal						p
	N=18 Satisfactorio		N=44 No satisfactorio		N=62 Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad							
65-69	2	11,10	8	18,20	10	16,10	0,461
70-74	5	27,80	13	29,50	18	29,00	
75-79	8	44,40	11	25,00	19	30,60	
80 y más	3	16,70	12	27,30	15	24,20	
Sexo							
Masculino	10	55,60	22	50,00	32	51,60	0,691
Femenino	8	44,40	22	50,00	30	48,40	
Estado civil							
Casado(a)	12	66,70	28	63,60	40	64,50	0,897
Viudo (a)	5	27,80	12	27,30	17	27,40	
Soltero(a)	1	5,60	4	9,10	5	8,10	
Nivel de instrucción							
Ninguno	18	29,00	36	88,10	54	87,10	0,153
Primaria	0,0	0,00	7	15,90	7	11,30	
Superior	0,0	0,00	1	2,30	1	1,60	
Ocupación							
Independiente	15	83,30	32	72,70	47	75,80	0,519
Ama de casa	3	16,70	12	27,30	15	24,20	
Convivencia							
Acompañado(a)	10	55,60	27	61,40	37	59,70	0,672
Solo(a)	8	44,40	17	38,60	25	40,30	

En este estudio no existió correlación significativa entre las variables sociodemográficas y los conocimientos elementales de higiene personal ($p>0,05$), no se recogen en la literatura estudios similares que permitan hacer comparaciones, razón que da valor al estudio que se propone al marcar un inicio en este tipo de investigaciones, que aborda un tema tan sensible como la higiene personal del adulto mayor y su importancia, una población en ascenso en el país que constituye un motivo de preocupación para el estado por ser un grupo priorizado.

Tabla 7. Características sociodemográficas y conocimientos elementales de higiene personal en adultos mayores.

Características demográficas	Conocimientos elementales de higiene personal						p
	N=18 Satisfactorio		N=44 No satisfactorio		N=62 Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad							
65-69	2	11,10	8	18,20	10	16,10	0,461
70-74	5	27,80	13	29,50	18	29,00	
75-79	8	44,40	11	25,00	19	30,60	
80 y más	3	16,70	12	27,30	15	24,20	
Sexo							
Masculino	11	61,10	21	47,70	32	51,60	0,338
Femenino	7	38,90	23	52,30	30	48,40	
Estado civil							
Casado(a)	11	61,10	29	65,90	40	64,50	0,753
Viudo (a)	6	33,30	11	25,00	17	27,40	
Soltero(a)	1	5,60	4	9,10	5	8,10	
Nivel de instrucción							
Ninguno	18	29,00	36	88,10	54	87,10	0,153
Primaria	0,0	0,00	7	15,90	7	11,30	
Superior	0,0	0,00	1	2,30	1	1,60	
Ocupación							
Independiente	15	83,00	32	72,70	47	75,80	0,376
Ama de casa	3	16,70	12	27,30	15	24,20	
Convivencia							
Acompañado(a)	11	61,10	26	59,10	37	59,70	0,883
Solo(a)	7	38,90	18	40,90	25	40,30	

En este estudio no existió correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre la importancia de la higiene personal ($p > 0,05$), no se recogen en la literatura estudios similares que permitan hacer comparaciones, razón que da valor al estudio que se propone al marcar un inicio en este tipo de investigaciones, que aborda un tema tan sensible como la higiene personal del adulto mayor y su importancia, una población en ascenso en el país que constituye un motivo de preocupación para el estado por ser un grupo priorizado. El papel del anciano en la sociedad actual, especialmente en los países desarrollados está en un cambio constante. Por un lado parece quedar relegado por una visión economicista de la vida y por otro lado, esta misma visión confirma que se crean nuevos problemas que hay que intentar resolver con nuevas fórmulas. Al fin y al cabo, la mayoría esperan llegar a esta edad. La higiene en la persona anciana constituye una norma de vida muy importante, ya sea para la prevención de enfermedades, la recuperación de un buen estado de salud o como estímulo al mantenimiento de los hábitos característicos de un estilo de vida.

Tabla 8. Características sociodemográficas y conocimiento sobre importancia de la higiene personal en adultos mayores

Características Demográficas	Conocimiento sobre importancia higiene personal						p
	N= 5		N= 57		Total N=62		
	Satisfactorio		No satisfactorio				
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	
Edad							
65-69	2	40,00	8	14,00	10	16,10	0,883
70-74	2	40,00	16	28,10	18	29,00	
75-79	1	20,00	18	31,60	19	30,60	
80 y más	0	0,00	15	26,30	15	24,20	
Sexo							
Masculino	10	55,60	22	50,00	32	51,60	0,691
Femenino	8	44,40	22	50,00	30	48,40	
Estado civil							
Casado(a)	11	61,10	29	65,90	40	64,50	0,753
Viudo(a)	6	33,30	11	25,00	17	27,40	
Soltero(a)	1	5,60	4	9,10	5	8,10	
Nivel de instrucción							
Ninguno	18	100,00	36	81,80	54	87,10	0,153
Primaria	0	0,00	7	15,90	7	11,30	
Superior	0	0,00	1	2,30	1	1,60	
Ocupación							
Independiente(a)	14	77,80	33	75,00	47	75,80	0,817
Ama de casa	4	22,20	11	25,00	15	24,20	
Convivencia							
Acompañado(a)	9	50,00	28	63,60	37	59,70	0,320
Solo (a)	9	50,00	16	36,40	25	40,30	

En este estudio no existió correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre las medidas de higiene personal ($p > 0,05$). En cuanto a los conocimientos de las medidas de higiene personal no se ha encontrado bibliografía que permita comparar datos en población adulta mayor. Situación que reafirma la importancia del estudio realizado, según Martín, 2004 la higiene personal tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual va a ser fundamental en la prevención de enfermedades. Por tanto, es necesario que el adulto mayor adquiera conocimientos básicos de higiene personal y la

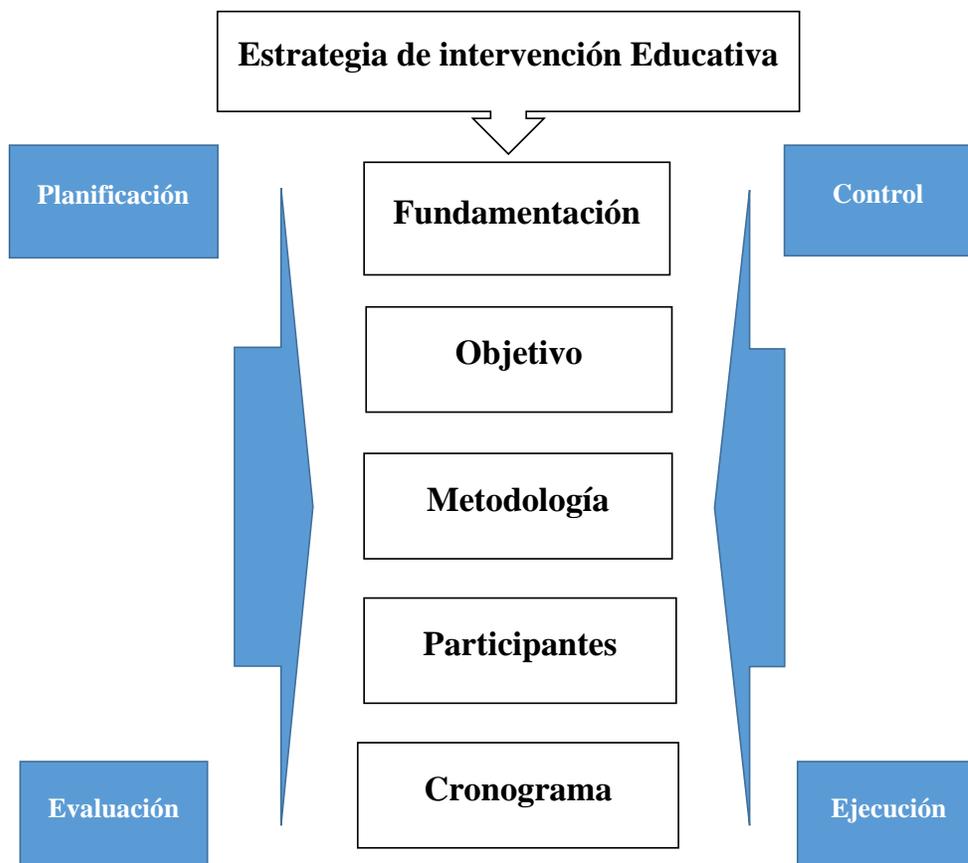
influencia que ésta tiene en la salud, conocer los medios técnicos necesarios para el mantenimiento de una adecuada higiene personal.

Tabla 9. Características sociodemográficas y conocimiento sobre medidas de higiene personal en adultos mayores.

Conocimiento sobre medidas de higiene personal							
Características Demográficas	N= 9 Satisfactorio		N= 53 No satisfactorio		Total N=62		p
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	
Edad							
65-69	1	11,10	9	17,00	10	16,10	408
70-74	1	11,10	17	32,10	18	29,00	
75-79	3	33,30	16	30,20	19	30,60	
80 y más	4	44,40	11	20,80	15	24,20	
Sexo							
Masculino	7	38,90	23	52,30	30	48,40	0,338
Femenino	11	61,10	21	47,70	32	51,60	
Estado civil							
Casado(a)	13	72,20	27	61,40	40	64,50	0,711
Viudo (a)	4	22,20	13	29,50	17	27,40	
Soltero (a)	1	5,60	4	9,10	5	8,10	
Nivel de instrucción							
Ninguno	18	100,00	36	81,80	54	87,10	0,153
Primaria	0	0,00	7	15,90	7	11,30	
Superior	0	0,00	1	2,30	1	1,60	
Ocupación							
Independiente	15	83,30	32	72,70	47	75,80	0,376
Ama de casa	3	16,70	12	27,30	15	24,20	
Convivencia							
Acompañado(a)	11	61,10	26	59,10	37	59,70	0,883
Solo(a)	7	38,90	18	40,90	25	40,30	

CAPÍTULO V

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.



Estrategia de intervención educativa sobre autocuidado de higiene personal en adultos mayores. Santo Domingo de Ugshapamba, Colta, enero a junio 2016.

Fundamentos

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad. Desde una

perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma socio crítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

Se asume que la higiene personal en adultos mayores es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta todo el mundo, todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y del Ecuador en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática que afecta a una población en aumento. Hoy en día resulta cierto que la práctica geriátrica, con su sistema exhaustivo de cuidados a los pacientes más viejos, se está convirtiendo en una poderosa estrategia para los sistemas sanitarios que enfrentan el reto del envejecimiento humano.

El limitado conocimiento de los adultos mayores en cuanto al autocuidado de la higiene personal, aspecto tan importante para el mantenimiento de su salud y calidad de vida, dan fundamento a la estrategia que se propone.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

Diagnóstico educativo

- Escasos conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado de la higiene personal.
- La necesidad de dotar a esos adultos mayores de los conocimientos necesarios sobre autocuidado de la higiene personal.

Como problema de salud a intervenir se plantea.

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre higiene personal y las variables sociodemográficas en adultos mayores en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba en el período de enero a junio de 2016?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en una estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores en la comunidad Santo Domingo de Ugshapamba?

En cuanto a los elementos educativos están los conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado de la higiene personal.

Recursos disponibles.

Auditorium del Centro Anidado de Colta, computadora, infocus, papelógrafo, pizarra, hojas, lápices.

Objetivos

General

Educar a la población adulta mayor de la comunidad de Santo Domingo de Ugshapamba sobre el autocuidado de la higiene personal.

Específico

Ofrecer a los adultos mayores información sobre el autocuidado de la higiene personal, su importancia y los eventos que pueden estar relacionados con una higiene inadecuada.

Límites

Se complementara el desarrollo de la estrategia desde el mes de junio a julio de 2016.

Se desarrollará en el Centro Anidado de Colta, con esta propuesta se beneficiará a las 62 adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Ugshapamba.

Estrategia

Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS.

Se siguió una metodología activa de enseñanza lo que promovió el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes.

Las formas organizativas docentes empleadas fueron. Curso Taller y conferencia

Además se tuvo en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se estableció de mutuo acuerdo.

Los contenidos se presentan de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión y destacando las invariantes que reforzaban los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecieron permanentemente vínculos con la práctica y las nociones cultura de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los individuos para lograr un cambio de actitud.

Actividades

Se seleccionan y organizan, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea.

Recursos

Se seleccionan en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, con frecuencia y dependiendo del universo y la estrategia seleccionada, ya sea una campaña por los medios masivos, un programa curricular o extracurricular, o ambas estrategias, deben ser seleccionados respondiendo a las normas que para ese tipo de soporte en particular, estén establecidas.

Cronograma

Temporalización

Se propone un total de 6 sesiones de trabajo distribuidas en 2 horas cada día.

Se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Evaluación

Evaluación de resultados: se realizara tipo test - re test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial al menos dos semanas después de terminada la intervención.

Evaluación de actividades: se realizara al final de cada sesión con la aplicación de la técnica PNI desarrollada por Edward de Bono, lo que permitirá analizar los aspectos positivos, negativos e interesantes de cada tema a modo de retroalimentación.

Evaluación de proceso: se utilizara una encuesta diseñada al efecto que incluirá los aspectos relacionados con el análisis del cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas, y nivel profesional del facilitador, la cual será aplicada de forma individual o grupal durante la última sesión del programa a modo de conclusiones.

La evaluación se basa, en este estudio, en un alto componente de intercambio entre los adultos mayores que integran el estudio y el facilitador, con el objetivo de mostrar los resultados en el seno del colectivo.

Plan temático.

Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

FOD: Taller

Técnicas utilizadas: Baile de presentación

Tema 2. Generalidades sobre la higiene personal.

Objetivo. Construir colectivamente el concepto de higiene personal, de forma que los participantes interioricen ideas no discriminatorias, ni absolutistas sobre el tema y que les sirva para su aplicación práctica en la vida diaria.

FOD: conferencia interactiva

Técnicas utilizadas. Lluvia de ideas y mis favoritos. PNI

Tema 3. Importancia de la higiene personal.

Objetivo: brindar información la importancia de la higiene personal.

FOD: conferencia interactiva.

Técnicas utilizadas: palabras claves, sesión expositiva, PNI

Tema 4. Medidas de higiene personal.

Objetivo: brindar información sobre las medidas de higiene personal.

FOD: conferencia interactiva

Tema. 5 Medidas de higiene personal.

Objetivo: Demostrar técnicas para realizar las medidas de higiene.

FOE. Taller.

Técnicas utilizadas: socio drama. PNI.

Tema 6. Resumen de las temáticas abordadas sobre el autocuidado de la higiene personal.

Objetivo: Realizar un resumen sobre las temáticas abordadas sobre el autocuidado de la higiene personal.

FOD: Taller interactivo.

Técnicas utilizadas: palabras claves, lluvia de ideas. PNI

Organización, horario y calendario de actividades.

Fecha	Temática	F.O.E.	No. Horas Lectivas	Participantes	Responsable
	Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.	T	2	Los 62 adultos mayores que integran el estudio	El investigador
	Tema 2. Generalidades sobre la higiene personal.	CI	2	Los 62 adultos mayores que integran el estudio	El investigador
	Tema 3. Importancia de la higiene personal.	CI	2	Los 62 adultos mayores que integran el estudio	El investigador
	Tema 4. Medidas de higiene personal	CI	2	Los 62 adultos mayores que integran el estudio	El investigador
	Tema 5. Demostrar las técnicas correctas para realizar las medidas de higiene personal	T	2	Los 62 adultos mayores que integran el estudio	El investigador
	Tema 6. Resumen de las temáticas abordadas sobre el autocuidado de la higiene personal.	CI	2	Los 62 adultos mayores que integran el estudio	El investigador

Leyenda: CI: Conferencia Interactiva: T: Taller

Orientaciones metodológicas:

Tema 1. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

FOD: Taller

Técnicas utilizadas: Baile de presentación. Esta técnica permite al grupo conocerse a partir de actividades afines, objetivos similares o intereses comunes. Para su aplicación el responsable formulará una pregunta específica, relacionada con la salud, que cada participante responderá de forma breve en una hoja de papel, donde además escribirá su nombre. La hoja de papel se prenderá al pecho o a la espalda del participante.

Recursos: computadora, infocus, hojas de papel, lápices.

Contenido. Presentación de la estrategia, introducción al programa educativo

Actividades.

- Introducción.
- Presentación de la estrategia.
- Encuadre.
- Resumen y evaluación.

Desarrollo:

Introducción. Muy brevemente, el coordinador (persona que imparte el programa ha determinado grupo) se presenta diciendo su nombre y explica los objetivos del mismo. Presentación de la estrategia. Los temas que tratarán durante la misma serán descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse algún tema que puede ser sugerido por los ancianos.

Encuadre. En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de las sesiones y de la estrategia, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias.

Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

Resumen, conclusiones y evaluación.

Se pide a los participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión. De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, se tendrá una idea de la forma en que los y las participantes asimilaron esta primera sesión de trabajo. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Tema: 2 Generalidades sobre la higiene personal.

Objetivo. Construir colectivamente el concepto de higiene personal, de forma que los participantes interioricen ideas no discriminatorias, ni absolutistas sobre el tema y que les sirva para su aplicación práctica en la vida diaria.

FOD. Conferencia interactiva

Técnicas utilizadas. Lluvia de ideas y Mis favoritos. PNI

Recursos: computadora, infocus, hojas de papel, lápices.

Contenido. Concepto de higiene personal, autocuidado de la higiene personal.

Actividades.

- Construcción grupal del concepto de higiene personal.
- Experiencias individuales o colectivas sobre la higiene personal y su autocuidado.
- Evaluación y cierre.

Desarrollo.

Mis favoritos. Se realiza para estimular positivamente, comunicar características personales, gustos, aspiraciones, que permitan mayor conocimiento del grupo.

Se organiza el grupo en forma de semicírculo y se pasa una pelota donde el facilitador mande a detener la bola se le pregunta a la participante:

- Su color favorito.
- Su canción favorita.
- De la ciudad diga su lugar favorito.
- Su familiar favorito.

- Su deporte favorito.
- Responsable. El autor.

Construcción grupal del concepto de higiene personal. Se hace un conteo de 1; 2 y 3, repetido hasta que cada participante tiene uno de estos números. Posteriormente se forma tres grupos: todos los unos, todos los dos, y todos los tres.

Cada equipo debe discutir y presentar escrito con sus palabras qué entiende por higiene personal, luego, mediante una lluvia de ideas, el coordinador irá escribiendo en la pizarra lo que expresen las participantes sobre el concepto de higiene personal y las agrupará en un cuadro

Responsable: La investigadora.

Definir cuál es el concepto de higiene personal.

La facilitador le pedirá que expresen sus experiencias individuales o colectivas sobre el autocuidado de la higiene personal, en forma de lluvia de ideas, irá anotando en la pizarra sus experiencias individuales.

Responsable: La investigadora.

Conclusiones, evaluación y cierre.

Se pide a los participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que los y las participantes asimilaron esta sesión de trabajo. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Tema 3. Importancia de la higiene personal.

Objetivo: brindar información la importancia de la higiene personal.

FOD: conferencia interactiva.

Técnicas utilizadas: palabras claves, sesión expositiva, PNI

Recursos: computadora, infocus, hojas de papel, lápices.

Contenido: aspectos generales sobre, la importancia de la higiene personal.

Actividades.

- Explicar la importancia de la higiene personal.
- Experiencias individuales o colectivas sobre la importancia de la higiene personal.

Desarrollo: La facilitadora motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje. Seguidamente la facilitadora explicará en forma de charla los aspectos claves sobre la importancia de la higiene personal, según el contenido previsto, luego solicitará a los participantes que traten de resumir, sintetizar en una sola palabra o frase muy corta los elementos esenciales de una idea o tema. A continuación los participantes escribirán en papel la expresión seleccionada. Pueden escribir todas las palabras que quieran, sin embargo, sólo escribirán una cada vez. En este momento del ejercicio no se harán comentarios y el tiempo no debe exceder los 10 minutos. Luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada uno de ellos.

Conclusiones y cierre: se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados, el investigador realiza un resumen de la temática abordada.

Evaluación: las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Tema 4. Medidas de higiene personal.

Objetivo: brindar información sobre las medidas de higiene personal.

FOD: conferencia interactiva

Técnicas utilizadas: Sesión expositiva, método del caso. PNI

Recursos: Pizarra, plumones, papelógrafo.

Contenido: aspectos generales sobre cuáles son las medidas de higiene personal.

- Higiene de la cara, oídos, ojos y nariz.
- Higiene del cabello.
- Higiene de la boca, dentadura y prótesis.
- Higiene de manos uñas y pies.
- Higiene de los genitales.
- Higiene del calzado y vestuario.

Actividades.

Explicar aspectos esenciales relacionados con las medidas de higiene personal.

- Señalar las medidas de higiene personal.
- Explicar cada una de las medidas de higiene personal.
- Experiencias individuales o colectivas sobre las medidas de higiene personal.

Desarrollo: la facilitadora motivará la actividad y brindará una pequeña introducción destacando la importancia del tema y los elementos necesarios para su abordaje. Seguidamente se explicará en forma de charla los aspectos claves de las medidas de higiene personal, luego realizará preguntas al grupo sobre el tema abordado, sirve para conocer el nivel de comprensión y dan la posibilidad de rectificar si es necesario. También permite al grupo dar su opinión, ya que en ningún caso las personas han de tener la sensación que se les está examinando, dividir en subgrupos donde se discutirán las diferentes soluciones, tratando de llegar por consenso a una única solución. Cada subgrupo que se ha formado designará una persona para que exponga las conclusiones. Con posterioridad, se realiza una discusión general. A medida que van surgiendo, se pueden recoger los diferentes análisis en una pizarra, pautógrafo, etc. Utilizado así se requiere más tiempo, pero también se puede profundizar más. Es importante que el grupo obtenga sus propias conclusiones, la finalidad de la técnica no es llegar a una única solución, sino reconocer las diferentes alternativas que el grupo considera mejor y poder aplicarlas en situaciones similares.

Esta técnica generalmente se apoya con otro tipo como es el caso que se apoyara con método del caso consiste en la presentación al grupo de un determinado problema aquí se

le expondrá un caso de un anciano con una higiene personal inadecuada, caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Para realizar esta técnica no es aconsejable un grupo muy numeroso, por lo que podemos dividirlo en subgrupos de 4-6 mujeres; de lo contrario, el desarrollo puede hacerse demasiado largo y se dificulta la participación de todo el grupo. La exposición del caso la lleva a cabo la persona conductora del grupo, y puede hacerse mediante fotocopias o bien exponerse de forma oral. Si repartimos material escrito, hemos de tener en cuenta que puede haber integrantes del grupo que tengan dificultad para leer.

Para el desarrollo de la técnica podemos utilizar diferentes estrategias:

Los participantes, después de haber leído o escuchado el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema. A continuación, se vuelve al punto de partida y se realiza un análisis más estricto, teniendo en cuenta aspectos más concretos, las situaciones que se dan en el caso, las causas y los efectos de las conductas que generan. Mediante este análisis final con todo el grupo se pueden llegar a determinar los hechos significativos del caso y trabajar los objetivos de la sesión. Esta utilización del método es más ágil y no requiere excesivo tiempo.

Esta técnica es muy útil para completar una sesión expositiva, lo que motivó su selección en este caso.

Conclusiones y cierre. Se pide a los participantes que trate de integrar los diferentes elementos planteados, definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión. De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que los y las participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

Evaluación: las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Tema. 5 Medidas de higiene personal.

Objetivo. Demostrar técnicas para realizar las medidas de higiene

Técnicas utilizadas: socio drama. PNI

Recursos: Pizarra, útiles para llevar a cabo las técnicas sobre las medidas de higiene personal (jabón, agua, champú, toalla)

Contenido: técnicas correctas para realizar las medidas de higiene personal.

Actividades.

Demostrar técnicas correctas para realizar las medidas de higiene personal.

Explicar cada una de las medidas de higiene personal.

Experiencias individuales o colectivas sobre las medidas de higiene personal.

Desarrollo: el investigador explica en que consiste la técnica.

El socio-drama es un método según el cual un grupo estudia un tema en concreto, una situación social o a sí mismo mediante un proceso de grupo creativo guiado por un instructor. Son los mismos miembros del grupo quienes pueden escoger los roles o bien se les pueden ser asignados.

Se refiere a la dramatización de una situación de la vida cotidiana mediante la representación de la situación por personas de un grupo. Éstos representarán a los personajes que ostentan diferentes roles. El representar la escena de vida permite colocarse en la situación de otro, experimentar sentimientos, darse cuenta y comprender. Al resto del grupo le permite aprender, comprender observando y además analizar lo ocurrido.

¿Qué se necesita?

Una situación relativa al tema tratado. En una residencia para ancianos como cumplimentar las medidas de higiene personal.

Un escenario: auditorium del Centro Anidado de Colta.

Los personajes o actores: se pide voluntarios en el grupo para personificar los papeles.

En el socio-drama se pide a los voluntarios alejarse del resto del grupo para explicarles la situación y que dialoguen sobre cómo la pondrán en escena y se le permiten unos minutos para que lleguen a los acuerdos. También se les pueden dar fichas con pautas de conducta

y/o perfil de cada personaje que van a representar que les sirvan de apoyo. A este fin. Se procede a la dramatización y seguidamente al análisis y debate.

¿Qué es lo más importante del socio-drama?

La elaboración de los personajes, las acciones, expresiones verbales y sentimientos.

La atención al observar los más mínimos detalles.

El análisis guiado por el facilitador del grupo.

La disposición participativa de todos los integrantes del grupo quienes comentarán cualquier observación que hayan realizado.

Evaluación: las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

Tema: 6 Resumen de las temáticas abordadas sobre el autocuidado de la higiene personal.

Objetivo: Realizar un resumen sobre las temáticas abordadas sobre el autocuidado de la higiene personal.

FOD: Taller interactivo.

Técnicas utilizadas: palabras claves, lluvia de ideas. PNI

Recursos: Pizarra, papel y lápiz.

Contenido: aspectos generales sobre, qué es la higiene personal, su importancia y las medidas de higiene personal.

Actividades.

Resumir.

- Qué es la higiene personal.
- Importancia de la higiene personal.
- Medidas de higiene personal.

Desarrollo: El profesor motivara la actividad y brindara una pequeña introducción destacando las generalidades del tema abordado en los encuentros anteriores. Seguidamente el profesor explicará en forma de charla los aspectos claves de la higiene personal, su importancia y las medidas de higiene personal, según el contenido previsto, luego solicitará a los pacientes que traten de resumir, sintetizar en una sola palabra o frase muy corta los elementos esenciales de una idea o tema. A continuación los pacientes escribirán en papel la expresión seleccionada. Pueden escribir todas las palabras que quieran, sin embargo, sólo escribirán una cada vez. En este momento del ejercicio no se harán comentarios y el tiempo no debe exceder los 10 minutos. Luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada uno de ellos.

Conclusiones y cierre: se solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados, que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que los y las participantes asimilaron esta sesión de trabajo, el investigador realiza un resumen de las temáticas abordadas durante los encuentros anteriores.

Evaluación: las respuestas de los participantes se utilizarán para evaluar, lo que se les comunicará al final de la actividad. Se aplicará el PNI. (Positivo, negativo e interesante) donde se les pide a los participantes que piensen en los aspectos positivos del taller y que cada uno expresa su criterio; el coordinador lo refleja todo en la pizarra. A continuación se pide su criterio sobre los aspectos negativos y se procede igual. Se finaliza con lo interesante.

CONCLUSIONES

En el estudio aparece el sexo femenino más representado, la edad ente 75 a 79 años, el estado civil casados, analfabetos, ocupación independiente, los que viven acompañados.

El conocimiento sobre higiene personal no satisfactorio.

No existe correlación entre el conocimiento sobre higiene personal y las variables sociodemográficas.

La estrategia de intervención educativa que se diseña es oportuna y necesaria para informar a los adultos mayores sobre el autocuidado de la higiene personal.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas de las conclusiones a las que ha arribado la autora le permite proponer a los responsables del distrito Colta- Guamote y director del Centro Anidado de Colta:

- Instrumentar la estrategia diseñada en todos los Centros de salud.
- Es necesario brindar una educación continua sobre el autocuidado de la higiene personal en los adultos mayores.
- Es recomendable, desarrollar futuros estudios en los cuales se compare el efecto de diferentes estrategias educativas sobre el tema para medir los conocimientos sobre el autocuidado de la higiene personal en los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

Allevato, M. (2012). Envejecimiento. *Act Terap Dermatol*, 31, 154.

Álvarez, S. (2014). *Medicina General Integral. Tomo 5*. La Habana: Ciencias Médicas.

Alvear, R. (2015). Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa de IESS. (*Tesis de postgrado*). Cuenca: Universidad de Cuenca.

Andrade, V. (2012). Consejería sobre salud bucal y cuidados de prótesis dental removible en adultos portadores. España: Facultad de Odontología de Córdoba.

Arana, B. (2015). Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/49536>.tr

Areyan, Y. (2014). Psicología cambios sociales en el adulto mayor. *Club ensayos, revista en Internet*, 3.

Arnold, Y. (2012). Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. Aspectos básicos. *Revista Finlay ISSN 2221-2434 revista en Internet*, 2, 2. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>

Artiles, V. (2008). Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Ecimed.

Barrio, T. (2009). Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayores. *Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.*, 7(1).

Beltrán, B. (2007). Estrategía de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo. (*Tesis doctoral*). Villa Clara: Olympus.

Bernardini, D. (2012). La familia base y eslabón primario de la salud pública del futuro. *Revista panamericana de Salud Pública*, 12, 7-8. Disponible en: http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esPOCH_cons&v=2.1&id=GALE%7CA301479631&it=r&asid=cfa1cfcf7ec33f6c2608f5b5f43de0a0

Boggio, M. (2010). *Las prácticas del autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor*. Venezuela: Triope.

Catañeda, L. (2010). Estrategia educativa como instrumento preventivo de urgencias en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible. *ISSN*, 14(2), 0-0.

Coppard, L. (1985). *La auto atención de la salud y los ancianos. En OPS- OMS. Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington: OPS, Publicación científica.

Facultad de Odontología Córdoba. (2012). *Consejería sobre salud bucal y cuidados de prótesis dental removible en adultos portadores*. España.

Cuñat, V. (2000). Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública*, 74, 287-298.

Díaz, C. (2003). Modelos y estrategias de cambios comportamentales. Disponible en <http://www.ligasida.org/esload.php/vid=o/leng=es/29/modelocambiodecomportamiento.htm>

Espitia, L. (2002). *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana.* Colombia: S.A.

Gamarra, P. (1998). *Aprendiendo a vivir mejor.* Lima: San Lucas.

García, A. (2012). *Enfermería del anciano.* España: Disfunción de avances de enfermería.

García, A; & Sáez, J. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida.* España: Ediciones S.A.

Guillén, F. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.* España: Ediciones S.A.

Jordán, M. (2011). *Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa.* *Rev. Med. Electrón,* 4, 33. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>

Gaspar & Labra. (2008). *Envejecimiento cognitivo y actividades instrumentales de la vida diaria.* España: Mapfre.

Lluis, G. (2013). *Fragilidad del adulto mayor.* *Rev Médica Cubana,* 3(42), 35-38.

López, R. (2012). *Estudio epidemiológico de la salud dental en una población de jubilados.* Madrid: Atención Primaria.

Marín, P. (2013). *Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral.* Chile: Universidad Católica de Chile.

Martín, V. (2004). Hábitos de higiene personal. *Revista digital Investigación y educación*. Recuperado de:
http://www.csif.es/archivos_migración_estructuraandalucia/modules/mod_sevilla/revistaense/n12/higiene.pdf

Millán, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cubana de Enfermería*, 26(4). La Habana, pp. 4-9.

Millán, J. (2011). *Gerontología y Geriatria*. España: Panamericana.

Mishara, R. (2011). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

Moragas, R. (2010). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.

Moriyama, M. (1968). Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Fundation.

Planificación estratégica en las organizaciones. (2004). *[Artículo en Internet]* . Recuperado el 10 de Diciembre de 2005, de Disponible en:
<http://www.aprchile.cl/pdfs/Planificacion%20Estrategica.pdf>.

Orosa, T. (2011). La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor . La Habana : Félix Varela.

Padilla, D. (2012). El adulto mayor y la jefatura del hogar. *Revista E-análisis*, 1, 4-7.

Quilca, E. (2014). Situación de pobreza extrema de las personas adultas mayores en el ámbito rural, vista desde la experiencia de Cáritas Puno. Perú.

Ramos, D. (2013). Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria. *Revista Enfermagem*, 21(4), 8-10.

Rodríguez, A. (2008). Dimensiones psicosociales de la vejez. España: Edit Siglo XXI.

Rodríguez, Y. (2011). *Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores*. La Habana: Vedado.

Organización Panamericana de la Salud. (2001). Evaluación para el planteamiento de programas de educación para la salud. *Guía para técnicos medios*, 18, 12-14.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Envejecimiento y ciclo de la vida. . Derechos Reservados.

Salvarezza, L. (2009). Psicogeriatría, vejez, medicina y prejuicios. Buenos Aires: Paidós.

Sanabria, G. (2007). Diseño del programa educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP.

Ministerio de sanidad del Perú. (2014). Prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. **Madrid: Prado.**

Valencia, J. (2016). Aseo en el anciano dependiente. Buenos Aires.

Valentín, F. (2014). Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. (*Tesis doctoral*). Cardenas: Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>.

Vidal, S. (2013). Prevalencia de factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor cesante, en el hospital de atención integral al adulto mayor. (*Tesis de pregrado*). Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Zavala, M. (2011). *Síndrome de fragilidad en adultos mayores no institucionalizados*. Bogotá: Universidad Médica de Bogotá.

ANEXO No. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Bertha Del Rosario Moreno Rojas, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores. Santo Domingo de Ugshapamba, Colta, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a 62 participantes y su relación con factores seleccionados. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a los Adultos Mayores, con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento de los participantes sobre higiene personal. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

ANEXO No. 2

Código _____

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO
SANTO DOMINGO DE UGSHAPAMBA, COLTA.

Estimado señor/a de la manera más cordial y respetuosa, solicito comedidamente se sirva contestar el siguiente cuestionario el cual permitirá identificar los conocimientos que usted posee sobre higiene personal.

Este cuestionario tiene un carácter anónimo personal, lo más importante es que usted responda con sinceridad. Le agradecemos su gentil colaboración porque todo lo que usted diga será en beneficio de la población del barrio Santo Domingo de Ugshapamba, Colta, además nos ha de servir para proponer algunas sugerencias sobre higiene personal.

Datos generales:

Fecha. _____

Sexo: Femenino (1) _____ Masculino (2) _____

Edad (años cumplidos) _____

Estado civil:

- (1) Casado (a) _____
- (2) Soltero (a) _____
- (3) Viudo (a) _____
- (4) Divorciado (a) _____

Nivel de instrucción:

- (1) Ninguno _____

- (2) Primaria _____
- (3) Bachillerato _____
- (4) Superior _____

Ocupación:

- (1) Empleado (a) _____
- (2) Desempleado (a) _____
- (3) Independiente (a) _____
- (4) Jubilado (a) _____
- (5) Ama de casa _____

Convivencia.

- (1) Solo(a) _____
- (2) Acompañado(a) _____

1. ¿Conoce usted si los siguientes planteamientos forman parte de las medidas de higiene personal?

a. Baño.

(1) Si _____ (0) No _____

b. Cepillado dental.

(1) Si _____ (0) No _____

c. Lavado de manos.

(1) Si _____ (0) No _____

d. Lavado del cabello

(1) Si _____ (0) No _____

e. Lavado del vestuario y limpieza del calzado.

(1) Si _____ (0) No _____

f. Limpieza de los oídos.

(1) Si ____ (0) No ____

g. Limpieza de uñas de manos y pies.

(1) Si ____ (0) No ____

h. Limpieza de la nariz.

(1) Si ____ (0) No ____

2. ¿Conoce usted para que es importante la higiene personal?

- (1) Para prevenir la artrosis ____
- (2) Para prevenir enfermedades infecciosas ____
- (3) Para prevenir la diabetes ____
- (4) No se ____

3. ¿Conoce usted para que es importante el lavado de las manos?

- (1) Para que las manos estén limpias ____
- (2) Para proteger la salud ____
- (3) Para no transmitir enfermedades ____
- (4) Para que las manos no tengas parásitos ____
- (5) Para evitar la diabetes ____

4. ¿Conoce usted en que momentos debe lavarse las manos?

- (1) Antes de manipular los alimentos ____
- (2) Antes de ir al baño ____
- (3) Después de ir al baño ____
- (4) Una vez al día ____

5. ¿Sabe usted cuantas veces hay que cepillarse los dientes en el día.

- (1) Una vez al día ____
- (2) Cuatro veces al día ____
- (3) Dos veces al día ____
- (4) No se ____

6. ¿Conoce usted si es necesario acudir al odontólogo para mantener la higiene bucal?

(1) Sí ____

(0) No ____

7. Conoce usted cada que tiempo se cambia el cepillo de dientes

(1) Cada tres meses ____

(2) Cada seis meses ____

(3) Cada nueve meses ____

(4) No se ____

8. ¿Sabe usted si es importante el lavado de la prótesis dental?

(1) Sí ____

(0) No ____

9. ¿Con qué frecuencia se debe lavar la prótesis dental?

(1) Una vez al día ____

(2) Cuatro veces al día ____

(3) Dos veces al día ____

10. ¿Conoce usted porque es importante ducharse?

a) Para evitar enfermedades.

(1) Sí ____

(0) No ____

b) A través de ella evitamos la presencia de gérmenes y bacterias en la piel.

(1) Sí ____

(0) No ____

c) A través de ella se elimina la suciedad, el sudor y el mal olor.

(1) Sí ____

(0) No ____

11. ¿Conoce con qué frecuencia debe ducharse?

(1) Diario ____

(2) Semanal ____

(3) Mensual ____

(4) Pasando un día ____

12. ¿Conoce la importancia del lavado del caballo?

(1) Si ____

(0) No ____

13. ¿Sabe usted con qué frecuencia debe lavar su cabello?

(1) Diario ____

(2) 2 veces por semana ____

(3) Mensual ____

(4) Pasando un día ____

(5) No se ____

14. ¿Conoce usted cuales son los beneficios de lavar su cabello?

a) Para elimina el mal olor del cabello.

(1) Si ____

(0) No ____

b) Evitar la Caspa.

(1) Sí ____

(0) No ____

c) Evita los Piojos.

(1) Sí ____

(0) No ____

d) Evitar enfermedades del cuero cabelludo (piel de la cabeza).

(1) Sí ____

(0) No ____

15. ¿Qué cuidados cree usted sean necesarios para mantener la higiene de las uñas?

(1) No cortarse las uñas ____

(2) Mantener las uñas bien cortadas y limpias ____

(3) Cortarse las uñas con los dientes ____

(4) Trabajar en el campo sin usar guantes ____

16. ¿Qué cuidados cree usted sean necesarios para mantener la higiene de la cara y ojos?

- (1) Secarse la cara y ojos con una toalla de uso colectivo ____
- (2) Lavado de la cara y ojos pasando un día ____
- (3) Lavado de cara y ojos durante la ducha, al levantarse por la mañana y cuando estén sucios ____
- (4) No es necesario lavarse las manos antes de tocarse los ojos y la Cara ____

17. ¿Qué cuidados cree usted sean necesarios para mantener la higiene de la nariz?

- (1) Introducir objetos metálicos en la nariz para su limpieza ____
- (2) Limpieza diaria de la nariz ____
- (3) Introducir los dedos en la nariz sin aseo previo de las manos ____

18. ¿Qué cuidados cree usted sean necesarios para mantener higiene de los oídos?

- (1) Se deben limpiar con ganchos ____
- (2) Se puede introducir un gancho cuando pican los oídos ____
- (3) Se deben lavar diariamente y secar bien ____

19. ¿Qué cuidados cree usted sean necesarios para mantener la higiene de los genitales?

- (1) Se deben lavar pasando un día ____
- (2) Se deben lavar dos veces al día y secar bien ____
- (3) No deben lavarse ____
- (4) Cambio de la ropa interior cada tres días ____

20. ¿Qué cuidados cree usted sean necesarios para mantener la higiene del vestuario y calzado?

- (1) Mantener la ropa y el calzado limpios ____
- (2) Uso de la ropa y el calzado de trabajar en el campo durante dos semanas
sin lavar ____
- (3) No es necesario ventilar la ropa ni el calzado ____

ANEXO No. 3 Validación del instrumento

Dimensiones	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1ra.	2da.	1ra.	2da.	1ra.	2da.	1ra.	2da.
	%	%	%	%	%	%	%	%
Conocimiento higiene personal	45,0	0,0	47,0	7,3	7,3	0,0	31,3	0,0
Importancia de la higiene personal	9,3	0,0	40,0	7,3	0,0	0,0	70,0	0,0
Medidas de higiene personal	31,3	0,0	54,6	22,0	0,0	0,0	41,0	0,0
Total	28,5	0,0	47,2	12,2	2,4	0,0	47,4	0,0

ANEXO No. 5 Recursos/presupuesto.

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Personal

Recurso humano	Estipendio	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1200,00	70	1130,00	10%	113,00

Total de gastos por concepto de personal: \$ 2570.00

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	5	4,00	20,00
Tonner impresora láser	Unidad	2	30,00	60,00
Grapadora	Unidad	1	2,00	2,00
Perforadora	Unidad	1	3,00	3,00
Calculadora	Unidad	1	5,00	5,00
Total				90,00

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	1200,00	1200,00
Impresora Láser	Unidad	1	150,00	150,00
Total				1350,00

Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Anillado	Hoja	10	1,00	10,00
Fotocopias	Hoja	100	0,05	5
Empastado	Hoja	5	10,00	50,00
Total				65

4. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Combustible para viajes	Galón	30	1,50	45.00
Alimentación	Unidad	30	3,00	90.00
Total				135

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal	2570,00
Material de oficina	90,00
Equipos	1350,00
Servicios	65,00
Otros gastos	135,00
Total	4210,00

Total de gastos directos: \$ 4210,00 (cuatro mil doscientos diez)