

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

UNAN-LEON



Monografía para optar al título "Licenciatura Ciencias de Enfermería"

TITULO: Factores afectivos y estilos de vida de los ancianos que influyen en el auto cuidado, residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl.

AUTORAS: BRA. Eveling Beatriz Malta Picado.

BRA. Inés Vanessa Pérez Alarcón.

TUTORA: MSC. Juana Julia Salmerón Flores.

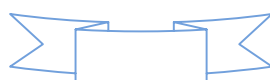
"A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD"

LEON, 10 DE JUNIO, 2011.



INDICE

I.DEDICATORIA	
II. AGRADECIMIENTO	
III. RESUMEN	
IV. INTRODUCCION.....	1
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
VI. OBJETIVOS.....	7
VII. HIPOTESIS.....	8
VIII. MARCO TEORICO.....	9
IX. DISEÑO METODOLOGICO.....	28
X. RESULTADOS.....	31
XI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	34
XII. CONCLUSIONES.....	37
XIII. RECOMENDACIONES.....	38
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	39
XV. ANEXOS.....	43

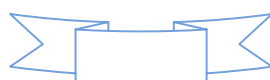




RESUMEN

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo con el propósito de determinar los factores afectivos y estilos de vida de los ancianos que influyen en el auto cuidado, de los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl - León en el periodo comprendido marzo-junio 2011. Se elaboró una entrevista identificándose datos socio demográficos, factores afectivos y estilos de vida de los residentes. El proceso de recolección de datos se realizó en una entrevista con preguntas cerradas, acompañada por una guía de observación, en el cual se entrevistó a cada residente en los pasillos del asilo. La información se analizó a través del programa estadístico Epi info. El resultado final permitió conocer que la mayoría de los residentes están entre las edades de 60-79 años, viudos, masculinos, mas de tres hijos, originarios de León. También se pudo identificar que el factor afectivo mas influyente en el auto cuidado de los residentes es el valor que han dado sus familiares al dejarlos solos y sus estilos de vida están siendo impuestos por personal que labora en la institución y no por ellos mismos, observando que no disponen de opciones para recrearse. por esto recomendamos a la responsable del asilo garantizar atención psicológica a los residentes, convivencias familiares, actividades lúdicas que ayuden a fortalecer su estado de animo; a personal de enfermería coordinar con la escuela de enfermería programas de educación continua promoviendo un adecuado auto cuidado que permita captar mayor información, manteniendo empatía y constante comunicación con los residentes.

Palabras claves: auto cuidado, factores afectivos, estilos de vida.



DEDICATORIA.

A Dios por habernos dado las fuerzas y sabiduría para realizar este trabajo.

A nuestros padres: portadores de vida y amor incondicional que gracias a sus esfuerzos y confianza he alcanzado mis metas.

A mi bebe que viene en camino y que me ha dado el valor de continuar con este trabajo.



AGRADECIMIENTO.

A Dios: que nos ama e impulsa a ser cada día mejores.

A los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl de la ciudad de León por su disponibilidad incondicional de haber sido partícipes de nuestro trabajo.

A nuestra tutora Lic. Juana Julia Salmerón Flores por su paciencia y dedicación.

A todos aquellos que de una forma u otra han contribuido a alcanzar este propósito.

A todos, muchas gracias.



Introducción

La población adulta del mundo aumenta un 1.7 % anualmente y Latinoamérica no es ajena a este fenómeno, el cual el conocimiento adquirido que deben obtener los adultos en relación a su auto cuidado en este sentido, la salud para la mayoría de las personas mayores se constituye en una de las principales preocupaciones de su vida, por lo que la enfermedad puede ser una obsesión constante dado que la probabilidad de sufrir una enfermedad durante la vejez se está incrementando.

Según la OPS más del 80% de los adultos padecen enfermedades crónicas y estos a su vez se encuentran en centros de atención tales como los asilos de ancianos, siendo esta un canal que permite obtener información básica y necesaria para llevar a cabo un plan de acciones que conduzcan a llevar estilos de vida saludables.

Según Argos Vergara , 2009 afirma que “Los factores afectivos constituyen un pilar fundamental es imprescindible para la supervivencia de los seres humanos, esta necesidad no puede sustituirse por ningún otro”. Ningún ser humano es capaz de sobrevivir sin una cierta cantidad de afecto, todo ser humano enferma y muere irremediamente, debido a la falta de interés que tiene hacia su propia vida.

Debido a que los residentes de asilos de ancianos se encuentran fuera de su entorno familiar, muchas veces olvidan los hábitos que lo conducen a una vida saludable, perdiendo el interés propio de adoptar medidas de promoción de salud, las cuales son prioritarias para las personas de edad, puesto que el impacto que se busca es el mejoramiento de su calidad de vida para prolongar años productivos y garantizar su participación en el proceso de desarrollo al cuidado de su salud integral.

Orem (2009) afirma que auto cuidado en personas Adultas se origina en el reconocimiento de que la potencialidad de la autonomía y auto responsabilidad es indispensable para tener vida digna plena y saludable. En este sentido el auto cuidado va a permitir alcanzar mejor calidad de vida.



Los residentes de los asilos de ancianos son personas que quizás tengan capacidades de cuidarse, en cambio habrán otras que requieren de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar, el cual debe ser brindado tanto por los familiares como por el personal que labora en la institución:

Considerando a la enfermera la principal autora de relacionar los valores, los recursos, las costumbres, los derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, las creencias, el entorno vital y social y los atributos del ser como son: libertad, creatividad, dignidad, solidaridad, identidad, autonomía, integridad, fraternidad y equidad (entendida como el reconocimiento de la igualdad en la diferencia).

Todo esto dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias para que esa fuerza sincrónica, interna de organización y de interconexión del intelecto, el cuerpo y el espíritu llamado vida, funcione adecuadamente en el residente del asilo de ancianos.



Antecedentes

Durante el siglo XX y al inicio del siglo XXI los países de las Américas han sufrido grandes cambios sociales, demográfico y epidemiológico, que han llevado a cabo un aumento de incidencia y prevalencia de varias enfermedades prevalentes en el adulto, tanto que han hecho que las familias de estos opten por internar en asilos de ancianos a estos mismos con el objetivo de que les brinden la atención que necesitan.

Según Lacayo y Martínez (1998) afirman que entre el 5 y el 7% de los adultos de nuestro país viven en residencias o asilos, se estima que cada una de ello(a) s han venido practicando sus conocimientos de auto cuidado haciendo total énfasis en mantener un estilos de vida saludable que favorezca al mantenimiento y restauración de su salud, por lo que no cuentan con un familiar cercano o un apoyo que les brinde la atención necesaria para practicarlo.

Estudios realizados en el continente europeo afirman estadísticas que entre el 55% de su población pertenecen a este grupo de vulnerabilidad de edades como son los adultos mayores del cual un 85% de ellos residen en asilos de ancianos.

Esto evidencia que es de vital importancia la participación de la familia , profesionales de la salud o de las redes de apoyo para ayudarle a restaurar, solucionar y encauzar sus dificultades de salud y promover el bienestar entre él y su entorno (Gutiérrez, 1995). La capacidad de iniciar y sostener esfuerzos en este campo está en relación con el tipo de auto cuidado que se necesita, con las condiciones externas y con los factores internos que afectan la posibilidad de actuar autónomamente.

Siendo tal razón la que se considera implementar funciones que deleguen al personal de salud que labora en estos centros de atención incorporar en sus protocolos de atención la importancia de brindar información acerca del auto cuidado de la salud.



Justificación

El auto cuidado del adulto que reside en los asilos no ha tomado aún la importancia que requiere; es muy poco lo que se ha estudiado sobre ello. No se involucra a la persona que reside en un asilo de ancianos como actor competente que tiene la capacidad de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Ya que el auto cuidado es el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

Integrando a la enfermera como la principal responsable de dar respuestas reales o potenciales a la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual, la cual se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

En la práctica, la mayoría de las instituciones que trabajan con la persona adulta que reside en los asilos no cuentan con programas integrales, desarrollan actividades fragmentadas generalmente orientadas a los aspectos: recreativos, espirituales, de socialización con personas de su misma edad y charlas que ayuden a la autoestima.

Asimismo, cuentan con escaso personal capacitado para brindar educación a la persona adulta sobre como ejercer su auto cuidado integral.



De allí, la necesidad e importancia de considerar la nueva concepción de la salud, la cual plantea la multifactorialidad de los elementos que la determinan y la complejidad del proceso del envejecimiento en las personas adultas sanas o enfermas.

Esto requiere que tanto en el ámbito familiar, comunitario e institucional, la práctica de un enfoque integral exige que la atención que se brinde a este grupo etario se realice utilizando criterios de coherencia y continuidad.

Por tanto, si en determinado momento las personas adultas no son capaces, por sí solos, de cambiar las prácticas viejas o añadir nuevas, es necesario un re aprendizaje que pueda ser brindado por personal altamente capacitado.

El estudio es de gran importancia para la responsable del asilo porque servirá de apoyo para dar seguimiento a la educación y atención de los residentes del asilo de ancianos.

También fue de utilidad al recurso de enfermería del centro y otras instituciones formadoras como la escuela de enfermería de la UNAN-LEON para la búsqueda de alternativas que contribuyan a la promoción y desarrollo del auto cuidado en el residente del asilo de ancianos.



Planteamiento del problema

En la actualidad vemos el decrecimiento de los valores morales en donde a los ancianos no se les está brindando la atención que se merece en el seno familiar, acompañado de una crisis económica progresiva que hace difícil el cuidado del adulto mayor o discapacitado en el hogar generando así una razón en la que se ven las familias para optar por recluir a sus miembros ya sea ancianos o discapacitados en un asilo de ancianos.

Según la teoría de Virginia Henderson la enfermería, se basa en las necesidades básicas humana. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla.

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, siendo esto un gran motivo de evaluar los factores afectivos y estilos de vida que influyen en el auto cuidado de los residentes del asilo de anciano para brindar mejor atención y cuidados de calidad.

¿Que factores afectivos y estilos de vida de los ancianos que influyen en el auto cuidado, de los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paul de la ciudad de León, en el periodo comprendido marzo –junio ,2011?



Objetivos

Objetivo General.

- ✓ Determinar los factores afectivos y estilos de vida de los ancianos que influyen en el auto cuidado, de los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl de la ciudad de León en el periodo comprendido marzo-junio 2011.

Objetivos Específicos.

- ✓ Describir las características socio demográficas de los residentes del asilo de ancianos san Vicente de Paúl.
- ✓ Identificar los factores afectivos que influyen en el auto cuidado de los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl.
- ✓ Identificar estilos de vida que influyen en el auto cuidado de los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl.



Hipótesis

Los factores afectivos y estilos de vida de cada individuo constituyen un eslabón muy importante en el auto cuidado de la persona independientemente de su estado físico o mental.



Marco teórico

I. Conceptos principales

1. **Factores afectivos:** es el medio a través del cual los individuos son conscientes de su entorno, responden al mismo con sentimientos, y actúan de acuerdo con ellos.
2. **Estilos de Vida:** es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud la cual se aplica de una manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende la vida, no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo (poco menos que una ideología), como en el de una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo , expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.) fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.
3. **Cuidados:** Atención o protección que se da a alguien o a algo, interés o precaución que se pone al hacer algo.
4. **Auto cuidado:** práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.
5. **Residente del asilo de ancianos: individuo** o adultos (mayor de 40 años o más) que por motivos biológicos, psicológicos o sociales requieran de un ambiente protegido de cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad.
6. **Asilo de anciano:** es una residencia que provee habitación, comidas y ayuda con las actividades cotidianas y recreativas. En la mayoría de los casos, los residentes de los asilos de ancianos tienen problemas físicos o mentales que les impiden vivir solos. Generalmente necesitan ayuda a diario.



II. Factores Afectivos de los residentes del asilo de ancianos

Según M.P. González, E. Barrull, C. Pons y P. Marteles, 2000 define como factor afectivo todas las necesidades primarias para designar la susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en el mundo sexual o en su propio yo. También se conoce como el amor que un ser humano brinda a alguien.

Las necesidades afectivas no son iguales en todas las edades del individuo, por intuición, sabemos que los niños necesitan mucho más afecto que los adultos. Esto es debido a que la capacidad de trabajo de los niños es mucho menor que la de los adultos aunque muchos adultos no llegan a desarrollarse lo suficiente y quedan con una capacidad de trabajo muy disminuida.

Esto ocurre cuando un adulto no ha podido desarrollar suficientemente sus capacidades cerebrales debido a que no ha recibido suficiente ayuda en su desarrollo. Aunque aparentemente parezca un adulto, aunque su desarrollo muscular sea el adecuado, su cerebro tiene muy poca capacidad de adaptación, de trabajo, de procesamiento.

Ante los problemas busca refugio y apoyo en los que le rodean y carece de toda capacidad para ayudar a resolver los problemas de sus hijos. Si en su desarrollo no ha adquirido suficientes habilidades y capacidades de trabajo para resolver los problemas de la vida, siempre necesitará obtener afecto de los demás, de su familia, amigos, etc., además de la ayuda social que reciba.

Al cual se considera una determinante que está influyendo en el comportamiento o a la supervivencia del ser humano principalmente el que se encuentra en un entorno desconocido como el de los residentes de asilos, manifestándose en la falta de afecto, de amor, de cariño, de ayuda en la que anteriormente recibían en sus hogares, representando una pérdida de energía, aliento para seguir luchando por mantener una



vida saludable, siendo esta la razón por la cual un desequilibrio en las relaciones afectivas conduce inevitablemente a la enfermedad y la muerte.

2.1. Tipos de factores afectivos

Larson y Smalley 2002 existen factores afectivos personales que influyen en la vida de cada individuo:

2.1.1 Factores personales

Según Bermúdez Moreno 2003 define a los factores personales como el conjunto dinámico de características de una persona. relacionados con la vida de una persona y su estilo de vida , así como el conjunto de características o patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás.

Por tal razón se consideran tales factores influyentes en el comportamiento de las personas a través del tiempo, aun en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo que lo caracteriza como independiente y diferente.

2.1.2 Autoestima

Según Msc. Renny Yagosesky 2009 define la Autoestima como la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean éstos cognitivos, emocionales o motores.

Por tal razón se considera la autoestima el auto concepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona y de la manera como esta los recibe; además, pueden influir en ella factores internos, por ejemplo, una depresión



como ocurre frecuentemente en los residentes de asilos que se encuentran alejados de su entorno familiar.

La percepción emocional puede fácilmente llegar a sobrepasar en sus causas a la racionalización y la lógica del individuo. Por ello, tener una buena autoestima implica ser conscientes de nuestras virtudes y nuestros defectos (auto concepto) así como de lo que los demás dicen de nosotros (heteroconcepto) y sienten hacia nosotros (heteroestima), aceptando todo ello en su justa medida, sin amplificarlo ni reducirlo, sabiendo y afirmando que en cualquier caso siempre somos valiosos y dignos. Implica, por lo tanto, respetarnos a nosotros mismos, y también ayudar a los demás a hacerlo.

Según Schumann, hay tres aspectos dentro de la autoestima:

- ❖ Global: la valoración general de uno mismo.
- ❖ Específica: auto evaluación en varias situaciones de la vida, por ejemplo, en el trabajo y en características individuales, como son la personalidad y la inteligencia.
- ❖ Tarea: la valoración en tareas concretas.

Tipos de autoestima

Autoestima positiva: no es competitiva ni comparativa. Está constituida por dos importantes sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de sí misma.

Autoestima relativa: oscila entre sentirse apta o no, valiosa o no, que acertó o no como persona. Tales incoherencias se pueden encontrar en personas, que a veces se sobrevaloran, revelando una autoestima confusa.



Autoestima baja: es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la sensación que todo no alcance, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva.

Bienestar Subjetivo

Según Bleger José, 2006 se llama bienestar subjetivo al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dé lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. El bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro.

Al cual actualmente se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la etapa adulta a la ancianidad hecha por algunos miembros de la sociedad, en los que se manifiesta una sensación de rechazo hacia su propia vida.

Auto aceptación

Según la Lic. Silvia Russel 2007 define la auto aceptación como el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo el cual significa reconocer que somos valiosos y dignos de ser queridos y respetados a pesar de no ser perfectos .

Al cual se considera dicha expresión que el reconocerse a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones; permite asumir y aceptar constructivamente las características que difícilmente pueden ser modificadas, asumiendo un nivel de interés para modificar la forma de vida de cada individuo .



Autocontrol

Según Grau, J ,2008 define al auto control como la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones, el control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al auto cuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tienen la persona y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud; aquí se incluyen los determinantes personales, es decir, los que significan bienestar para cada persona.

A su vez, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.

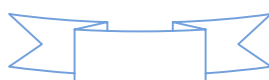
Por lo que consideramos que el autocontrol indica el dominio que una persona puede tener de sus reacciones, sentimientos e impulsos a través de una determinación voluntaria para poder hacerlos surgir o crecer, mantener o someter según su libre decisión, relacionando esta capacidad de decidir en la manera de auto cuidarse.

Resiliencia

Según Edith 1996 es aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”.

Por tal razón se considera este aspecto como principal determinante para focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida.

Además que el enfoque de la resiliencia muestra cómo es posible abordar las oportunidades de desarrollo humano, a pesar de la adversidad. De este modo, la resiliencia se convierte en un proceso de la persona en el que se involucran los aspectos internos como la autoestima, el buen humor, la seguridad, la empatía, entre otros



Es por eso que consideramos que la resiliencia es importante en el auto cuidado porque facilita a las personas actuar de manera más sana frente a los obstáculos a la calidad de vida; por ejemplo la enfermedad que podría ser asumida como una oportunidad para crecer. Se esperaría que cuando la persona logre la aceptación de la propia individualidad, la autonomía y la independencia, haya influido en el comportamiento de auto cuidado.

La Voluntad

Según Bleger José, 2006 define a la voluntad como la propiedad que expresa la personalidad, emergiendo en mayor o menor grado, por lo tanto, marcando un índice de sufrimiento, dependiente de este grado, por la capacidad de la razón y la memoria de realimentar la motivación que permita a la mente estructurar un futuro con una línea de acción que ponga de nuestra mano la capacidad de expresar un trabajo que culminará en un éxito previamente calculado.

Según el Doctor Gustavo de Roux 2009 es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos.

En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina 'clave para la acción' a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden 'disparar' un cambio, lo cual indica porqué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de auto cuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos 'saludables', desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta



A estos conflictos, el Doctor Gustavo de Roux los denomina “paradojas comportamentales”, que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos, un ejemplo podrían ser las situaciones relacionadas con el ejercicio, frente al cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana.

Las Actitudes

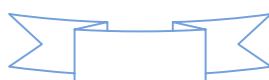
Según Eiser, J.R. 1989 expresa que la actitud es la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario, que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Siendo el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación que tenga el individuo.

Por tal razón se considera un factor de mayor influencia en la calidad de vida del individuo, ya que de ella depende el comportamiento del mismo para sobrellevar su estilo de vida.

Relaciones positivas con los demás

Según Borobio, Dionisio ,2006 definen a las relaciones positivas como la comunicación con padres, profesores y compañeros que ayudan a abordar situaciones en los ambientes sociales.

La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.



Por tal razón se considera un método eficaz para enfrentar diversas situaciones que se presentan en la vida diaria, siendo este un factor determinante para mejorar la calidad de vida de cada individuo.

Autonomía

Según Florencia 2008 define a la autonomía como la capacidad que ostentan los seres humanos de poder tomar decisiones sin la ayuda del otro, es decir, si bien muchas veces utilizamos la visión del otro para no equivocarnos a la hora de elegir o tomar una decisión en algunos temas cruciales, en realidad, buena parte de las acciones, decisiones y elecciones que hacemos en nuestra vida cotidiana las hacemos nosotros mismos y esto es gracias a esta capacidad que nos permite hacerlo.

Por tal razón se considera un factor influyente la decisión que tenga un individuo al hacerse responsable de sus actos los cuales repercuten en la vida del ser humano, enfatizando la autodeterminación, la independencia y la regulación de su conducta, determinando así mismo la capacidad del individuo de dictarse sus propias normas morales ,constituyendo un principio básico en el derecho privado, ya que parte de la necesidad que capacita a los individuos para establecer normas acordes a su libre voluntad.

Dominio del ambiente

Según Florencia 2008 define al dominio del ambiente como a habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas, el poder que alguien despliega sobre cosas o personas y por el otro la potestad que alguien tiene de disponer y usar lo propio

Por tal razón se considera como una característica de la salud mental, la cual implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.



Propósito en la vida

Según la revista INNATIA, 2009 define el propósito en la vida como el significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad, quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección. Por tal razón se considera este aspecto importante en la vida de cada individuo ya que permite proponerse metas u objetivos que den como resultado la satisfacción de sus necesidades.

Crecimiento personal

Según artículo publicado por la revista INNATIA, 2009 Lo que asegura nuestra salud y nuestro crecimiento personal es el cumplimiento de nuestras necesidades, hay necesidades reales y orgánicas y necesidades irreales; el conocerlas y diferenciarlas nos ahorrará mucho tiempo y esfuerzo.

Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart (1975 en Fernández-Ballesteros, 1999), como el eje de la calidad de vida de los ancianos.

Dentro de las variables socio demográficas destaca lo señalado por Bromley (1990 en Fernández-Ballesteros, 1999), quien indica que la edad cronológica no parece explicar sino una pequeña porción de la varianza en el grado de bienestar del sujeto.

Por otra parte, integrando la descripción hecha por Ryff (1989) en torno al concepto de bienestar nos podemos dar cuenta de que al menos la auto aceptación, la autoestima y el propósito en la vida tienen que ver con muchos de los síntomas asociados comúnmente a depresión, así como el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás se relacionan con el concepto de apoyo social percibido.



Motivación

Según Abraham H. Maslow en su teoría de las necesidades humanas la motivación es, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía. Factores que hacen que las poblaciones o las personas actúen en cierta forma. La motivación es un término genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos, y fuerzas similares.

Por tal razón se considera a la motivación como un impulso, emoción o deseo que hace a una persona actuar de una forma determinada, los cuales influyen en la manera de actuar de cada individuo.

Tipos de motivación

Según McClellan de esquematizo la motivación en tres impulsos reflejando elementos culturales en que crecieron los individuos (familia, educación, religión).

- Afiliación (impulso por relacionarse con otros eficazmente)
- Logro (impulso por superar retos, avanzar, crecer)
- Poder (impulso por influir en las personas y las situaciones)



Motivación para el logro

Es el impulso por superar los retos a fin de alcanzar metas. El logro es importante en sí mismo y no por las recompensas que lo acompañen.

Características que definen a los que se orientan hacia el logro:

- Trabajan más duro cuando perciben que recibirán reconocimiento por sus esfuerzos.
- Trabajan más duro cuando solo hay un riesgo moderado de fracasar.
- Trabajan más duro cuando reciben retroalimentación específica de su desempeño.

Motivación por afiliación

Es el impulso por relacionarse con otros en un medio social.

La diferencia con los que se orientan hacia el logro es que los que están motivados por afiliación trabajan más duro cuando se les felicita por sus actitudes favorables y su cooperación, más que por una evaluación detallada de su conducta en el trabajo. Tienden a escoger a amigos como asistentes en vez de fijarse solamente en las capacidades técnicas.

Motivación por competencia

Es el impulso por realizar un trabajo de gran calidad.

Características de las personas motivadas por la competencia:

- Dominar su trabajo.
- Desarrollar habilidades para la solución de problemas.
- Se esfuerzan por ser innovadores.
- Se benefician de sus experiencias.



- Tienen a realizar un buen trabajo por la satisfacción interna que les produce y la estima que obtienen de los demás.
- Esperan un trabajo de alta calidad de sus subordinados.
- Pueden pasar por alto la importancia de las relaciones humanas en el trabajo o la necesidad de mantener niveles razonables de producción.

Motivación por poder

Es el impulso por influir en las personas y en las situaciones.

Características:

- Desean crear un impacto en sus organizaciones.
- Están dispuestos a correr riesgos para lograrlo.
- Pueden usar ese poder en forma constructiva o destructiva.
- Los motivados por el poder son excelentes si sus impulsos son hacia el poder institucional, que busca influir en las personas para el bien de la organización y no del poder personal. Serán líderes exitosos.

Por lo que consideramos estar de acuerdo con McClellan de ya que la motivación de la persona está vinculada a los impulsos según las necesidades y condición de las personas, siendo esta un factor influyente en el cuidado que cada persona tenga de sí misma ya que si tenemos una motivación meramente positiva lograremos mantener una calidad de vida.

Ansiedad

Según Rojas, Enrique 2003, definió a la ansiedad como el estado emocional en el que el individuo que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente. Puede afectar a personas de todas las edades y sobre todo a aquellas que están sometidas a una tensión familiar o laboral constante, y en aquellas que han arraigado en sus patrones conductuales un sentido de perfeccionismo hacia todo lo que hacen y dicen.



Por tal razón se considera la ansiedad como un estado de agitación, inquietud del ánimo en el que el individuo se ve situaciones de amenaza o peligro generándole miedo, fobia, angustia, tensión y preocupación.

Tipos de ansiedad

Según Rojas, Enrique , 2006, existen cinco tipos de ansiedad:

Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG)

Normalmente cualquier persona puede sentirse puntualmente preocupada por algún problema en concreto que surge en su vida laboral o en el plano personal. Es normal preocuparse si surgen problemas en el ámbito económico o familiar, si tenemos un problema con nuestra salud que nos mantiene en vilo, pero el Trastorno de Ansiedad Generalizada suele infundir una preocupación casi constante en el individuo que, en la mayoría de casos suele ser infundada o excesiva.

Crisis de angustia

También conocidos como ataques de pánico. Las crisis de angustia suelen aparecer inesperadamente. Sin previo aviso, el individuo comienza a sentir un fuerte sentimiento de miedo y angustia creciente que suele venir acompañado de una sensación de mareo y malestar general.

Fobias

Cabe distinguir los miedos habituales, los cuales todos tenemos, de las fobias. Toda persona tiene sus propios pequeños miedos irracionales, desde a ciertos animales a algunas situaciones como subirse a un avión o conducir. Sin embargo, estos miedos pasan a convertirse en fobia desde el mismo momento que, estos son tan intensos que interfieren en el día a día del sujeto.



Trastorno de Ansiedad de Separación

Este trastorno de la ansiedad remite específicamente a los niños. Se trata del miedo y, por ende, el trastorno ansioso que estos pueden desarrollar al verse separados de su madre, padre o aquel familiar o adulto más cercano emocionalmente al niño.

Trastorno por estrés postraumático

Surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría malestar generalizado en cualquier sujeto que haya sufrido una experiencia similar.

Causas de la ansiedad

Según Rojas, Enrique 2003, las causas fundamentales de la ansiedad se encontrarían entre los factores genéticos, existiendo una predisposición al trastorno, aunque se desconoce su contribución exacta y el tipo de educación en la infancia y la personalidad, presentando mayor riesgo aquellas personas con dificultad para afrontar los acontecimientos estresantes.

Entre los factores precipitantes de la enfermedad estarían los acontecimientos estresantes, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales, las enfermedades físicas y los problemas laborales.

Los trastornos de ansiedad pueden hacerse crónicos si persisten los acontecimientos estresantes que los han provocado o se mantienen estilos de pensamiento que ocasionan un temor a la presentación de los síntomas, creándose un círculo vicioso entre la ansiedad y el temor a presentarla.

Por tal razón se considera que todos hemos sentido miedo alguna vez, pero no todos sufrimos ansiedad, porque cada uno valora de manera distinta los recursos que posee y por tanto existen personas ansiosas y otras que no lo son generando cambios en la conducta de la persona, así como el estrés, entendido como el cambio brusco de las



condiciones de vida, que puede ser producido por un acontecimiento negativo, como un despido, pero también por un acontecimiento positivo, como una boda ya que todos los cambios importantes en el entorno exigen al individuo un proceso de adaptación. Junto a los grandes estresores vitales, como la muerte de un ser querido o un cambio de residencia.

Diferencias por sexo y edad.

Según el Centro Morell Psicología & Bienestar en la edad adulta, las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres por los propios ciclos hormonales. Si a esto le unimos que soportan casi en exclusiva la carga de la casa, los hijos y en muchos casos además el trabajo, no es raro que la depresión y la ansiedad sean más frecuentes en las mujeres. Como además tenemos menos miedo en quejarnos y expresar nuestros sentimientos, un alto porcentaje de las consultas psicológicas son de mujeres adultas.

En el caso de los hombres, se ven afectados por la ansiedad producida por la presión laboral. Al menos esas son sus quejas, ya que un hombre tiene más pudor en revelar su intimidad que una mujer por regla general. En el caso de sufrir depresión, esta queda oculta muchas veces por conductas adictivas como el alcohol con el que el propio paciente intenta sobrellevar el dolor emocional.

Entre los ancianos, la soledad, el aburrimiento, la falta de perspectivas y de actividades, les empuja sobre todo hacia la depresión, que suele ser muy aguda y profunda, tanto que a veces se confunde con un principio de Alzheimer, como pérdidas de facultades intelectuales lo que no es sino una apatía depresiva. Lo peor del caso es que la familia y los propios ancianos asumen su estado como algo natural propio de la edad. La depresión senil y la ansiedad ante el miedo a la enfermedad y la muerte, se traducen en quejas físicas y en llamadas de atención constantes a la familia que pueden ser una carga difícil de llevar para los más cercanos.

Según Domínguez Oscar 2007, en la sociedad actual, se constata un aumento de la depresión y la ansiedad desarraigo (desplazamientos por trabajo) la ruptura de las



familias (divorcio) el trabajo de ambos padres, la mayor longevidad, nos conduce a un peligroso aumento de personas que manifiestan sentimientos de soledad, uno de los más peligrosos para la salud afectiva y más aun en personas como los residentes de los asilos por su condición de vida.

III. Estilo de vida en los residentes del asilo de ancianos

Según publicaciones del instituto nacional de salud mental Noguchi, 2009 define epidemiológicamente, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida como un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.

Es una expresión que se aplica de una manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende la vida, no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo (poco menos que una ideología), como en el de una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo (nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultura), expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosocial - espiritual y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.



Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto cuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona:

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos:

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol, y otras drogas.
- Ejercicio físico.
- Sueño nocturno.
- Estrés.
- Dieta.
- Higiene personal.
- Manipulación de los alimentos.



- Actividades de ocio o aficiones.
- Relaciones interpersonales.
- Medioambiente.

Por lo que consideramos que los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "Modos o Estilos de Vida" y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste.

Generalmente las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben. En cambio los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis.

El comportamiento influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, porque la conducta de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferma debe procurar asistencia, y si la enfermedad es larga debe continuar al tratamiento.

Según Muñoz, 2007 conceptualiza a los estilos de vida desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados:

El material: el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.



El Social: según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

El ideológico: los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye:

- La forma de las relaciones personales.
- Del consumo.
- De la hospitalidad.
- La forma de vestir.

Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Tener una “forma de vida específica” implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos.



Diseño metodológico

Tipo de estudio: es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Cuantitativo: se realizó recolección y análisis de datos para constatar preguntas de la investigación con una medición numérica y establecer patrones con exactitud de los factores afectivos y estilos de vida que influyen en el auto cuidado de los residentes del asilo de anciano San Vicente de Paul.

Descriptivo: se describieron todos los datos obtenidos en la entrevista y guía de observación del estudio, con el fin de establecer su relación y comportamiento.

De corte transversal: se realizó en el período comprendido marzo – junio 2011.

Área de estudio: Asilo de ancianos San Vicente de Paúl ubicado costado norte plaza de Subtiava de la ciudad de León.

Unidad de análisis: Residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl de la ciudad de León, que estén dispuestos a participar en el estudio.

Población: 39 residentes del asilo de ancianos sociedad san Vicente de paúl de la ciudad de León.

Criterios de inclusión:

- ❖ Que fueran residentes del asilo de ancianos.
- ❖ Que desearan participar.
- ❖ Que tuvieran al menos 6 meses de residir en el asilo de ancianos.

Criterios de exclusión:

- ❖ Que no desearan participar.



Tipo de variable

Dependiente:

- ❖ Auto Cuidado de los residentes del Asilo de Anciano.

Independiente:

- ❖ Factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos.
- ❖ Estilos de vida de los residentes del asilo de ancianos.

Fuente de la recolección de la información:

- ❖ **Primaria:** entrevista aplicada a los residentes del asilo de ancianos.
- ❖ **Secundaria:** información de registro de datos estadísticos del asilo de ancianos San Vicente de Paúl de la ciudad de León, guía de observación, libros, informes y documentos de Internet.

Método de instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de la información se realizó con previa autorización de la directora del asilo de ancianos San Vicente de Paul y previo consentimiento, también se realizó una entrevista con preguntas cerradas con el fin de identificar los factores afectivos y estilos de vida que influyen en el auto cuidado de los residentes del asilo , acompañada por una guía de observación, mediante el cual se entrevistó a cada residente en los pasillos del asilo ya que no es permitido entrar a las habitaciones de los residentes .



Validación del instrumento: al instrumento se le realizó una prueba piloto a 5 residentes del asilo de ancianos de la ciudad de Chinandega con el fin de evitar que la muestra se contamine y obtener una mejor comprensión de la información.

Procesamiento de la información:

Se introdujeron los datos de la información utilizando el método electrónico computarizado para el procesamiento de datos, mediante el uso del programa de Epi-info. Año 2008, en la cual se hizo por cada variable de estudio.

Análisis de los datos: los datos se analizaron por cada variable de cada objetivo, presentando en cuadros estadísticos.

Aspectos éticos de la investigación:

- 1. Consentimiento informado :** compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación del instrumento de la recopilación de la información , presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma.
- 2. Anonimato:** es el estado de una persona siendo anónima, es decir, que la identidad de la persona es desconocida. Esto puede ser simplemente porque no se le haya pedido su identidad, o porque la persona no puede o no quiere revelar su identidad.
- 3. Confidencialidad:** es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a la información.



Resultados

Los resultados del estudio en relación a los datos sociodemográficos se obtuvieron que:

- 1) Las edades de los residentes del asilo de ancianos en relación al sexo se obtuvo que de los 39(100%)entrevistados; 2(5%)están entre 50_59 años, de estos 1(50%)son masculinos 1(50%)son femeninos;16(41%)están entre 60-69 años ,del cual 8(50%)son masculinos y 8(50%)son femeninos ;16(41%)están entre 70-79, de estas 8(50%)son masculinos y 8(50%)son femeninos ;3(8%)están entre 80-89 años , del cual 3(100%)son masculinos ,2(5%)son de 90 años a mas ;2(100%)son masculinos.Cuadro#1.
- 2) Las edades de los residentes del asilo de ancianos en relación al estado civil se obtuvo que 2(5%)están entre 50-59 años . del cual 1(50%)son solteros y 1(50%)están en unión libre ; 16(41%)están entre 60-69 años . de estos 10(62%)son casados y 6(38%)son viudos ;16(41%)están entre 70-79 años . d estos 6(38%)son casados y 10(62%)son viudos ;3(8%)están entre 89-89 años . del cual 1(33%)son casados y 2(27%)son viudos ; 2(5%)están entre 9 años a mas . del cual 2() 100% son viudos . Cuadro # 2
- 3) El sexo de los residentes del asilo de ancianos según el numero de hijos se obtuvo 5(13%)tienen un hijo, del cual 2(40%)son masculinos y 3(60%)son femeninos ; 10(26%)tienen 2 hijos, del cual 6(60%)son masculinos y 4(40%)son femeninos ; 11(28%)tienen 3 hijos .del cual 6(55%)son masculinos y 5 (45%)son femeninos ; 13(33%)tienen mas de 3 hijos, del cual 8(62%)son masculinos y 5(38%)son femeninos .Cuadro #3



- 4) De acuerdo al sexo de los residentes del asilo de ancianos según lugar de origen .se obtuvo 32(82%)son del departamento de León .del cual 16(50%)son masculinos y 16(50%)son femeninos. 3(8%) son De Rivas ,del cual 3(100%)son masculinos ; 2(5%)son de mangua . del cual 2(100%)son masculinos ;1()2%ison d Masaya . del cual 1(100%)son masculinos ; 1(2%)son de Chinandega . del cual 1(100%)son femeninos .Cuadro # 4

En relación a los factores afectivos se obtuvo

- 5) En relación a sentirse bien en la residencia y el apoyo que reciben por parte del personal del asilo se obtuvo que 27(69%)refieren sentirse bien y si han recibido apoyo por parte del personal ;12(31%)refieren que no se sienten bien y por tanto no han recibido apoyo por parte del personal del asilo .Cuadro # 5
- 6) En relación a la importancia que le ha demostrado la familia a los residentes del asilo se obtuvo que 3(8%)refieren que si les han demostrado ser importantes y 36(92%)refieren que no ; 5(13%)si reciben visitas de sus familiares y 34()87%a no reciben visitas ;10(26%)refieren que les a hace falta estar junto a su familia y 29(74%)refieren que no ; 29(74%)refieren sentirse solos y abandonados en la institución y 10(26%)refieren que no ;10(26%)refieren que si sienten ganas d seguir viviendo y 29(74%)refieren que no; 29(74%)refieren que a pesar de saber cunado algo es perjudicial para su salud continúan practicándolo y 10(26%)refieren que no .Cuadro # 6
- 7) Los factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos según haber experimentado sensación de temor o miedo se obtuvo que 31(79%) refieren haber experimentado alguna sensación d temor o miedo y por tanto sienten temor de expresar sus ideas; 8(2%) refieren no haber experimentado alguna sensación de temor o miedo y por tanto no sienten temor de expresar sus ideas. Cuadro # 7.



8) Los factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos según la atención y comunicación con sus familiares y el personal del asilo se obtuvo que 27(69%)refieren que la atención que reciben del personal es buena ; 12(31%)refieren que es mala 27(69%)refieren que la comunicación entre ellos y el personal es buena y 12(31%)refieren que s mala ; 4(10%)refieren que la comunicación con sus familiares es buena y 35(90%)refieren que es mala .Cuadro # 8

9) En cuanto al factor afectivo de los residentes del asilo de ancianos según como lo ven los demás se obtuvo que 16(41%)refieren que los ven con desprecio ,3(8%)refieren que los ven con afecto y 20(51%)refieren que los ven con lastima .Cuadro # 9

10) Los factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos según la forma de actuar y ver los problemas que se le presentan se obtuvo que 3(8%)refieren actuar con violencia , del cual 3(100%)ven los problemas como una amenaza ; 2(5%)refieren actuar con calma , de estos 2(100%)los ven como una oportunidad de crecimiento personal ; 34(87%)refieren actuar con desinterés , del cual 34(100%) ven los problemas como una amenaza .Cuadro # 10

Los resultados en cuanto a estilos de vida son:

12) En relación a los estilos de vida de los residentes del asilo de ancianos se obtuvo que: los 39 (100%) residentes del asilo de ancianos refieren si recibir los tres tiempos de comida ,39(100%)refieren recibir en tiempo y forma sus alimentos, 3(8%) refieren recibir refrigerio y 36(92.%) refieren que no lo reciben; 39 (100%) refieren que no se les permite consumir comidas chatarras, ni café, ni tabaco 31(79%) si se bañan diario y 8(21%) no se bañan ; 31(79%) se cambian de vestimenta después del baño y 8(21%) no se cambian de vestimenta ; 8(21%) se lavan los dientes los 4 tiempos y 31(79%) no se los lavan ; 39(100%)refieren no realizar actividades deportivas; 11(28%) refieren que si realizan actividades recreativas en el centro y 28(72%)refieren que no realizan ninguna actividad recreativa en el centro .Cuadro # 11



Análisis de los resultados

El análisis de los resultados del estudio en cuanto a los datos sociodemográficos se obtuvo que:

- 1) La edad en relación al sexo la mayoría de los residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paul son de sexo masculino y están entre las edades de 60-79 años, la mayoría son viudos tienen más de 3 hijos y la mayoría originarios del departamento de León.

- 2) De acuerdo a los factores afectivos se tiene que la mayoría refieren sentirse bien en esta residencia y por tanto recibían apoyo por parte del personal del asilo. Según Bleger José ,2006 se llama bienestar subjetivo al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dé lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. El bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio, se considera que los residentes están percibiendo ese apoyo moral por parte del personal del asilo, pero este no llena el espacio suficiente para suplir el vacío que sienten.

- 3) Su familia le ha demostrado que es importante para ellos se obtuvo que la mayoría afirman que no los consideran importantes ya que no reciben visitas por parte de sus familiares, debido a tal situación referían que ya no les hace falta estar junto a su familias y que ya han perdido las ganas de seguir, sintiéndose estar solos y abandonados en esta institución, al cual a pesar de saber que algo es perjudicial para su salud continuaban practicándolo. Según Abraham H. Maslow (1996) "La motivación es un impulso, emoción o deseo que hace a una persona actuar de una manera determinada, los cuales influyen en la manera de



actuar de cada individuo”, según lo referido por los residentes se considera la familia la base que mas importante del cual depende su propio auto cuidado.

- 4) En cuanto a la experimentación de temor o miedo de los residentes se obtuvo que la mayoría de los residentes refieren que si haber experimentado temor o miedo alguna vez y a su vez sienten temor de expresar sus ideas. Según Rojas, Enrique 2003 “La ansiedad es un estado de agitación , inquietud en el que el individuo se ve en situaciones de amenazas o peligro generándole miedo, fobia, angustia , tensión y preocupación, debido a la ruptura de la familia(pérdida de sus seres queridos, abandono por parte de sus familiares)mayor longevidad conduciendo a un peligroso aumento de personas que manifiestan sentimientos de soledad uno de los más peligrosos para la salud afectiva “se considera que estos sentimientos de temor o miedo son un factor influyente para la salud mental de los residentes, debido a la soledad y abandono de sus familias.
- 5) Según la atención y comunicación por parte del personal de la residencia se obtuvo que la mayoría de los residentes refieren que es buena, pero la comunicación con sus familiares es mala. Según Borobio Dionisio,2006 definen las relaciones positivas como la comunicación con padres, profesores y compañeros que ayudan a abordar situaciones en los ambientes sociales”,se considera tal afirmación la atención por el personal es buena pero no brinda la suficiente capacidad para llenar el espacio vacío que han dejado sus familiares y es la que mas necesitan para seguir viviendo, considerando tal razón un método eficaz para enfrentar diversas situaciones que se presentan en la vida diaria, siendo este un factor determinante para mejorar la calidad de vida de los residentes.
- 6) De acuerdo a como creen que lo ven los demás se obtuvo que la mayoría refieren que los ven con lastima. Según Ryff (1989) en torno al concepto de bienestar nos podemos dar cuenta de que al menos la auto aceptación, la autoestima y el propósito en la vida tienen que ver con muchos de los síntomas asociados comúnmente a depresión, así como el dominio del ambiente y las



relaciones positivas con los demás se relacionan con el concepto de apoyo social percibido, según lo referido por los residentes nos damos cuenta que están pasando por una depresión que está afectando su condición de vida, la cual puede llegar al propio suicidio.

- 7) En relación a cómo ven los problemas que se le presentan y la manera de actuar ante los problemas se obtuvo que la mayoría de los residentes refieren ver los problemas como una amenaza, actuando a su vez con desinterés ante estos. Según Edith (1996) “La resiliencia es aquella capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”, por lo que se considera los residentes no están enfrentando sus problemas con la debida responsabilidad debido a la falta de apoyo que sienten por parte de su familiares.

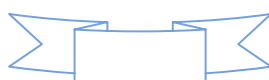
- 8) Según los estilos de vida de los residentes del asilo de ancianos se obtuvo que la mayoría de los residentes si reciben los tres tiempos de comida y si reciben en tiempo y forma sus alimentos, pero no reciben refrigerio y por tanto se les permite consumir comidas chatarras, ni café, ni tabaco; la mayoría se bañan diario y se cambian de vestimenta después del baño, pero no se lavan los dientes y en su mayoría refieren no realizar actividades deportivas ni recreativas el centro. Según Gurland y Katz, 2009 conceptualiza a los estilos de vida desde una perspectiva integral, como parte de una dimensión colectiva , el cual implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos, por lo que se considera que los estilos de vida que llevan los residentes están siendo impuestas por el personal que labora en la institución y no por ellos mismos y logramos observar que la mayoría no disponen de muchas opciones para recrearse .



Conclusiones

Al finalizar el presente estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

- ✓ La mayoría de los residentes del asilo de ancianos son de sexo masculino, están entre las edades de 60-79 años, viudos, poseen más de 3 hijos, y en su mayoría originarios del departamento de León.
- ✓ La mayoría consideran que no son importantes para sus familias, ya que no reciben visitas de sus familiares y la comunicación con ellos es mala, por tanto ya no les hace falta estar junto a ellos, perdiendo así las ganas de vivir, considerándose así mismo que los demás los veían con lastima, sintiéndose solos y abandonados en la residencia.
- ✓ La mayoría ha experimentado temor o miedo y por tanto siente un temor de expresar sus ideas.
- ✓ La mayoría ven los problemas que se les presentan como una amenaza y actúan a su vez con desinterés,
- ✓ En cuanto a los estilos de vida la mayoría de los residentes del asilo de ancianos reciben en tiempo y forma sus alimentos, pero no están recibiendo refrigerio, no se les permite consumir comidas chatarras, ni café, ni tabaco.
- ✓ La mayoría no se están lavando los dientes y no están realizando ninguna actividad deportiva ni recreativa en la residencia.



Recomendaciones

A responsable del asilo de ancianos:

1. Contratar a un profesional de salud mental que se encargue de brindar atención psicológica a los residentes.
2. Coordinar con la escuela de enfermería para que permita el acceso de los estudiantes a realizar prácticas comunitarias en el asilo de ancianos.
3. Realizar convivencias familiares de forma periódica entre los residentes y familiares.
4. Realizar actividades lúdicas (kermes, piñatas, ferias, retiros espirituales) que le ayuden a fortalecer su estado de ánimo.
5. Gestionar a través del INSS la garantía de la merienda a los residentes del asilo de ancianos.
6. Gestionar a través del INSS un presupuesto estimado para la compra de equipos y materiales didácticos como: radios, televisores, para cada cuarto de los residentes del asilo de ancianos.

A recursos de enfermería del asilo:

1. Coordinar con la escuela de enfermería programas de educación continua promoviendo un adecuado autocuidado que les permita captar mayor información.
2. Realizar frecuentes charlas educativas sobre la importancia de practicar hábitos de higiene personal a los residentes del asilo de ancianos.
3. Elaborar un menú con los cuatro grupos de alimentos en el que se le permita al residente tener libertad de elegirlos.
4. Mantener empatía y constante comunicación con los residentes.
5. Brindar seguridad y confort a los residentes como si estuviesen en su propio hogar.



BIBLIOGRAFIA

1. Argos Vergara. Temas de psicogerontología. Seminario I. Barcelona, 2009.
2. Avalos, Russell; Lowick, Jenny." cuidados en la Vejez, orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio". Serie estudios y documentos Centro de Capacitación C.E.C., Santiago-chile, 2009.
3. Bermúdez Moreno, José; Pérez García, Ana María; San Juan Suarez, pilar .psicología de la enfermera en la atención integral al adulto mayor: teoría e investigación .Madrid: UNED ,2006.
4. Bleger José. Psicología de la conducta. Eudeba, 2006.
5. Borobio, Dionisio. Los mayores y la familia. Familia. nº 13, Universidad Pontificia, Salamanca. Mayo ,2006.
6. Carta de los Derechos de las Personas Mayores. Asamblea General de la ONU. Resolución 46 de ,2006.
7. Coliman Cahl, Marín .fundamentos de epidemiologia .citado por: Lozada, María amparo .salud ocupacional, la salud ocupacional en la práctica de la salud .Medellín –Bogotá, 2008.



8. De Roux, Gustavo .citado por Uribe; Tulia María .El auto cuidado y su papel en la promoción de la salud ,2007.
9. Domínguez, Oscar. La vejez, nueva edad social. Andrés Bello. Santiago, 2007.
10. Eiser, J.R .Psicología social: pirámide .ISBN. Versión actualizada ,2008.
11. Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada - Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX - Red Latinoamericana de Gerontología, Marzo 2009.
12. Erikson, E.H. El ciclo vital completado. Ed. Paidós, 2009.
13. Erikson, E.H. Infancia y sociedad. Ed. Hormé, 2009.
14. Erikson, E.H. Identidad, juventud y crisis. Ed. Paidó, 2008.
15. Guirao-Goris, J .La agencia de auto cuidado .Una perspectiva desde la complejidad .educare 21,2008.
16. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia, 2008.
17. Grau, J. Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación. II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud. Valle del Cauca, 2008.



18. Gurland, B y Katz, S. "Calidad de vida y trastornos mentales de los ancianos" en Katschnig, H. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2009.
19. Instituto Nacional de Salud Mental Noguchi – Delgado. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental. Anales de Salud Mental Vol. XVIII, N° 1 y 2. ISSN-1023-389X. Lima, 2009.
20. Jiménez R, S. Y Román G., Norbel. "Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes", Costa Rica, 2006.
21. Larson y Smalley. Motivación, actitud y barreras. Barcelona –España, 2006.
22. Lehr, Úrsula. Psicología de la senectud. Herder. Barcelona, 2010.
23. López- Cabanas, M: Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo. Madrid, 2009.
24. Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad - Red Latinoamericana de Gerontología. 10 al 14 de Marzo del 2009.



25. Loughlin Lidia N.C. de y Argibay Cecilia M. C. de; Trabajos de cátedra: Psicología del desarrollo II. Carrera de Psicología. USAL, 2008.
26. Magaña, Simón .Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide, 2007.
27. Martínez Castillo, Ortiz A. Familia y enfermedad de Alzheimer. Cuadernos de terapia familiar. nº 33. Madrid, otoño 2006.
28. Menéndez J.J. Vigilancia en Salud de Adultos Mayores. Centro Iberoamericano de Tercera Edad, 2009.
29. Mestre - Escrivá y col: Familia y tercera edad. Familia. nº 13, Universidad Pontificia, Salamanca. Mayo ,2006.
30. MINDES. Plan Nacional para las personas adultas mayores, Lima, 2002- 2006.
31. Montesinos, L."La vejez: Desafíos para la Psicología de la Salud" en Luzoro, J (ed.): Psicología de la Salud. Santiago: Bravo y Allende Editores, 2009.
32. Muñoz, C & Reimel, Sh .Un modelo conceptual para la medición psicosocial en la evaluación de la calidad de vida, 2009.
33. Muñoz, J."Prevención comunitaria de las discapacidades en las personas mayores" en Buela- Casal, G (ed.): Psicología Preventiva. Madrid: Pirámide, 2007.



34. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Asamblea Mundial del envejecimiento. Viena. Austria, 2006.

35. Puerto, Cosme .La familia y la sexualidad del anciano. Familia. nº 13. Universidad Pontificia, Salamanca. Mayo ,2006.

36. Puerto, Cosme. El sexo no tiene edad; cómo aman las personas mayores. Temas de Hoy. Madrid, 2008.



ANEXOS



Tabla 1: Edades de los residentes del asilo de ancianos en relación al sexo

Grupos de Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	#	%	#	%	#	%
• 50-59 años	1	50%	1	50%	2	5%
• 60-69 años	8	50%	8	50%	16	41%
• 70-79 años	8	50%	8	50%	16	41%
• 80-89 años	3	100%	–	–	3	8%
• 90 más años	2	100%	–	–	2	5%
					39	100%

Fuente: Entrevista

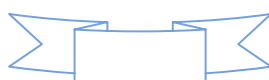


Tabla 2: Edades de los residentes del asilo de ancianos según estado civil.

Grupos de Edades	Estado civil								Total	
	Casado		Soltero		Viudo		Unión libre			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
• 50-59 años	–	–	1	50%	–	–	1	50%	2	5%
• 60-69 años	10	62%	–	–	6	38%	–	–	16	41%
• 70-79 años	6	38%	–	–	10	62%	–	–	16	41%
• 80-89 años	1	33%	–	–	2	67%	–	–	3	8%
• 90 y más años	–	–	–	–	2	100%	–	–	2	5%
									39	100%

Fuente: Entrevista



Tabla 3: Sexo de los residentes del asilo de ancianos según número de hijos.

Número de hijos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	#	%	#	%	#	%
• 1 hijo	2	40%	3	8%	5	13%
• 2 hijos	6	60 %	4	10%	10	26%
• 3 hijos	6	55 %	5	45%	11	28%
• Más de 3 hijos	8	62%	5	38%	13	33%
					39	100%

Fuente: Entrevista

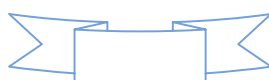


Tabla 4: Sexo de los residentes del asilo de ancianos según lugar de origen.

Lugar de origen	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	#	%	#	%	#	%
• León	16	50%	16	50%	32	82%
• Rivas	3	100%	–	–	3	8%
• Managua	2	100%	–	–	2	5%
• Masaya	1	100%	–	–	1	2%
• Chinandega	–	–	1	100%	1	2%
					39	100%

Fuente: Entrevista



Tabla 5: Factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos según la satisfacción y apoyo que reciben del personal del asilo.

Se siente bien en la residencia	Le han brindado apoyo en esta residencia cuando lo necesita	
	#	%
SI	27	69%
	12	31%
NO	39	100%
TOTAL		

Fuente: Entrevista



Tabla 6: Factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos en relación a la importancia de la familia

Factores afectivos	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
¿Su familia le ha demostrado que usted es importante para ellos?	3	8%	36	92%	39	100%
¿Recibe visita de sus familiares?	5	13%	34	87%	39	100%
¿Le hace falta estar junto a su familia?	5	13%	34	87%	39	100%
¿Se siente solo y abandonado en esta institución?	29	74%	10	26%	39	100%
¿Se siente usted con ganas de seguir viviendo?	9	23%	30	77%	39	100%
¿Cuándo usted sabe que algo es perjudicial para su salud continua practicándolo?	29	74%	10	26%	39	100%

Fuente: Entrevista



Tabla 7: Factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos según el temor o miedo que sienten.

¿Ha experimentado alguna sensación de temor o miedo?	¿Siente usted temor de expresar sus ideas?	
	#	%
SI	31	79%
NO	8	21%
TOTAL	39	100%

Fuente: Entrevista



Tabla 8: Factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos en relación a la atención y comunicación con sus familiares y el personal del asilo.

Factores afectivos	Buena		Mala		Total	
	#	%	#	%	#	%
¿Cómo es la atención que recibe del personal de la residencia?	27	69%	12	31%	39	100%
¿Cómo es la comunicación entre usted y el personal del centro?	27	69%	12	31%	39	100%
¿Cómo es la comunicación entre usted y sus familiares?	4	10%	35	90%	39	100%

Fuente: Entrevista



Tabla 9: Factores afectivos de los residentes según a como lo ven los demás.

Factores afectivos	Desprecio		Afecto.		Lástima.		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
¿Cómo cree usted que lo ven los demás?	16	41%	3	8%	20	51%	39	100%

Fuente: Entrevista

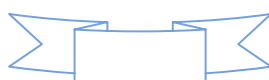


Tabla 10: Factores afectivos de los residentes del asilo de ancianos según la forma de actuar y ver los problemas que se le presentan.

¿Cómo actúa usted ante los problemas que se le presentan?	¿Cómo ve usted los problemas que se le presenta?				TOTAL	
	Una amenaza		Una oportunidad de crecimiento personal			
	#	%	#	%	#	%
Violencia	3	100%	–	–	3	8%
Calma	–	–	2	100%	2	5%
Desinterés	34	100%	–	–	34	87%
					39	100%

Fuente: Entrevista

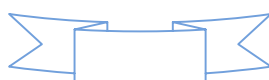


Tabla11: Estilos de vida de los residentes del asilo de ancianos.

Estilos de vida	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
¿Recibe los tres tiempos de comida?	39	100%	–	–	39	100%
¿Recibe en tiempo y forma sus alimentos?	39	100	–	–	39	100%
¿Le brindan algún refrigerio?	3	8%	36	92%	39	100%
¿Consume comidas chatarras?	–	–	39	100%	39	100%
¿Consume tabaco, café?	–	–	39	100%	39	100%
¿Se baña diario?	31	79%	8	21%	39	100%
¿Se cambia de vestimenta después del baño?	31	79%	8	21%	39	100%
¿Se lava los dientes los 4 tiempos?	8	21%	31	79%	39	100%
¿Realiza actividades deportivas?	–	–	39	100%	39	100%
¿Realizan actividades recreativas en el centro?	11	28%	28	72%	39	100%

Fuente: Entrevist



Entrevista

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN LEON

Facultad de ciencias Médicas

Escuela de enfermería

Estimados señores(as) residentes en el asilo de ancianos san Vicente de paúl de la ciudad de León , el motivo de esta entrevista tiene como propósito realizar nuestra investigación para optar al título de licenciatura en ciencias de enfermería que lleva por título” Factores afectivos y estilos de vida de los ancianos que influyen en el auto cuidado, residentes del asilo de ancianos San Vicente de Paúl, el cual será de mucha importancia para su cuidado integral de salud ,esperando su grata colaboración le agradecemos de antemano su participación en dicho estudio.

Marca con una X la respuesta que consideras correcta según la pregunta

I. Datos socio demográficos.

1) Edad: _____ 2).Sexo: _____ 3) Estado civil: _____ 4).No. de hijos: _____ 5) Lugar de origen: _____

II. Factores afectivos

6) ¿Usted se siente bien en esta residencia?

Si.-----No.-----

7) ¿Le han brindado apoyo en esta residencia cuando usted lo necesita?

Si.-----No.-----

9) ¿Su familia le ha demostrado que usted es importante para ellos?

Si.-----No.-----

10) ¿Recibe visita de sus familiares?

Si.-----No.-----.

11) ¿Le hace falta estar junto a su familia?

Si.-----No.-----.

12) ¿Se siente solo y abandonado en esta institución?

Si.-----No.-----

13) ¿Se siente con ganas de seguir viviendo?

Si.-----No.-----

14) ¿Cuándo usted sabe que algo es perjudicial para su salud, continua practicándolo?



Sí.-----No.-----.

15) ¿Ha experimentado alguna sensación de temor o miedo?

Si.-----No.-----

16) ¿Siente temor de expresar sus ideas?

Si.-----No.-----.

17) ¿Cómo es la atención que recibe del personal de la residencia?

Buena.-----Mala.-----.

18) ¿Cómo es la comunicación entre usted y el personal del centro?

Buena.-----Mala.-----.

19) ¿Cómo es la comunicación entre usted y sus familiares?

Buena.-----Mala.-----.

20) ¿Cómo cree usted que lo ven los demás?

Desprecio. ----- Afecto.-----Lastima.-----Respeto.-----

21) ¿Cómo actúa usted ante cualquier problema que se le presenta?

Violencia.-----Calma.-----Desinterés.-----

22) ¿Cómo ve usted los problemas que se le presentan?

Amenaza.-----oportunidad de crecimiento personal.-----

III. Estilos de vida

23) ¿Recibe los tres tiempos de comida?

Si.-----No.-----

24) ¿Recibe en tiempo y forma sus alimentos?

Si.-----No.-----

25) ¿Toma algún refrigerio?

Si.-----No.-----

26) ¿Consume comidas Chatarras?

Si.-----No.-----

27) ¿Consume tabaco, café?

Si.-----No.-----

28) ¿Se baña diario?

Si.-----No.-----

29) ¿se cambia de vestimenta después del baño?

Si.-----No.-----

30) ¿Se lava los dientes los cuatro tiempos al día?

Si.-----No.-----

31) ¿Realiza actividades deportivas?

Si.-----No.-----

32) ¿Realiza actividades recreativas en el centro?

Si.-----No.-----



Guía de observación.

Factores afectivos.

1. ¿Cómo se observan a los residentes del asilo?
2. Participan activamente en el cumplimiento de actividades.
3. Tienen dificultad para comunicarse con sus compañeros o visitantes
4. ¿Cómo se observa al residente cuando lo visitan sus familiares?
5. ¿Cómo se observa al residente cuando sus demás compañeros reciben visita y el no?
6. Muestran iniciativa para realizar las diferentes actividades en el asilo.
7. Se observa compañerismos entre los residentes del asilo de ancianos.

Estilos de Vida.

1. Se observa alguna dificultad al alimentarse en los residentes.
2. Muestran dificultad al realizar actividades de aseo personal.
3. Muestran alguna dificultad para movilizarse.
4. Realizan actividades en sus tiempos libres.
5. Toman algunas medidas de precaución para evitar accidentes.
6. Realizan descansos intermedios durante el día.
7. Muestran agotamiento físico.
8. Consumo de alimentos inadecuados para su salud.



Consentimiento informado

Responsable:

Asesor metodológico:

Institución responsable:

Objetivo:

Mediante la firma de este formato doy mi autorización para que se me aplique el instrumento en mención que durara un promedio de _____, entiendo que se me harán algunas preguntas que brinden información acerca de los factores afectivos y estilos de vida que influyen en el auto cuidado de los residentes del asilo de ancianos san Vicente de paúl de la ciudad de león, en el periodo comprendido marzo – Junio 2011.

El cual a través de este estudio se permitirá alcanzar un mejor logro en la calidad de atención de enfermería.

Concederé este permiso libremente, se me ha notificado que la participación es totalmente voluntaria y que después de haber iniciado el trabajo de investigación puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o dar por terminado mi participación en cualquier momento, se me ha explicado que las respuestas que se realicen no serán reveladas y mi identidad se mantendrá en secreto. También se me ha informado que mi participación o no los beneficios de salud a los que tengo derecho no serán afectados. Entiendo que los resultados del estudio serán dados a conocer a las autoridades de salud una vez concluido el estudio durante el transcurso del mismo, la persona encargada de proporcionar la información son las estudiantes: Bra.Eveling Beatriz Malta Picado y Bra. Inés Vanessa Pérez Alarcón, que pueden ser localizadas en la escuela de enfermería de la UNAN- León.

La cual no tiene posibilidad de causarme daño durante el desarrollo de estudio en comparación con los beneficios que a mediano o largo plazo se tendrán al concluir el estudio.

El presente consentimiento se da en la ciudad de León a los ____ días del mes de _____, del 20_____.

Firma del participante

Firma del investigador del estudio.

