



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017”**

**TESIS
PARA ÒPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**PRESENTADO POR
MELISSA ISABEL RODRIGUEZ PACHECO**

ICA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este objetivo.

A la Mg. Norma Pastor Ramírez, por las constantes orientaciones y sugerencias brindadas en la ejecución del presente estudio, que hicieron posible la culminación exitosa de la presente investigación.

A los adultos mayores que participaron en el presente estudio, por brindarme su tiempo y contestar con calidez los ítems planteados en el estudio de

AGRADECIMIENTO

Con profundo cariño y eterna gratitud a **DIOS**, por darme las fuerzas necesarias para culminar con éxito mi formación profesional.

A mis **QUERIDOS PADRES** por su confianza y estímulo, quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo tanto económico, moral, para así lograr mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

RESUMEN

La investigación titulada “Características sociodemográficas y capacidad de autocuidado de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017” el cual tuvo como objetivo general determinar las características sociodemográficas y capacidad de autocuidado de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017. Es un estudio de diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, la población estuvo constituida por 98 adultos mayores y la muestra por 78 adultos mayores tomados a través del muestreo probabilístico, el instrumento utilizado fue el cuestionario. Los resultados respecto a la variable Características sociodemográficas fueron: En las edades de 71 a 80 años, el 28% de los adultos mayores es de sexo femenino y el 23 % masculino; de 60 a 70 años, el 15 % es de sexo femenino y el 13% masculino, de 81 años a más, el 13% es de sexo femenino y el 8% masculino. En relación al estado civil: los casados(as) realizan actividad laboral en 38% y el 33% sin actividad laboral, el estado civil soltero realizan actividad laboral el 13% y el 8% sin actividad laboral, en el estado civil viudo el 5% se encuentran sin actividad laboral y el 1% cuenta con actividad laboral, finalmente el estado civil de divorciado tiene igual porcentaje de 1% con y sin actividad laboral. El 56% de los adultos mayores viven con sus hijos y la condición de la vivienda es propia; 36% viven con su cónyuge y su tipo de vivienda es propia finalmente el 3% viven con otros familiares y el tipo de vivienda es alquilada. Respecto a la variable capacidad de autocuidado en los adultos mayores se obtiene un consolidado global en el cual es parcialmente adecuada en 50%, inadecuada en 32%, y adecuada en el 18% de los adultos mayores.

Palabras clave: **Características sociodemográficas, capacidad de autocuidado, adultos mayores.**

ABSTRACT

The research entitled "Sociodemographic characteristics and self-care capacity of older adults in the AA.HH. The Huarango, Comatrana Ica May 2017 "which had as general objective to determine the sociodemographic characteristics and self-care capacity of the elderly in AA.HH. The Huarango, Comatrana, June 2017. It is a descriptive, observational and cross-sectional study, the population was constituted by 98 older adults and the sample by 78 older adults taken through probabilistic sampling, the instrument used was the questionnaire. The results regarding the variable Sociodemographic characteristics were: In the ages of 71 to 80 years, 28% of the older adults are female and 23% are male; From 60 to 70 years, 15% are female and 13% are males, from 81 years to over, 13% are female and 8% are male. In relation to the marital status: the married state (s) work in 38% and 33% without work, the single civil status work 13% and 8% without work, in the civil status widow on 5 % Are without work and 1% have work, finally the civil status of divorcee has equal percentage of 1% with and without work activity. 56% of the elderly live with their children and their type of home is their own; 36% live with their spouse and their type of housing is their own, 3% live with other relatives and the type of housing is rented. Regarding the variable self-care capacity in the elderly, a global consolidation is obtained in which it is partially adequate in 50%, inadequate in 32%, and adequate in 18% of the elderly.

Key words: **Sociodemographic characteristics, self - care capacity, older adults.**

INDICE

	Pág.
CARATULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	VIII
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1. Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación del estudio	15
1.5. Limitaciones de la investigación	16
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes del estudio	17
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos	40
2.4. Hipótesis	41

2.5. Variables	41
2.5.1. Definición conceptual de la variable	41
2.5.2 Definición operacional de la variable	42
2.5.3 Operacionalización de la variable.	42
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	45
3.1. Tipo y nivel de investigación	45
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	45
3.3. Población y muestra	45
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	47
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	76
Matriz	77
Instrumento	81

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	TABLA Y GRÁFICO	Pág.
1.-	Características sociodemográficas según edad y sexo de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	51
2.-	Características sociodemográficas según estado civil y ocupación de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	52
3.-	Características sociodemográficas según tipo de vivienda y con quien vive en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	53
4.-	Capacidad de autocuidado según dimensión actividad física de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	54
5.-	Capacidad de autocuidado según dimensión alimentación de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	55
6.-	Capacidad de autocuidado según dimensión eliminación de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	56
7.-	Capacidad de autocuidado según dimensión descanso y sueño de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	57
8.-	Capacidad de autocuidado según dimensión higiene y confort de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017.	58

- 9.-** Capacidad de autocuidado según dimensión medicación de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017. **59**
- 10.-** Capacidad de autocuidado según dimensión control de salud de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017. **60**
- 11.-** Capacidad de autocuidado según dimensión hábitos tóxicos de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017. **61**
- 12.-** Capacidad de autocuidado global de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana Ica mayo 2017. **62**

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en el Perú y el mundo se ha ido incrementando en los últimos años; actualmente se prevé un mayor crecimiento. Este hecho va adquiriendo relevancia debido a los efectos que ocasionaría en los niveles de atención, especialmente la atención primaria de la salud y porque no decir en los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de nuestro país, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población en estudio. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. El rol de la enfermera en el primer nivel de atención, es promover la salud y prevenir las enfermedades, mediante la capacidad de autocuidado definida como "las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos". Por tanto la persona que es autosuficiente, es responsable de sus propios cuidados y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida que están influenciados por factores internos y externos a los individuos, tales como el sexo, edad, estado de salud, grado de instrucción, nivel socioeconómico, entre otros. El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está en un proceso de transición, el número de adultos mayores crece en todos los países, en paralelo al aumento de la esperanza de vida, pasando de 52 años en el quinquenio 1950-1955 hasta los 75 años en el quinquenio de 2010 - 2015. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.¹

En los países desarrollados el porcentaje de personas mayores también es elevado, así tenemos que en Europa, uno de cada cinco personas tiene 60 años o más. En Asia, América Latina y el Caribe la relación es uno de cada diez, y uno de cada 19 en África. Si se compara, se observa que el envejecimiento de la población, está incrementando más rápido en los países en desarrollo, que en los países desarrollados, donde el envejecimiento de la población está más avanzado.²

Actualmente, el 7% de la población peruana está integrada por personas de 60 años de edad a más; así mismo se reporta que uno de los departamentos que concentran mayor población de adultos mayores es La Libertad (153,700), por lo cual se necesita de una política de promoción y protección de salud para este grupo humano.³ Así mismo, el MINSA define el Autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables.⁴

Durante esta etapa del ciclo vital, la práctica del Autocuidado juega un papel indispensable, implica que el adulto mayor asuma voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, y mantener una calidad de vida durante los años que logre vivir.⁵

En este contexto, el autocuidado parte del estilo de vida juega un rol importante en la prevención de los problemas ocasionados por los comportamientos que mantenga la persona.

Teniendo en cuenta que el autocuidado, es el medio que fomenta al máximo el que las personas adultas mayores asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar; el equipo de salud juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje y, mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud, lograr que la persona sea autovalente en estos aspectos

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

Durante una visita realizada al AA.HH. El Huarango, se pudo apreciar a los adultos mayores que se descuidan de su salud, se les observa sentados en la puerta de sus casas, cuando se les pregunta si acuden a la Posta de Salud, refieren que poco van porque se encuentran bien, motivo por el cual se realiza la investigación para conocer si los adultos mayores de la zona realizan el autocuidado de su salud.

Por la problemática expresada se plantea el siguiente problema de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las características sociodemográficas y capacidad de autocuidado de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE2: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según actividad física en los adultos mayores del AA.HH.L El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE3: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según alimentación en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE4: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según eliminación en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE5: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según descanso y sueño en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE6: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según higiene y confort en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE7: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según medicación en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE8: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según control de la salud en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

PE9: ¿Cómo es la capacidad de autocuidado según hábitos tóxicos en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características sociodemográficas y capacidad de autocuidado de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017

OE2. Verificar la capacidad de autocuidado según actividad física en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017

- OE3.** Examinar la capacidad de autocuidado según alimentación en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017
- OE4.:** Medir la capacidad de autocuidado según eliminación física en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017
- OE5.** Determinar la capacidad de autocuidado según descanso y sueño en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017.
- OE6.** Conocer la capacidad de autocuidado según higiene y confort en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017
- OE7.** Identificar la capacidad de autocuidado según medicación en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017
- OE8.** Analizar la capacidad de autocuidado según control de la salud en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017
- OE9.** Analizar la capacidad de autocuidado según hábitos tóxicos en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, mayo 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Se justifica la investigación debido a que el eje de acción de la enfermera, en el primer nivel de atención es la promoción de la salud y prevención de enfermedades, para lo cual se tendrá que brindar educación como herramienta esencial para la población que le permita mejorar su capacidad de autocuidado.

De ahí la importancia del estudio, porque a partir de esta información se podrá sensibilizar a las personas adultas mayores y comprometerlas en el cuidado de su salud, considerando el hecho de que las personas en la actualidad viven más que antes; también es

importante porque proporcionará al equipo de salud y principalmente a la enfermera los insumos para mejorar el cuidado holístico e integral que se le brinda al adulto mayor.

El profesional de enfermería dentro del equipo de salud, es el que cumple la función holística respecto al adulto mayor, lo asesora, evalúa su medio domiciliario, controla los medicamentos, evalúa su limitación funcional, analiza los contactos con los organismos comunitarios, con familiares y vecinos, valora el potencial de accidentes, el grado de soledad, etc.; ayudando de esta forma, al adulto mayor a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder y autovalencia.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación, solo servirán para poblaciones similares al estudio y las conclusiones del presente trabajo no podrán ser generalizados a otras poblaciones.

Falta de cooperación y disponibilidad de tiempo en los adultos mayores al momento de realizar la encuesta.

Poca accesibilidad al área de la población en investigación por carencia de pistas y veredas.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

Israel E. Millán Méndez. (2016) "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el municipio Holguín Cuba". 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.⁷

Loredo-Figueroa R, Gallegos-Torres A, Xequé-Morales G, Palomé-Vega A. (2016) "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor". México. Estudio transversal, descriptivo y correlacional. Fueron entrevistados 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Las variables estudiadas fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida. Se utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y correlación de Pearson y Spearman. El presente proyecto fue revisado y aprobado por un Comité de Investigación. Resultados El 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.⁸

Antecedentes nacionales

Mayuri Esmirna Garcilazo Salazar (2014) “Capacidad de autocuidado del adulto mayor, para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores” Lima. La presente investigación “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de salud “Ollantay” - 2014”, tuvo como objetivo general, determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.⁹

Condemarín Lourdes, Evangelista Paredes Ana, Benavides Fernández Yanet Marisol (2015). “Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Chiclayo Perú”. La población muestral fue de 80 adultos mayores que cumplieron los criterios de elegibilidad. Se les aplicó un cuestionario tipo Likert para identificar sus prácticas de autocuidado con respecto a las dimensiones: biológica, psicológica y social. Instrumento previamente validado y con una confiabilidad de 0.870 (alfa de Cronbach). Los datos se procesaron con el paquete estadístico Excel. Se respetaron los principios éticos y de rigor científico. Los resultados revelan que la mayoría, de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje

alcanzado en las tres dimensiones fue: en varones 94% y mujeres 76%, destacándose que en la dimensión biológica ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Las necesidades relacionadas con el uso de protector solar, controles médicos, la práctica de actividades recreativas y manuales y la falta de relaciones con sus espacios o experiencias de intercambio con sus amigos(as), áreas críticas en el geronto. Estos resultados ameritan que el profesional de enfermería planifique y ejecute intervenciones destinadas a incrementar la capacidad del autocuidado en esta población involucrando las tres dimensiones en estudio.¹⁰

Olazo Obando F, Contreras Castro M. (2015) "Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima". El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente, que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Material y métodos: Fue de tipo cuantitativo, descriptivo y diseño correlacional; la muestra estuvo conformada por 175 pacientes con edades comprendidas entre 60 y 85 años, los datos fueron obtenidos a través de la escala ASA (Appraisal of Self-care Agency Scale) y el cuestionario SF-12 v2. Resultados: Los resultados indican que existe una relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud ($\rho=0.284$, $p=0.000$), así como entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones de vitalidad ($\rho=0.430$, $p=0.000$), la salud general ($\rho=0.249$, $p=0.001$), función física ($\rho=0.364$, $p=0.000$) y la salud mental ($\rho=0.250$, $p=0.001$); no se encontró relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones rol físico ($\rho=0.084$, $p=0.268$), rol emocional ($\rho=0.101$, $p=0.185$), dolor

corporal ($\rho=0.092$, $p=0.225$) y funcionamiento social ($\rho=0.129$, $p=0.088$). Conclusiones: Se concluyó en que la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud son variables que están relacionadas. ¹¹

Ellen Esquivel Katherine, Padilla Guibovich K. (2015). "Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry. Trujillo Perú." El estudio descriptivo correlacional de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre, el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar. Participaron 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó el test de Cypac-am (Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor) y la escala de apoyo familiar, encontrándose los siguientes resultados: El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en $P<0.05$.¹²

Barboza-Bernal D, Cacicano-Chingay L, Zúñiga-Chafloque A. (2015) "Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención, estudio comparado. Chiclayo Perú". La investigación cualitativa con enfoque comparado. El objetivo que guió la investigación fue: "Caracterizar, analizar y comprender el autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención. La población lo constituyeron todos los adultos mayores varones y mujeres que integran un Centro de atención integral del adulto mayor Chiclayo. La muestra fue determinada por saturación. Se utilizó la entrevista abierta a

profundidad conservándose el anonimato, respetando los principios éticos y de rigor científico. En el tratamiento de datos se usó el análisis temático, el cual dio origen a las siguientes categorías: Hábitos en la alimentación donde hay semejanza en ambos adultos mayores, cuidando la higiene personal cuya semejanza en ambos adultos se enfatiza en el baño diario e higiene matinal observando diferencia con aumento en la frecuencia del baño en verano en las mujeres; luego similar en ambos sexos el cuidando de la actividad física aunque con limitaciones; procurando el descanso mediante siestas y leyendo como distracción, emerge la diferencia en la realización de actividades del hogar realizado por las mujeres; hay semejanza en ambos adultos: Cuidando del patrón del sueño. Finalmente, emergen los cambios en el apetito; preocupación por alteración del patrón del sueño y repercusión de la situación económica para una alimentación balanceada. ¹³

Hernández-Gutiérrez A, Melitón-Vargas I. (2014) “Vivencias del autocuidado del adulto mayor de la asociación comunitaria de la Urbanización Santa Isabel, Carabayllo Lima”. La investigación ha tenido como objetivo conocer las vivencias del auto cuidado del adulto mayor de la Asociación Comunitaria de la urbanización Santa Isabel–Carabayllo. El método usado fue cualitativo, descriptivo y fenomenológico. Participaron 10 adultos mayores, teniendo como base teórica a Dorotea Orem con su teoría de Auto cuidado. El análisis temático de los discursos permitió aproximarnos a las vivencias que tiene el adulto mayor en su auto cuidado. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semi-estructurada. Después de analizar los datos, emergieron los siguientes resultados expresados en las siguientes categorías: En la esfera espiritual, experiencias de autocuidado en el adulto mayor vinculado a la creencia, la religión y prácticas de valores. En la esfera social, el resultado vivencias sociales del adulto mayor como

estrategia de autocuidado personal vinculado a la participación activa y comunicación. En la esfera biológica, se manifestaron formas de autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso. Y, en la esfera psicológica, se evidenciaron: Estrategias de autocuidado que repercuten en la psicología del adulto mayor. Consideraciones finales: Para los adultos mayores, sus vivencias de autocuidado son relatos cotidianos en su proceso de envejecimiento, sus experiencias de vida están guiadas por las experiencias en la línea del tiempo. La categoría que más predominó fue la Espiritual.¹⁴

Antecedentes Locales

Revatta F. (2015) "Capacidad de autocuidado y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica que asiste a la unidad de hemodiálisis del hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica". El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la muestra fue de 50 pacientes seleccionados por el método no probabilístico bajo criterios de inclusión y exclusión, la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Resultados: Respecto a la variable capacidad de autocuidado; según dimensión alimentación en el 42%(21) son moderadamente adecuados, según higiene en el 80%(40) son moderadamente adecuados, según actividad física en el 64%(32) son moderadamente adecuados. En forma global la capacidad de autocuidado en el 56%(28) son moderadamente adecuados, en el 22%(11) son adecuado y en el 22%(11) son inadecuado. Respecto a calidad de vida, son regulares en la dimensión psicológica con el 68%(34), en el sexual con un 70%(35) y en la dimensión social en el 66%(33). En forma global se obtuvo que la calidad de vida es regular en un 46% (23), en el 34%(17) es mala y en el 20%(10) es buena. Por tanto se concluye que la capacidad de autocuidado es moderadamente adecuado, y la calidad de vida es regular.¹⁵

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOCUIDADO

Etimológicamente el autocuidado está conformado por dos palabras: “auto” del griego aútoque significa “por uno mismo”, y “cuidado” del latín cogitatusque significa “pensamiento”, lo que sería entonces el cuidado propio.

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

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo.

El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud.¹⁶

Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, es motivar a las personas para que tengan como meta ser saludables, sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario.

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud (PS), establecidos

en la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.”¹⁷

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

El autocuidado, es el medio que fomenta al máximo el que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar. En este sentido, el equipo de salud juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje y, mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud, lograr que la persona sea autovalente en el estos aspectos.

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

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

Actividad física: Aunque en años recientes se ha observado una tendencia positiva hacia el aumento del ejercicio y cada vez hay más adultos mayores conscientes de que la actividad o la movilidad es necesaria para la salud, no obstante, muchos aún no hacen el esfuerzo para incrementar su nivel de actividad. Las personas que no valoran el ejercicio como medio para mantener la salud óptima, encuentran a

menudo excusas para no participar en un programa de ejercicios. El ejercicio implica dedicación y esfuerzo. Si el ejercicio no se valora, el esfuerzo no se hace.

El ejercicio es importante para todas las edades, e incluso para personas con enfermedades crónicas. El ejercicio regular brinda beneficios tanto físicos como psicosociales. Por el contrario, la vida sedentaria es una muerte parcial que conduce a la abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye factor de riesgo de morbilidad y mortalidad. Es evidente el significado de la práctica de ejercicio en el adulto mayor para optimizar su calidad de vida, mejorando su bienestar general y su vida independiente. El adulto mayor, debe asumirlo en su autocuidado como un buen hábito en su estilo de vida, sin importarle si lo hizo o no en el pasado

La actividad física, y especialmente la marcha, suele disminuir a edades más tempranas que la avanzada, y los hábitos sedentarios se acentúan cuando se llega a los 60 años y más. En el proceso de envejecimiento normal, los músculos, huesos y las superficies articulares sufren cambios que provocan alteraciones en el cartílago, reducción de la masa muscular, la fuerza y la coordinación

La incapacidad para funcionar físicamente tiene graves efectos sobre el desempeño psicosocial y en el bienestar. La incapacidad para realizar las actividades básicas de autocuidado y en general, todas las actividades de la vida diaria conduce a la pérdida de la independencia y autonomía, disminuye la confianza y la seguridad; y aumentan los sentimientos de baja autoestima y desesperanza en el adulto mayor.¹⁸

Alimentación: La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión. Para ello es importante consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y

vitaminas, e incorporar regularmente alimentos ricos en fibras. Consumir preferentemente carnes blancas, como pollo, pavo o pescado, o carnes rojas magras. Se debe preferir los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor. Evitar el uso excesivo de sal y azúcar, e incluir un consumo mínimo de dos litros de agua diarios. La última comida debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo, a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Asimismo se debe evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, cuatro comidas diarias. Mantener su peso ideal, de acuerdo a su talla, edad y estatura. Este concepto se refiere a la cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos), agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo. Su valor individual dependerá de cada sujeto, de su edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc. En este contexto se habla del “gasto energético basal”, que es la cantidad de calorías mínimas que el organismo necesita, estando en reposo para funcionar.¹⁹

Eliminación: Un aspecto de relevancia en el adulto mayor, es la eliminación de los desechos del organismo a través de la materia fecal y la orina procesos conocidos como eliminación intestinal y eliminación vesical respectivamente.

En el adulto mayor la incontinencia urinaria o pérdida involuntaria de la orina de forma regular es uno de los síndromes más frecuentes, produciendo un gran malestar, problemas de higiene, depresión, ansiedad y aislamiento; implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente. Aunque es común que el paciente afectado de incontinencia no le dé la importancia que merece, sin intentar aclarar el tipo y determinar si es pasajera, reversible o simplemente buscar una opinión especializada.

Existe un debilitamiento en los músculos por lo tanto hay una reducción en la fuerza del chorro urinario, por lo que ocurre incontinencia urinaria,

también se puede presentar retención urinaria, lo que puede influir en la presencia de las infecciones urinarias, en las mujeres hay estrechez y resequedad de la vagina lo que produce dolor durante las relaciones sexuales, hay debilitamiento de los músculos pélvicos produciendo prolapso uterino. En el varón hay atrofia testicular, demora en la erección y menor sensibilidad en el pene.

El promedio normal de las deposiciones son aproximadamente de una cada uno a tres días.

Se debe aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra, como cereales, frutas, vegetales crudos, pan integral.

-Evitar los alimentos altos en azúcar y harinas refinadas, como pasteles, pasta, ya que éstos producen heces duras y pequeñas.

-Ingerir líquidos de 1.5 a 2 litros por día (agua o jugos).

-Realizar ejercicios de fortalecimiento abdominal; caminar 20 minutos después del desayuno.

-Evitar el uso de laxantes o enemas. Solo usarlos por prescripción médica.

-Es necesario adquirir el hábito diario para la eliminación intestinal.

Establecer un horario para la eliminación, por ejemplo: de 5 a 10 minutos después del desayuno, con la ayuda de una bebida caliente.²⁰

Descanso y sueño: El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

Las alteraciones y quejas relacionadas con el sueño son frecuentes en los adultos mayores. Al avanzar la edad, la cantidad total de sueño tiende a disminuir (las horas de descanso alcanzan cerca de 6 horas), las

personas tienden a despertarse varias veces por noche o muy temprano en la madrugada.

Un buen sueño en el adulto mayor, es indispensable para que pueda mantener la vida y recobrar sus energías; si los patrones de sueño se ven alterados, los ancianos se sienten cansados y con ganas de tomar siestas diurnas continuas. Es importante que como personal de salud conozcamos, todos los cambios del patrón de sueño para poder planear, las intervenciones adecuadas que brinden un cambio efectivo, para evitar que se comprometan las actividades cotidianas que realiza en adulto mayor.

Las intervenciones deben ser planeadas de acuerdo al estilo de vida, hábitos y costumbres que tiene el adulto mayor para no alterar su rutina durante el día. Entre los cuidados que se pueden tener están: Condicionarse mentalmente para dormir: "Voy a dormir ¡qué bien! Evitar en lo posible el estrés y emociones fuertes, realizar técnicas de relajación, así como respiratorias, consumir una dieta liviana por las noches y condicionar un ambiente adecuado para dormir.²¹

El tratamiento básico implica evitar el alcohol o fármacos; y si esto no es suficiente debe recurrirse a especialistas.

- El adulto mayor necesita menos sueño que el joven.
- Para dormir bien debe tener actividades durante el día.
- Si presenta insomnio puede deberse a ansiedad o depresión.

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

incluso en condiciones físicas afectadas se halla vinculada a diversos factores y de forma especial al estado de autosuficiencia y a la vivacidad psíquica.

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 las acciones habituales de higiene personal varían en función de la condición de autosuficiencia o de invalidez o enfermedad del anciano.

En el primer caso, teóricamente, no deberían existir dificultades, salvo las ocasionadas por actitudes personales.

En los demás casos, en cambio, las acciones de higiene personal requieren la ayuda y la intervención de alguna persona (familiares o extraños).

El cuidado de la higiene personal ha de ser diario e incluso repetirse varias veces al día, por la facilidad con la que algunos ancianos tienden a ensuciarse.

Estas labores de higiene han de ser escrupulosas, afectar a las partes descubiertas (cara, manos, boca y cabellos) y de forma especial a las partes cubiertas (región púbica, región genital, mamaria para las mujeres, anal, etc.). Es esencial un control continuo (pero siempre discreto) de las partes del cuerpo sujetas con mayor facilidad a ensuciarse y más escondidas (axilas, ingles, genitales, ano, mamas, etc.). Y tanto más necesario es el control cuanto menos válidas sean las condiciones psicofísicas del paciente.

A veces, para vencer el hábito de lavarse poco y mal adquirido con el tiempo y de forma inaparente debido a dificultades articulares o por actitudes psíquicas o confusión mental, es necesario facilitar dicha tarea y

hacer que resulte más agradable, con ayuda directa, sugiriendo o enseñando de nuevo al paciente la forma de hacerlo.

Cuando el anciano no pueda realizar por sí solo durante cierto tiempo estas actividades, la persona encargada de su asistencia deberá prestar especial atención para reconocer enseguida cualquier signo de recuperación de fuerzas y de mente más despierta, para animar o para llegar a imponer (en ciertos casos) al individuo que atienda él solo a estas exigencias.

Medicación: Es frecuente que los adultos mayores tengan afecciones crónicas, generalmente más de una, y que tomen varios fármacos a la vez. Cualquier fármaco puede tener efectos colaterales y, si se ingieren varios, pueden interferir unos con otros, exagerando o limitando sus efectos. Por otra parte, si no se lleva un buen registro de los medicamentos que toman, es posible cometer errores e ingerir sobredosis de alguno de ellos. También debe considerarse que en el adulto mayor el hígado, el riñón o el aparato digestivo no funcionan igual que en un adulto joven y por lo tanto, la absorción, el metabolismo o la eliminación de un fármaco son diferentes. Por esto, una dosis corriente puede resultar excesiva para ellos.

Muchos fármacos, especialmente los tranquilizantes e hipnóticos, a veces algunos antidepresivos, antialérgicos y antiparkinsonianos, pueden producir embotamiento y fallas de la concentración y de la memoria. Los adultos mayores están especialmente expuestos a este riesgo, de tal modo que estos medicamentos no deben ser usados sin una clara indicación médica y en dosis reducidas.

Una recomendación general es tener un cuaderno donde se anoten las indicaciones médicas, los medicamentos que recibe, las molestias que atribuye a ellos, y no olvidar llevar este cuaderno a cada control médico. Un exceso de medicamentos puede ser dañino por lo que se debe un registro de los medicamentos que toma.

Se debe estar siempre alerta a la patología psicosocial: al aislamiento que lleva a una depresión, al deterioro cognitivo que puede llevar a accidentes y conflictos. El profesional de la salud debiera tener tiempo para explicar bien el tratamiento; escribir con buena letra sus indicaciones en la receta y/o en el cuaderno de salud del adulto mayor, ser ubicable y tener tiempo para ser consultado por teléfono en caso de dudas, tratar de recetar lo indispensable, evitar la solicitud de exámenes innecesarios, y ser capaz de imaginarse él mismo en el lugar del paciente.

Control de la salud:

El adulto mayor debe pedir al personal de salud que le ayude a prevenir o detectar precozmente sus enfermedades, y que lo atienda considerando su situación global, biológica y biográfica. El adulto mayor está expuesto a muchas enfermedades que, en su mayoría, no comienzan de un modo repentino sino que en forma insidiosa: glaucoma, hipertensión arterial, diabetes mellitus, arteriosclerosis, osteoporosis, depresión, obesidad, insuficiencia respiratoria, y otras. Cuando los síntomas son evidentes y lo obligan a consultar, la enfermedad suele estar bastante avanzada y el tratamiento va a ser más paliativo que preventivo. Por eso, es muy necesario los controles y chequeos a la salud del adulto mayor que se supone sano, para detectar precozmente patologías y para enseñarle a vivir sanamente. Antes de los 70 años, se recomienda un control anual; después de los 70, un control cada 6 meses. Un adulto mayor debe tener controles de salud cada año por lo menos.²²

Hábitos tóxicos:

Llamamos hábitos tóxicos al consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona. En los casos que nos ocupan (café, tabaco y alcohol), los tóxicos son sustancias naturales y no médicas, aunque sí legales, que cuando son consumidas producen algún efecto sobre el sistema nervioso del hombre y

determinan, además, tolerancia y dependencia, así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar la salud en sus aspectos físico, mental y social. Producen algún efecto sobre el sistema nervioso. Este efecto puede ser estimulante, depresor o distorsionante de la realidad. Pueden afectar la salud en sus aspectos físicos, mental y social. El efecto físico se ejemplificaría por la bronquitis del fumador, el psíquico por el desasosiego del consumidor excesivo de café y el social por los problemas económicos que se derivan del consumo abusivo de bebidas alcohólicas. ²³

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad: La edad influye en la capacidad de autocuidado, ya que en el adulto mayor por las características propias de su edad, pueden presentar limitaciones físicas que podría condicionar a que no pueda realizar sus actividades básicas de la vida diaria afectando de esta manera su capacidad de autocuidado.

Uno de los pilares filosóficos de la profesión de enfermería, radica en el convencimiento del poder ilimitado que tiene el aprendizaje del ser humano, independientemente de su edad, posibilitando que a través del proceso educativo las personas adultas mayores incorporen a su vida diaria conductas de salud física, social, mental y espiritual que favorezcan su bienestar, abandonando los estilos de vida que pueden perjudicarlas.

El autocuidado convierte a la persona de edad avanzada en motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y la participación de los recursos de la comunidad, puede encontrar la solución a la mayoría de sus problemas.

La edad del adulto también puede indicar la necesidad de ayuda para aceptar y vivir en un estado de dependencia social resultante de la enfermedad o del tratamiento, y para aprender a buscar en los servicios de enfermería la guía y consulta de su cuidado. Otra consideración relacionada con la edad y de mayor importancia para la enfermería son

los pacientes adultos que son conscientes de sus experiencias y de los acontecimientos que definen la situación de cuidado, ellos sirven como centros de información y comunicación en la situación de los cuidados de la salud, convirtiéndose en apoyos para la enfermería.

Sexo: El cuidado es una actividad permanente y cotidiana en la vida de los sujetos. Todos o casi todos se cuidan. Las demandas de cuidados aparecen por distintas circunstancias que se dan a lo largo de dicho proceso, o simplemente para promover la existencia de calidad.

Según un estudio realizado en el rubro sexo y su relación con la percepción de autocuidado se considera que el género femenino tiene mayor autocuidado que los hombres por ser más dedicadas al bienestar de su familia y, por tanto, a sí mismas; aprenden de sus madres, y continúan con sus propias familias el denominado “cuidado maternal”, por lo que se les considera un grupo responsable de mantener el estado de salud y bienestar de sus seres queridos. Sin embargo, el sexo masculino a pesar de ser considerado como el género fuerte, predomina como el grupo que menos cuida de su salud, debido a que se dedican más al ámbito laboral y el esfuerzo físico, así que el cuidado a la salud no se considera una actividad incorporada a su estilo de vida, por lo que no la perciben como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su bienestar biopsicosocial. ²⁴

Estado civil: Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio. Tiene mucha relación con la capacidad de autocuidado que tenga una persona ya que si el adulto mayor es casado o conviviente es una fuente de apoyo de apoyo en esta etapa de su vida. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida.

Ocupación: La ocupación es el tipo de actividad laboral con sentido que ejecuta la persona. Kleinman hace referencia que las personas no profesionales recurren a curanderos populares y/o medicina alternativa. Dentro de este grupo se encuentran: obreros, independientes, empleados, amas de casa. Por lo que el trabajo puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado.²⁵

La ocupación que realiza el adulto mayor puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado. Cuando realizan una actividad laboral, muchas veces tienen que escoger entre su autocuidado y su trabajo, ya que para la mayoría de personas con bajos recursos económicos se da mayor prioridad al trabajo que al cuidado de la salud.

Tipo de vivienda: La vivienda es un ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia entre las que se encuentran el almacenamiento, procesamiento y consumo de alimentos. Los espacios funcionales constituyen pues sub-ambientes de facilitación de estas funciones.²⁶

El riesgo de la falta de medios de subsistencia determina el nivel de vulnerabilidad de un hogar a la inseguridad en materias de ingresos, alimentos, sanidad y nutrición. Por consiguiente, la subsistencia es segura cuando los hogares tienen la propiedad también segura de los recursos y de sus actividades lucrativas y el acceso a ellos, en particular reservas y bienes, para aliviar los apuros y hacer frente a los imprevistos.²⁷

Con quien vive: Cuando el adulto mayor viven acompañados de su cónyuge, hijos y/o nietos, aspecto que se visualiza como positivo, en virtud de que se convive cotidianamente con algún familiar de primera línea lo cual favorece a su autocuidado. Según Stuart- Hamilton la interacción familiar, actúa como apoyo social, favorece el nivel de actividad de una persona, y por ende, en la población de estudio, potencialmente actúa como un motivador insustituible y precedente para

mantener una vida cotidiana activa, favoreciendo de esta forma, el estado de salud.²⁸

El adulto mayor que vive e interactúa estrechamente con los miembros de su familia lo fortalece emocional y afectivamente sobre todo, si el adulto mayor desarrolla un rol activo en la dinámica familiar, o realiza algunas actividades para los miembros de su familia, lo que puede motivar en ellos el encontrarle un mayor sentido a sus vidas. De igual forma, la vida en común representa también una cierta vigilancia para su integridad física, porque a una determinada edad el adulto mayor, aunque esté sano, estará más expuesto a sufrir accidentes, por lo que, este resultado evidencia un aspecto positivo para su autocuidado.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las personas de 60 a más años representan el 9,6% de la población del país, y en el 2021 serán el 11,2%. Es un aumento progresivo, como evidente es el ímpetu de ese grupo etéreo por estar activo. Esos buenos hábitos llevan a un bienestar físico, mental y espiritual, mejoran la calidad de vida y evitan la dependencia durante el envejecimiento, que es un proceso natural. Al respecto, una encuesta hecha en enero 2016 por Ipsos Perú entre persona adultas mayores limeñas arrojó que el 81% de ellas no depende de nadie para hacer sus actividades.

Para el geriatra José Parodi, director del Centro de Investigación del Envejecimiento de la Universidad de San Martín de Porres, se requiere la propagación de estrategias de autocuidado de éxito probado científicamente, como el Programa tomando control de tu salud, de la Universidad de Stanford.²⁹

Intervención de enfermería en la promoción del autocuidado

En relación a los autocuidados, es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se encuentran orientada a la prevención de las complicaciones derivadas de una enfermedad, en el caso particular de

esta investigación, la promoción de autocuidados por parte de la enfermera, se refiere a la información proporcionada por la enfermera que permita al adulto mayor tomar parte activa y consciente en la prevención de enfermedades. Por lo tanto, la promoción de los autocuidados puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

Al respecto Brunner y Suddarth (1998), definen el fomento de los autocuidados como: El conjunto de actividades que, al acentuar los aspectos positivos ayudan a que la persona haga uso por si misma de los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como la calidad de su vida. Esto hace referencia a las acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sano y que no requiera la participación del personal asistencial.

Es por ello que, si bien es cierto que la participación del equipo de salud se orienta más hacia la acción de tipo asistencial, no deben descuidarse los aspectos de índole educativo, ya que sobre estos se fundamenta la promoción de los autocuidados. Siendo la enfermera parte del equipo de salud, esta juega un rol relevante en el campo de la educación para la salud. La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable en la asistencia de enfermería, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de las enfermedades. (p.35). siendo el objetivo que puede ser logrado a través de la observancia de los autocuidados necesarios.³⁰

TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTA LA INVESTIGACIÓN.

Teoría del autocuidado: Dorothea Orem

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda:

Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que no poseen la capacidad para ejercer el autocuidado, completando así los déficit de autocuidado causados por el desequilibrio entre salud y enfermedad.(Orem, 1993). El rol de la enfermera, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas.

Dorothea Orem, demostró interés e inclusión en todas y cada una de las funciones en las que existe participación activa de enfermería como lo son: asistenciales, administrativas, docentes y de investigación. Lo que le favoreció para conceptualizar un modelo teórico que hasta nuestros días ayuda a brindar un cuidado integral al usuario de los servicios de salud, basándose en el autocuidado.³¹

Promoción de la salud: Nola Pender

El Modelo de promoción de la salud, expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación, de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El Modelo de promoción de la salud, expone que las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones que van desde la práctica segura del uso de guantes en las enfermeras hasta la percepción de la salud de los

pacientes, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado. Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo. ³²

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Capacidad de autocuidado: Es el conjunto de actividades instrumentales que el adulto mayor refiere realizar por sí mismo.

Adulto mayor: Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida)

Actividades de Enfermería: Acciones específicas que deben realizarse para ofrecer una atención óptima a los usuarios.

Aprendizaje: Adquisición de conocimientos por parte del paciente destinados a capacitarse, para enfrentar con éxito diferentes situaciones de la vida diaria manteniendo su calidad de vida en un estándar adecuado.

Autocuidado: Acciones desarrolladas por un individuo en pro de su propio beneficio con la finalidad de mejorar su calidad de vida y la de su grupo familiar, mediante la eliminación de riesgos que puedan derivarse de una situación determinada. Estas actividades abarcan la prevención o tratamiento de un estado de salud específico.

Educación en salud: proceso sistemático y deliberado destinado a promover cambios favorables y duraderos en las prácticas preventivas y curativas de salud y en los estilos de vida.

Función Asistencial: Conjunto de actividades realizadas por el Profesional de enfermería en la prestación de los cuidados de atención directa al paciente.

Orientación de Enfermería: Proceso mediante el cual la enfermera ayuda al enfermo hipertenso crónico para que se adapte a su nueva condición de vida.

Prevención: Forma clínica que estudia los procesos de medidas destinados a evitar la aparición y definición de cuadros patológicos.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No aplica por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, no se buscará la relación causa efecto.

2.5 VARIABLE INDEPENDIENTE

Características sociodemográficas.

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Son el conjunto de características, biológicas, socioeconómico y cultural que están presentes en la población sujeta a estudio tomando aquellas que pueden ser medibles.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Son todas aquellas características individuales de los adultos mayores del AA. HH El Huarango de Comatrana.

2.6. VARIABLE INDEPENDIENTE

Capacidad de autocuidado.

2.6.1. Definición conceptual de la variable

El autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a si mismo.

2.6.2. Definición operacional de la variable

Es aquella capacidad que tiene el adulto mayor del AA.HH. El Huarango de Comatrana, de autocuidarse para mantener su salud física.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Son el conjunto de características, biológicas, socioeconómico y cultural que están presentes en la población sujeta a estudio tomando aquellas que pueden ser medibles.	Son todas aquellas características individuales de los adultos mayores del AA. HH El Huarango de Comatrana.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad ❖ Sexo ❖ Estado civil ❖ Ocupación ❖ Tipo de vivienda ❖ Con quien vive 	<p>60- 70 años 71 a 80 años 81 años a más.</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Soltero Casado Viudo Divorciado</p> <p>En actividad laboral Sin actividad laboral.</p> <p>Propia Alquilada</p> <p>Cónyuge Hijos Otros familiares</p>

<p>CAPACIDAD AUTOCUIDADO</p>	<p>DE</p> <p>El autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a si mismo.</p>	<p>Es aquella capacidad que tiene el adulto mayor del AA.HH. El Huarango de Comatrana, de autocuidarse para mantener su salud física en la cual los valores finales serán adecuada ,parcialmente adecuada e inadecuada.</p>	<p>TEST CYPAC-AM</p> <p>DE</p>	<p>Actividad física</p> <p>Alimentación</p> <p>Eliminación</p> <p>Descanso y sueño</p> <p>Higiene y confort</p> <p>Medicación</p> <p>Control de la salud</p> <p>Hábitos tóxicos</p>
---	---	---	--	---

CAPÍTULO III MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo porque los resultados de las variables fueron procesados numéricamente, es de corte transversal porque los datos se recolectaron en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El asentamiento humano El Huarango se encuentra ubicado a 3 km de la ciudad de Ica., pertenece al Caserío de Comatrana, cercado de Ica. Debido a la inundación de Ica de 1998 da lugar a la formación del asentamiento humano "El Huarango".

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La población de estudio estuvo constituida por 98 adultos mayores que viven en el A.A.H.H. El Huarango del Caserío de Comatrana.

Muestra

Para obtener la muestra se hará uso de la fórmula para muestreo.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n : X

N : 98

Z : 1.96

p : 0.4

q : 0.6

d : 0.05

$$n = \frac{98(1.96)^2(0.4)(0.6)}{(98-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.4)(0.6)}$$

$$n = \frac{98(3.8416)(0.4)(0.6)}{(97)(0.0025) + (3.8416)(0.4)(0.6)}$$

$$n = \frac{90.3544}{0.2425 + 0.921984}$$

$$n = \frac{90.3544}{1.164484} = 77.59 = \mathbf{78}$$

La muestra está conformada por 78 adultos mayores y que fueron tomados utilizando un muestreo probabilístico al azar simple de acuerdo a los siguientes criterios:

Como criterios de inclusión:

- Adultos mayores que se encuentren orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que deseen participar de la investigación

Como criterios de exclusión:

- Adultos mayores desorientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores con enfermedades metabólicas

- Adultos mayores que no deseen participar de la investigación
- Adultos mayores quechua hablantes
- Adultos mayores que no se encuentren en el momento de la aplicación del instrumento.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó para poder desarrollar la investigación es la encuesta con la finalidad de obtener las respuestas de las variables de estudio.

Los instrumentos fueron: el cuestionario el cual es de elaboración propia para la primera variable, en él se recogen los datos sociodemográficos, y consta de 6 ítems como son la edad, sexo, estado civil, ocupación, tipo de vivienda, y con quien vive. Para la segunda variable capacidad de autocuidado se utilizó el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM), cuya autoría corresponde a Israel E. Millán Méndez 2010, es un cuestionario integrado por 8 categorías ordenadas las cuales fueron las siguientes: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos, el cual consta de 32 reactivos con alternativas de respuestas cerradas tipo Likert alternativas.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de la información se acudió al centro de salud para la ubicación de los adultos mayores, luego se realizó la encuesta casa por casa.

La información obtenida se recogió a través de las encuestas elaboradas según los objetivos del estudio, luego se procesaron con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificó en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon gráficos, tablas y cuadros estadísticos que ayudaron en la interpretación y análisis de los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos

planteados. Para la variable capacidad de autocuidado el instrumento consta de 32 preguntas donde se consideró las siguientes alternativas:

Si 3

A veces 2

No 1

Para determinar los valores finales se tomó en cuenta la sumatoria por dimensiones y de manera global para establecer los valores que se indican a continuación:

Dimensión actividad física:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión alimentación:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión eliminación:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión descanso y sueño:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión higiene y confort:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión medicación:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión control de salud:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

Dimensión hábitos tóxicos:

Adecuada (10-12 pts.)

Parcialmente adecuada (7-9 pts.)

Inadecuada (4-6 pts.)

GLOBAL:

Adecuada (24-32 pts.)

Parcialmente adecuada (16-23 pts.)

Inadecuada (8-15 pts.)

CAPÍTULO IV

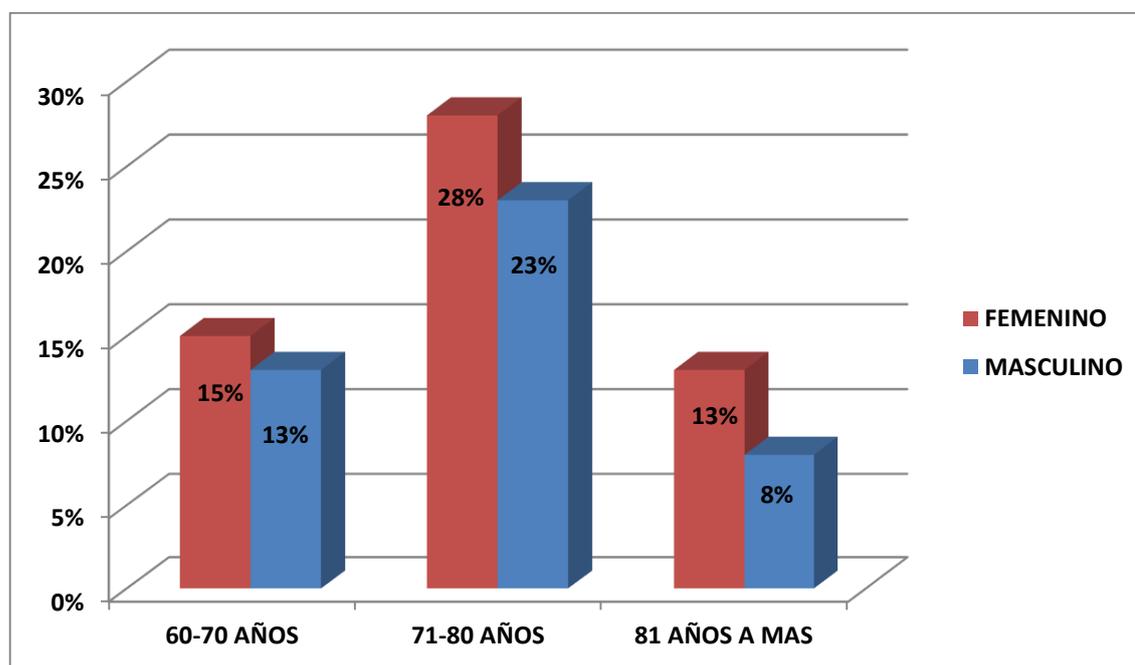
RESULTADOS

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EDAD
Y SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

EDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	Fr	%	Fr	%
60-70 AÑOS	12	15	10	13
71- 80 AÑOS	22	28	18	23
81 AÑOS A MAS	10	13	6	8
TOTAL	44	56	34	44

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 1



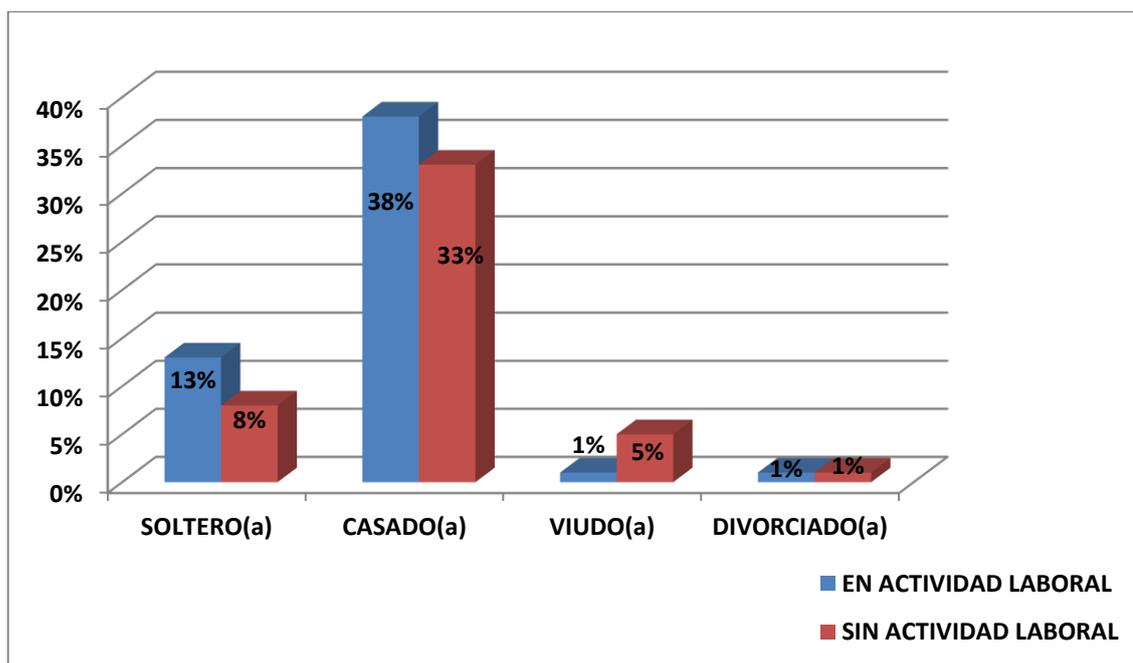
Se puede observar que en las edades de 71 a 80 años, el 28%(22) son de sexo femenino y el 23 % (18) son de sexo masculino, en las edades de 60 a 70 años, el 15 % (12) son de sexo femenino y el 13% (10) es masculino, finalmente en las edades de 81 años a mas, el 13% (10) es de sexo femenino y el 8% (6) es masculino.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN ESTADO CIVIL
Y OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN			
	En actividad laboral		Sin actividad laboral	
	Fr	%	Fr	%
SOLTERO(a)	10	13	6	8
CASADO(a)	30	38	26	33
VIUDO(a)	1	1	3	5
DIVORCIADO(a)	1	1	1	1
TOTAL	42	53	36	47

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 2



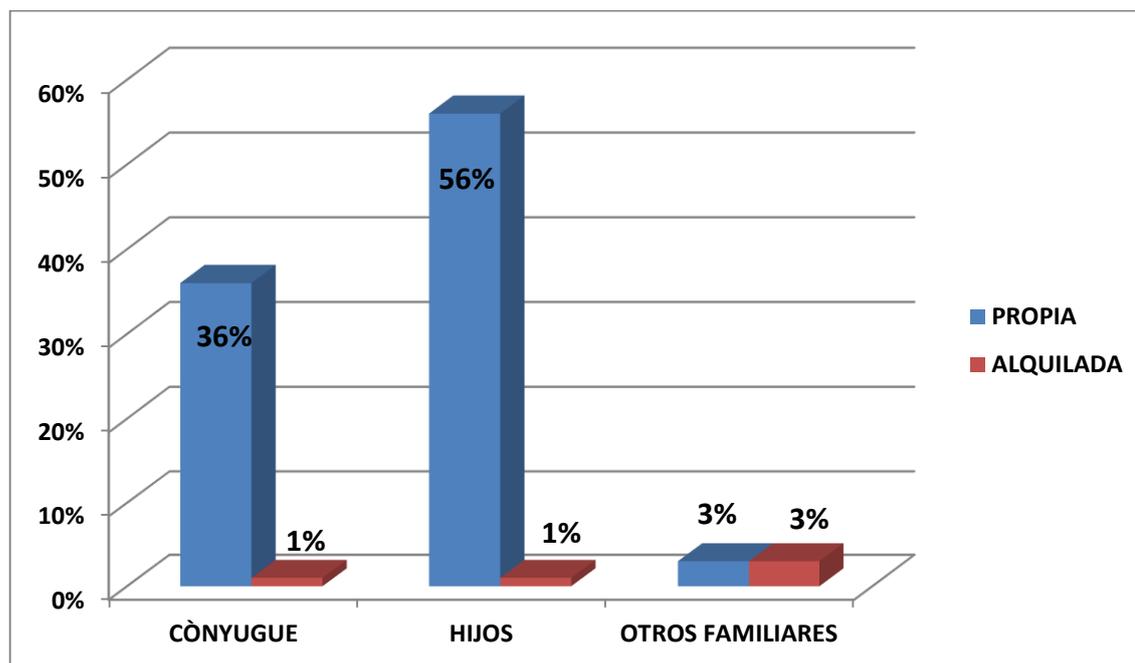
En relación al estado civil: los casados(as) realizan actividad laboral en 38%(30) y el 33%(26) sin actividad laboral, en el estado civil soltero el 13%(10) realizan actividad laboral y el 8%(8) sin actividad laboral, en el estado civil viudo el 5%(3) se encuentran sin actividad laboral y el 1%(1) cuenta con actividad laboral, finalmente el estado civil de divorciado tiene igual porcentaje de 1%(1) con y sin actividad laboral respectivamente.

TABLA 3
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN TIPO DE VIVIENDA
Y CON QUIEN VIVE EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

	TIPO DE VIVIENDA			
	Propia		Alquilada	
CON QUIEN VIVE	Fr	%	Fr	%
Cónyuge	28	36	1	1
Hijos	44	56	1	1
Otros familiares	2	3	2	3
TOTAL	72	95	4	5

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 3



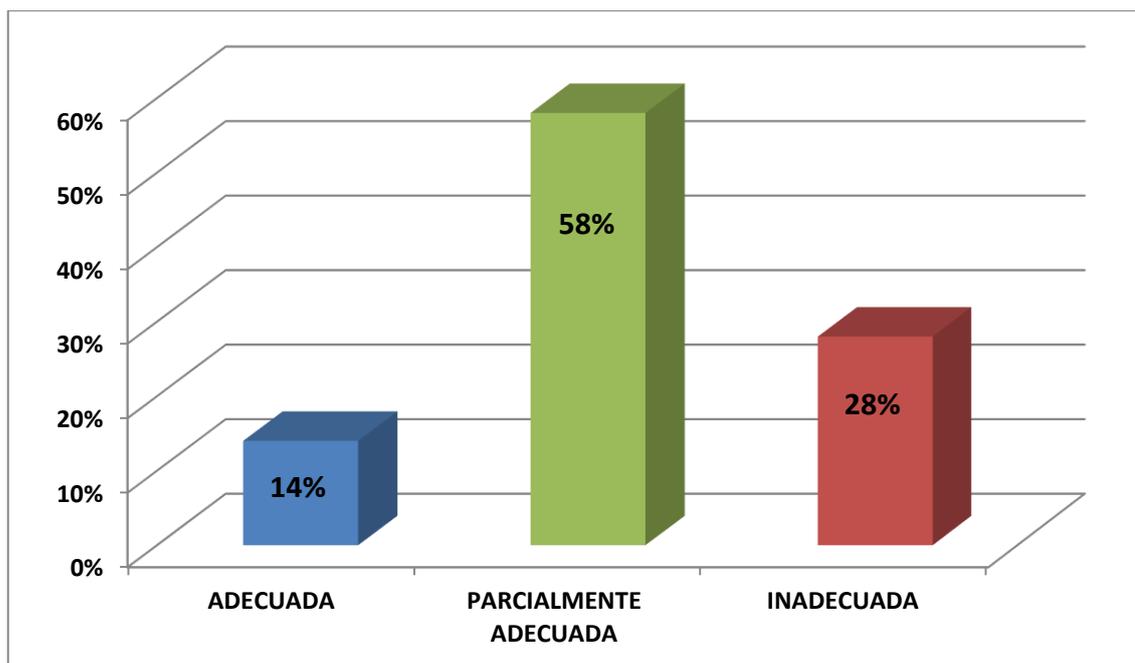
Se puede observar que el 56%(44) viven con sus hijos y su tipo de vivienda es propia; el 36%(28) viven con su cónyuge y su tipo de vivienda es propia finalmente el 3%(2) viven con otros familiares y el tipo de vivienda es alquilada.

TABLA 4
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD
FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

ACTIVIDAD FÍSICA	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	11	14
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	45	58
INADECUADA (4-6 pts.)	22	28
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA

GRÁFICO 4



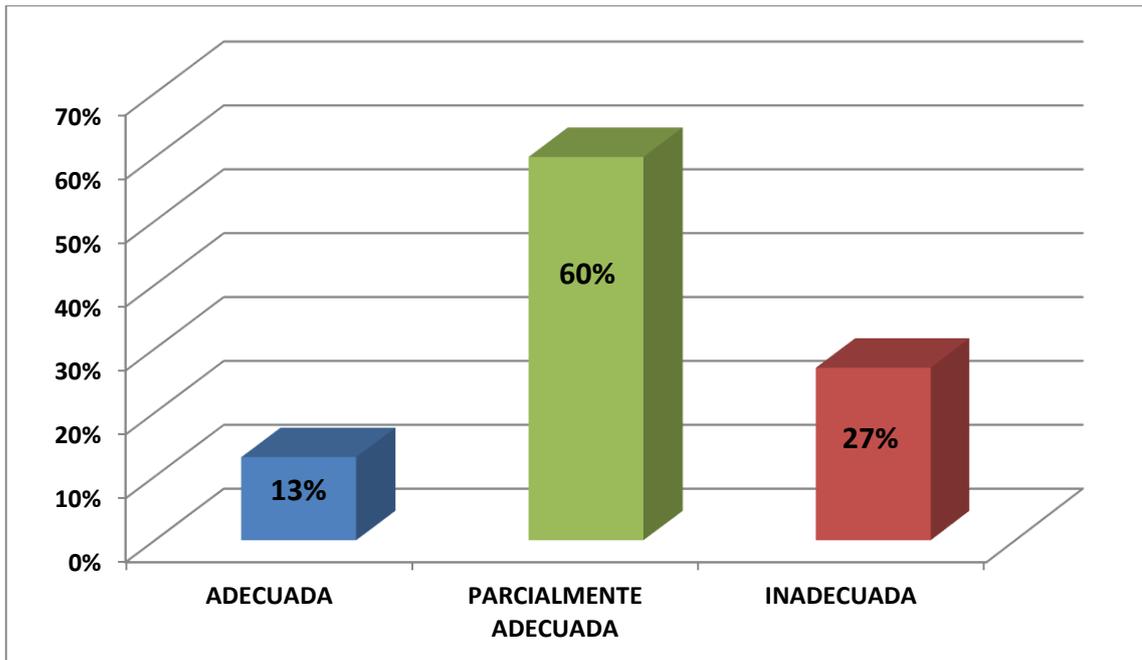
Del 100%(78) de los adultos mayores según dimensión actividad física, se puede apreciar que el 58%(45) su capacidad de autocuidado es parcialmente adecuada, el 28%(22) capacidad de autocuidado inadecuada y el 14%(11) capacidad de autocuidado adecuada.

TABLA 5
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

ALIMENTACIÓN	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	10	13
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	47	60
INADECUADA (4-6 pts.)	21	27
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA

GRÁFICO 5



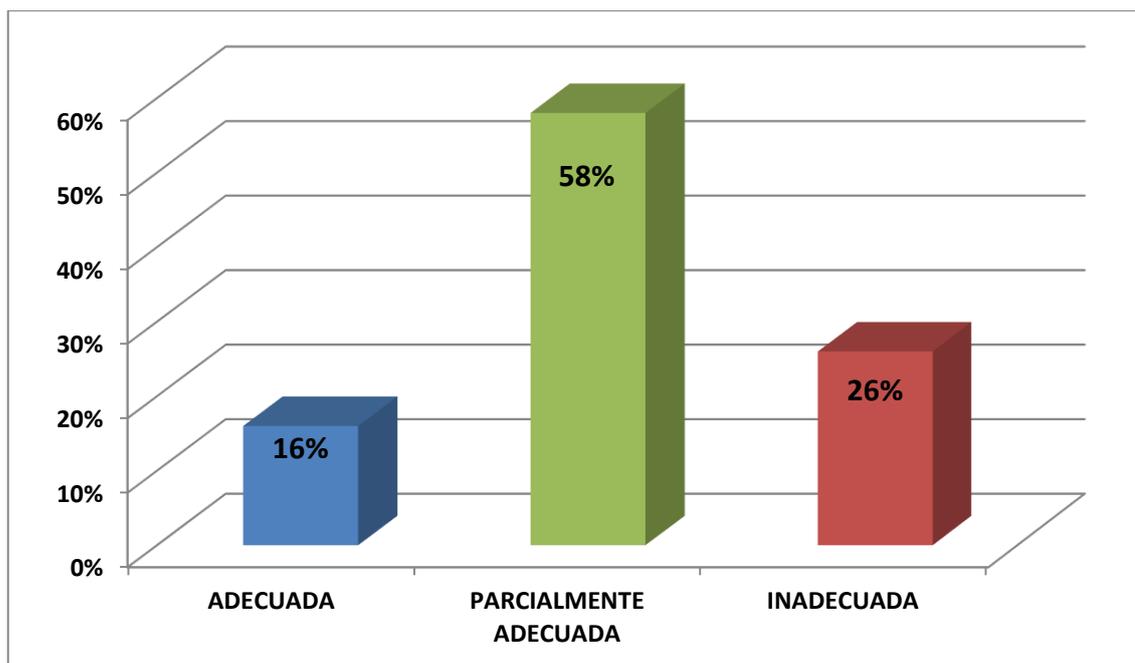
Del 100%(78) adultos mayores según dimensión alimentación se aprecia que en el 60%(47) de ellos tienen capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, el 27%(21) capacidad de autocuidado inadecuada y el 13%(10) capacidad de autocuidado adecuada.

TABLA 6
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ELIMINACIÓN
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

ELIMINACIÓN	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	13	16
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	45	58
INADECUADA (4-6 pts.)	20	26
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HURANGO, COMATRANA-ICA

GRÁFICO 6



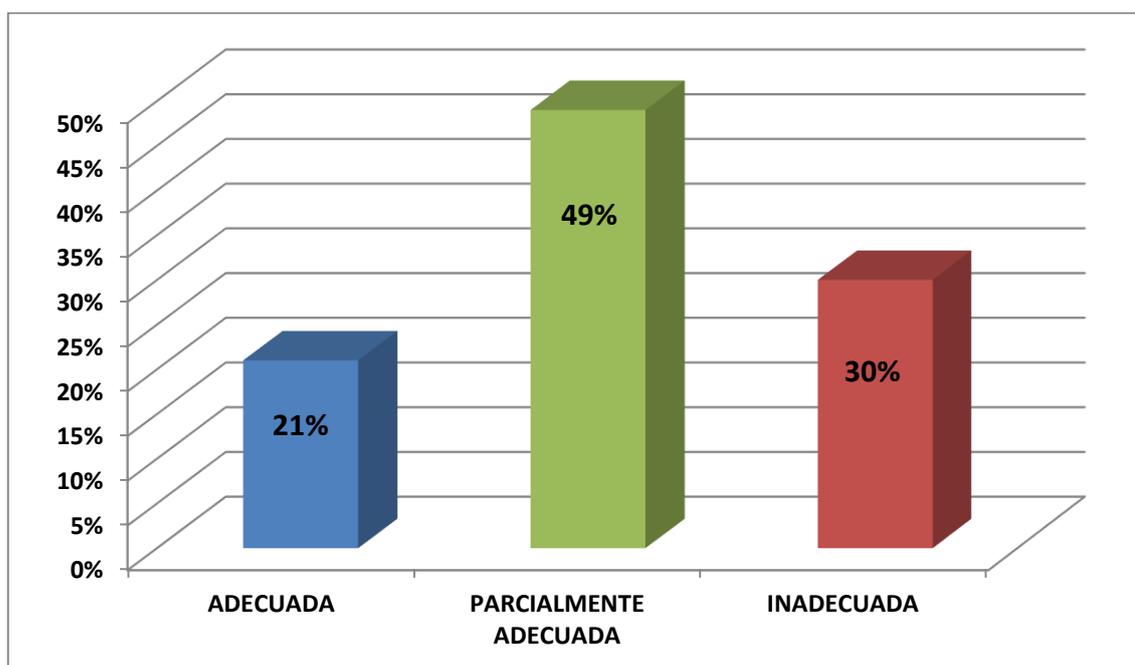
Se observa que en el 58%(45) de los adultos mayores según dimensión eliminación presentan capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, el 26%(20) tiene capacidad de autocuidado inadecuada y el 16%(13) presenta capacidad de autocuidado adecuada.

TABLA 7
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN DESCANSO Y
SUEÑO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

DESCANSO Y SUEÑO	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	16	21
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	38	49
INADECUADA (4-6 pts.)	24	30
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA

GRÁFICO 7



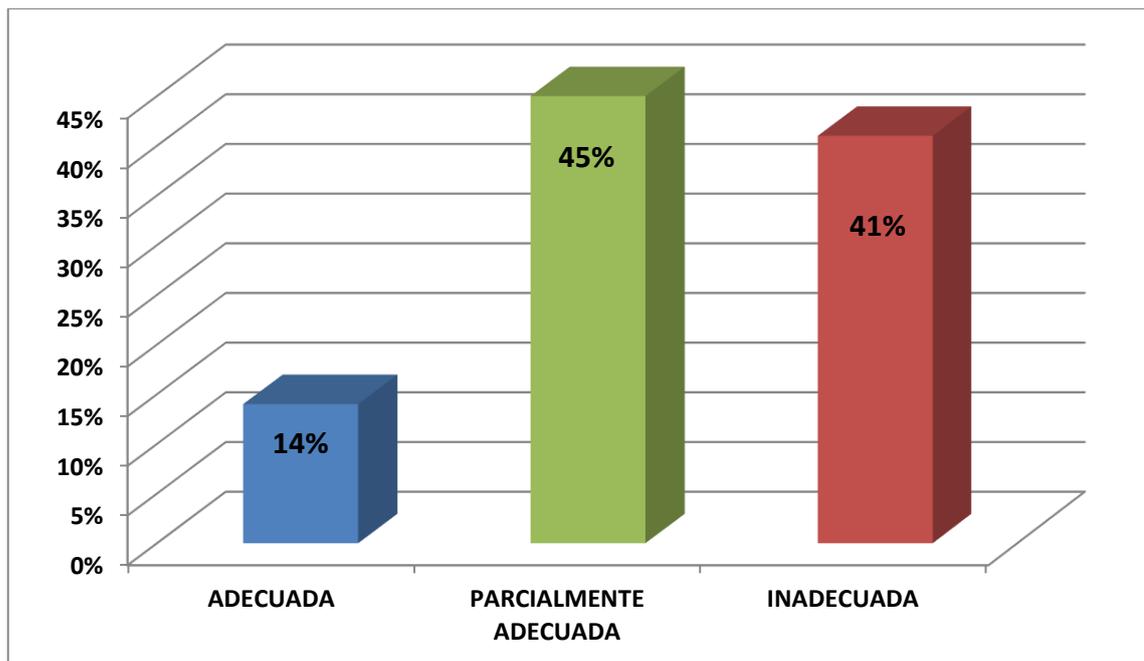
La capacidad de autocuidado según dimensión descanso y sueño es parcialmente adecuada en 49%(38), inadecuada en 30%(24) y adecuada en 21%(16) según los resultados obtenidos en la aplicación del Test de CYPAC-AM.

TABLA 8
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE Y
CONFORT DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

HIGIENE Y CONFORT	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	11	14
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	35	45
INADECUADA (4-6 pts.)	32	41
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 8



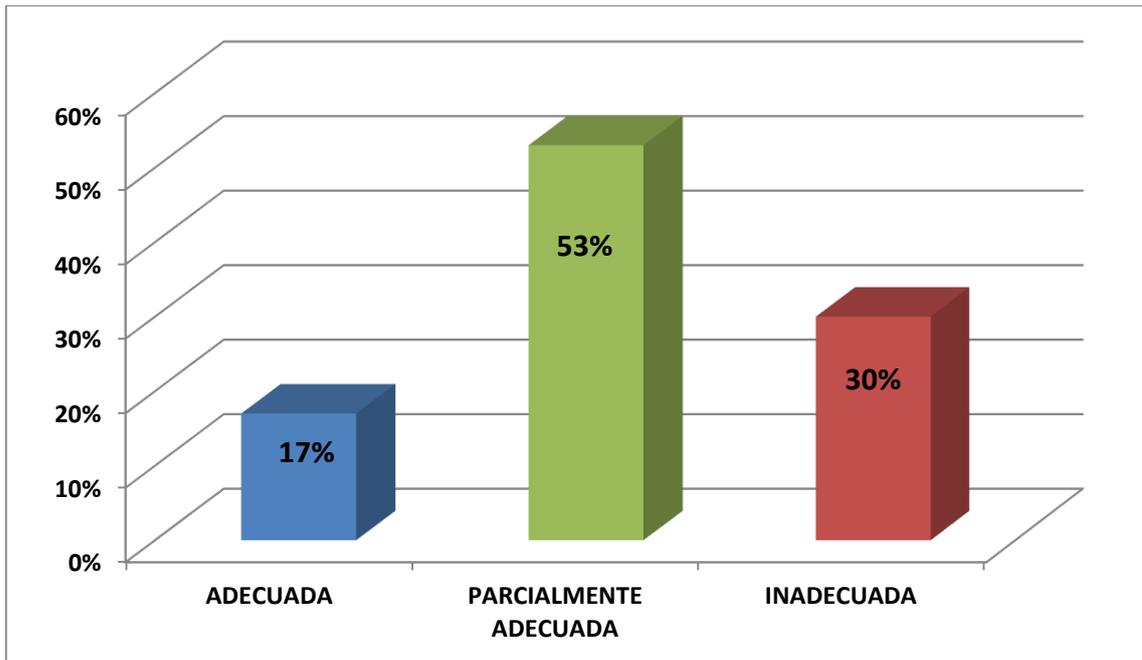
La capacidad de autocuidado de los adultos mayores según dimensión higiene y confort es parcialmente adecuada en 45%(35), seguido del 41%(32) con capacidad de autocuidado inadecuada y finalmente el 14%(11) con capacidad de autocuidado adecuada.

TABLA 9
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN MEDICACIÓN DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

MEDICACIÓN	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	13	17
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	41	53
INADECUADA (4-6 pts.)	24	30
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 9



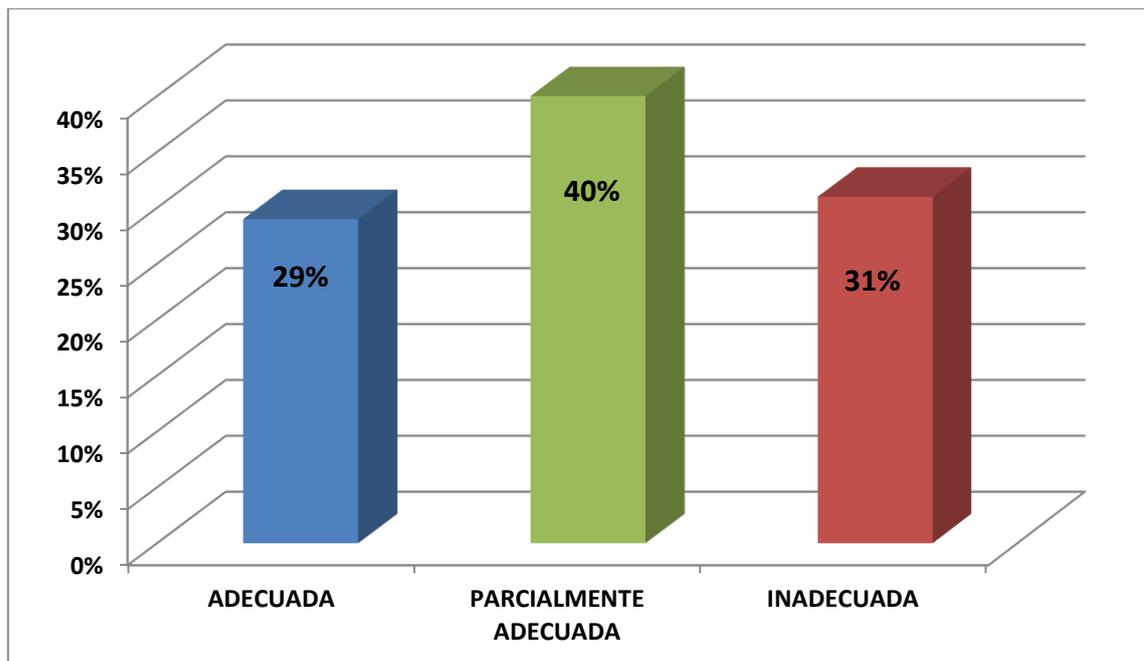
La capacidad de autocuidado en los adultos mayores según dimensión medicación es parcialmente adecuada en 53%(41), inadecuada en 30%(24) y adecuada en 17%(13).

TABLA 10
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN CONTROL DE
SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

CONTROL DE SALUD	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	23	29
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	31	40
INADECUADA (4-6 pts.)	24	31
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HURANGO, COMATRANA-ICA

GRÁFICO 10



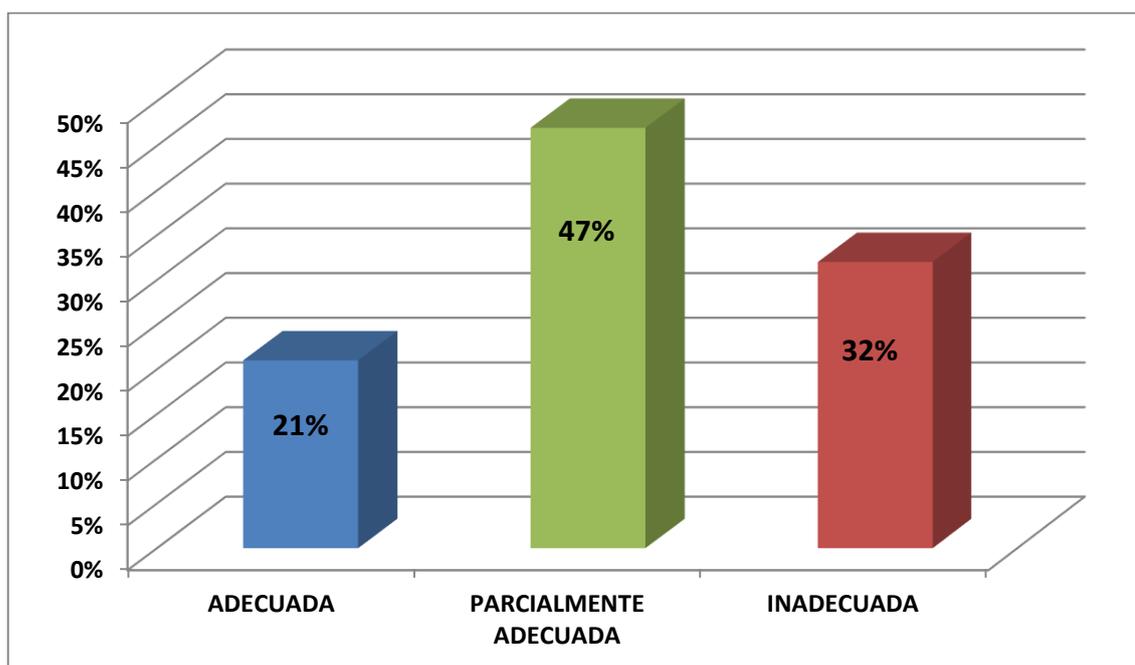
La capacidad de autocuidado en los adultos mayores según dimensión control de salud es parcialmente adecuada en 40%(31), inadecuada en 31%(24) y adecuada en 29%(23) adultos mayores respectivamente.

TABLA 11
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS TÓXICOS
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH.
EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017

HÁBITOS TÓXICOS	Fr	%
ADECUADA (10-12 pts.)	16	21
PARCIALMENTE ADECUADA (7-9 pts.)	37	47
INADECUADA (4-6 pts.)	25	32
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 11



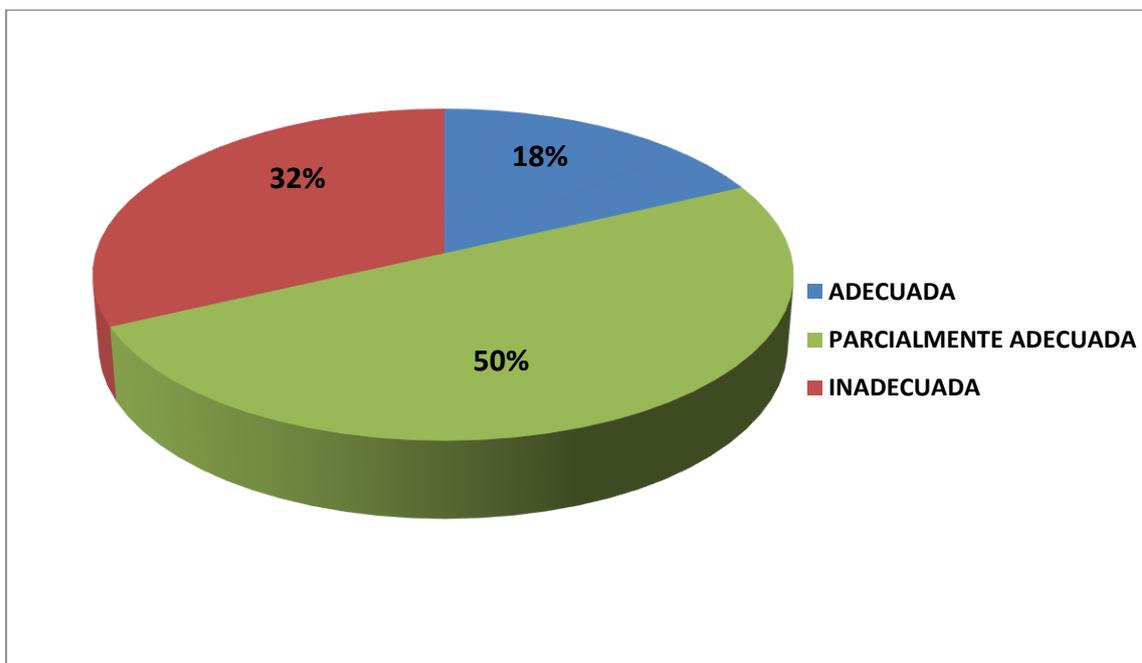
Del 100%(78) adultos mayores según dimensión hábitos tóxicos, en el 47%(37) es parcialmente adecuada, seguido del 32%(25) con capacidad de autocuidado inadecuada y el 21%(16) tienen capacidad de autocuidado adecuada.

TABLA 12
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO GLOBAL DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA ICA
MAYO 2017.

GLOBAL	Fr	%
ADECUADA (24-32 pts.)	14	18
PARCIALMENTE ADECUADA (16-23 pts.)	39	50
INADECUADA (8-15 pts.)	25	32
TOTAL	78	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del AA.HH. EL HUARANGO, COMATRANA.

GRÁFICO 12



Según resultados globales la capacidad del autocuidado en los adultos mayores es parcialmente adecuada en 50%(39), inadecuada en 32%(25), y adecuada en el 18%(14) de los adultos mayores, respectivamente.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

La proporción de adultos mayores es superior en relación a años anteriores además la proyección demográfica de este grupo crece de manera continua; por otra parte los cambios fisiológicos que se producen en el envejecimiento son notorios y en el adulto mayor estos cambios producen pérdida progresiva y paulatina de sus funciones, generando dependencia sobre las actividades de la vida diaria por lo cual resulta necesario enfocar este problema desde la prevención y promoción del cuidado del adulto mayor.

Gráfico 1: Respecto a la primera variable **Características sociodemográficas** reflejados en los gráficos **1, 2 y 3** en las edades de los adultos mayores de 71 a 80 años, el 28% es de sexo femenino y el 23 % de sexo masculino, de 60 a 70 años, el 15 % es de sexo femenino y el 13% masculino, de 81 años a más, 13% es femenino y 8% masculino; los casados(as) realizan actividad laboral en 38% y el 33% sin actividad laboral, 13% de los solteros realizan actividad laboral y el 8% sin actividad laboral, los viudos (as) el 5% se encuentran sin actividad laboral y el 1% cuenta con actividad laboral, los divorciados tienen igual porcentaje de 1% con y sin actividad laboral respectivamente, asimismo el 56% de los adultos mayores viven con sus hijos y su tipo de vivienda es propia; 36% viven con su cónyuge y su tipo de vivienda es propia; finalmente el 3% viven con otros familiares y el tipo de vivienda es alquilada. Resultados similares con Loredó-Figueroa R, Gallegos-Torres A, Xequé-Morales G, Palomé-Vega A. ⁸ donde el 54.3% de los participantes fueron mujeres; en el estudio de Olazo Obando F, Contreras Castro M. ¹¹ la muestra estuvo conformada por 175 pacientes con edades comprendidas entre 60 y 85 años. Como se puede apreciar en los resultados sobre las características sociodemográficas de los adultos mayores, predomina el sexo femenino lo cual se corrobora con las estadísticas mundiales respecto al mayor número de mujeres en relación a los hombres, considerándose que el género femenino tiene mayor autocuidado que los hombres por ser más dedicadas al bienestar de su familia, sin embargo, el sexo masculino a pesar de ser considerado

como el género fuerte, predomina como el grupo que menos cuida de su salud, debido a que se dedican más al ámbito laboral, así que el cuidado a la salud no se considera una actividad incorporada a su estilo de vida, por lo que no la perciben como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su bienestar biopsicosocial; si el adulto mayor es casado o conviviente es una fuente de apoyo de apoyo en esta etapa de su vida favoreciendo la salud y calidad de vida e influye en la capacidad de autocuidado ya que en el adulto mayor por las características propias de su edad pueden presentar limitaciones físicas que podría condicionar a que no pueda realizar sus actividades básicas de la vida diaria afectando de esta manera su capacidad de autocuidado. Por consiguiente, el adulto mayor que vive e interactúa estrechamente con los miembros de su familia lo fortalece emocional y afectivamente sobre todo, si el adulto mayor desarrolla un rol activo en la dinámica familiar y la subsistencia es segura cuando los hogares tienen la propiedad también segura de los recursos y de sus actividades lucrativas y el acceso a ellos.

Referente a la segunda variable Capacidad de autocuidado: En la dimensión actividad física, en el 58% de los adultos mayores su capacidad de autocuidado es parcialmente adecuada, el 28% capacidad de autocuidado inadecuada y el 14% adecuada; en el **gráfico 5** en la dimensión alimentación el 60% de ellos tienen capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, 27% capacidad de autocuidado inadecuada y el 13% capacidad de autocuidado adecuada; **gráfico 6:** el 58% de los adultos mayores según dimensión eliminación presentan capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, el 26% tiene capacidad de autocuidado inadecuada y el 16% presenta capacidad de autocuidado adecuada, resultados similares con la investigación de Revatta F.¹⁵ Respecto a la variable capacidad de autocuidado; según dimensión alimentación en el 42% son moderadamente adecuados y según actividad física en el 64% son moderadamente adecuados; Hernández-Gutiérrez A, Melitón-Vargas I.¹⁴ En la esfera biológica, se manifestaron formas de autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso.

Los resultados evidencian que los adultos mayores en estas dimensiones no hacen el esfuerzo para incrementar su capacidad de autocuidado en las dimensiones de actividad física, alimentación y eliminación. Las personas que no valoran el ejercicio como medio para mantener la salud óptima, encuentran a menudo excusas para no participar en un programa de ejercicios. El ejercicio implica dedicación y esfuerzo. Si el ejercicio no se valora, el esfuerzo no se hace.

Una buena alimentación es fundamental en la vejez, los adultos mayores necesitan los mismos nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales). Además, para los adultos mayores la fibra es esencial para mejorar la digestión y evitar el estreñimiento por lo que como profesionales de Enfermería inmersos en la promoción de la salud debemos enfatizar en esta población acciones tendientes a revertir los resultados de autocuidado parcialmente adecuada en la alimentación a través de sesiones educativas involucrando no solo al paciente adulto mayor, su familia sino también a la comunidad.

Los resultados de la investigación reflejados en el **gráfico 7,8 y 9** donde la capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño es parcialmente adecuada en 49%, inadecuada en 30% y adecuada en 21%; asimismo en la dimensión higiene y confort es parcialmente adecuada en 45%, seguido del 41% con capacidad de autocuidado inadecuada y en el 14% con capacidad de autocuidado adecuada, finalmente en la dimensión medicación es parcialmente adecuada en 53%, inadecuada en 30% y adecuada en 17%. Resultados parecidos con los obtenidos por Barboza-Bernal D, Cacicano-Chingay L, Zúñiga-Chafloque A. ¹³ concluye que los la higiene personal se enfatiza en el baño diario e higiene matinal observando diferencia con aumento en la frecuencia del baño en verano en las mujeres; procurando el descanso mediante siestas y leyendo como distracción, Revatta F.¹⁵ Respecto a la variable capacidad de autocuidado en la dimensión higiene en el 80% es moderadamente adecuado.

Un descanso y un sueño apropiados son muy importantes para mantener un buen estado de salud, el sueño y descanso contribuye a la reparación fisiológica y psicológica, A menudo, los adultos mayores se quejan de dificultad para dormir durante la noche y la tendencia a hacer una o más siestas parece aumentar progresivamente con la edad.

Siendo la enfermera parte del equipo de salud, esta juega un rol relevante en el campo de la educación para la salud, en la enseñanza del autocuidado en la higiene confort y medicación. La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable en la asistencia de enfermería, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de las enfermedades, siendo el objetivo que puede ser logrado a través de la observancia de los autocuidados necesarios.

La vejez es un proceso natural que involucra la disminución de la capacidad de los diferentes órganos, pérdida del oído, olfato y memoria, insomnio o estreñimiento, así como las funciones del hígado y riñón, debido a ello la medicación debe ser por prescripción médica, evitando la automedicación ya que su condición les puede llevar a presentar un mayor riesgo de padecer reacciones adversas a los medicamentos. El asesoramiento por parte del personal de enfermería a los familiares o personas que se encuentran al cuidado de adultos mayores es de gran importancia para que estas medidas sean llevadas a cabo con la mayor eficacia posible.

Se presentan los resultados del **gráfico 10** en la dimensión control de salud es parcialmente adecuada en el 40% de los adultos mayores, inadecuada en 31% y adecuada en 29%; en el **gráfico 11** en la dimensión hábitos tóxicos en el 47% es parcialmente adecuada, seguido del 32% con capacidad de autocuidado inadecuada y el 21% tienen capacidad de autocuidado adecuada, obteniéndose un consolidado global reflejados en el **gráfico 12** donde la capacidad del autocuidado en los adultos mayores es parcialmente adecuada en 50%, inadecuada en 32%, y adecuada en el 18% de los adultos mayores. Los resultados de los antecedentes de estudio guardan similitud con los

resultados de los autores Israel E. Millán Méndez.⁷ Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente; Loredo-Figueroa R, Gallegos-Torres A, Xequé-Morales G, Palomé-Vega A.⁸ En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad; Condemarín Lourdes, Evangelista Paredes Ana, Benavides Fernández Yanet Marisol.¹⁰ Los resultados revelan que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, Revatta F.¹⁵ En forma global la capacidad de autocuidado en el 56% son moderadamente adecuados, en el 22% es adecuado y en el 22% es inadecuado.

Por lo expuesto se puede deducir que debido a que en las dimensiones estudiadas los resultados son, medianamente adecuados se hace imprescindible la promoción de los autocuidados, como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

CONCLUSIONES

1. En las edades de 71 a 80 años, el 28% de los adultos mayores es de sexo femenino y el 23 % masculino; de 60 a 70 años, el 15 % es de sexo femenino y el 13% masculino, de 81 años a más, el 13% es de sexo femenino y el 8% masculino.
2. En relación al estado civil: los casados(as) realizan actividad laboral en 38% y el 33% sin actividad laboral, el estado civil soltero realizan actividad laboral el 13% y el 8% sin actividad laboral, en el estado civil viudo el 5% se encuentran sin actividad laboral y el 1% cuenta con actividad laboral, finalmente el estado civil de divorciado tiene igual porcentaje de 1% con y sin actividad laboral.
3. El 56% de los adultos mayores viven con sus hijos y su tipo de vivienda es propia; 36% viven con su cónyuge y su tipo de vivienda es propia finalmente el 3% viven con otros familiares y el tipo de vivienda es alquilada.
4. Según dimensión actividad física, el 58% tiene capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, 28% capacidad de autocuidado inadecuada y 14% capacidad de autocuidado adecuada.
5. Respecto a la dimensión alimentación en el 60% de los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, 27% capacidad de autocuidado inadecuada y el 13% capacidad de autocuidado adecuada.
6. En el 58% de los adultos mayores según dimensión eliminación presentan capacidad de autocuidado parcialmente adecuada, el 26% tiene capacidad de autocuidado inadecuada y el 16% presenta capacidad de autocuidado adecuada.
7. La capacidad de autocuidado en los adultos mayores según dimensión descanso y sueño es parcialmente adecuada en 49%, inadecuada en 30% y adecuada en 21% según los resultados obtenidos en la aplicación del Test de CYPAC-AM.

- 8.** Referente a la dimensión higiene y confort es parcialmente adecuada en 45%, seguido del 41% con capacidad de autocuidado inadecuada y el 14% con capacidad de autocuidado adecuada.
- 9.** Los resultados de la dimensión medicación es parcialmente adecuada en 53%, inadecuada en 30% y adecuada en 17%.
- 10.** La capacidad de autocuidado en los adultos mayores en la dimensión control de salud es parcialmente adecuada en 40%, inadecuada en 31% y adecuada en 29% de los adultos mayores.
- 11.** Del 100% de los adultos mayores según dimensión hábitos tóxicos, en el 47% es parcialmente adecuada, seguido del 32% con capacidad de autocuidado inadecuada y el 21% tiene capacidad de autocuidado adecuada.
- 12.** Respecto a los resultados globales en la capacidad del autocuidado en los adultos mayores es parcialmente adecuada en 50%, inadecuada en 32%, y adecuada en el 18% de los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

1. A los adultos mayores que lleven adelante acciones de autocuidado ya que, muchas veces, las primeras causas de enfermedad o fallecimiento de personas mayores de 60 años están íntimamente relacionadas con los estilos de vida y podrían ser evitables si se modifican comportamientos y decisiones, según establece la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)..
2. Al cónyuge del adulto mayor lograr una exitosa convivencia porque contribuye a predecir la variación en el bienestar subjetivo, mostrando a los adultos mayores casados y con actividad laboral, considerando que ser económicamente productivo facilita contar con los recursos para cuidarse, podría explicar el mejor autocuidado que reportan quienes tienen el status de jubilados o están trabajando, lo que contribuye en su autocuidado.
3. A los hijos de los adultos mayores mantener la expresión abierta de los sentimientos, como también el respeto y los intereses comunes en el hogar; esto hace que el adulto mayor mantenga una autonomía e independencia.
4. Es necesario tener en cuenta una serie de elementos a considerar dentro de un plan de intervención para motivar al adulto mayor dentro de las actividades físico – recreativas, el cual mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.
5. Brindar sesiones educativas dirigidas a la población, a la familia y al adulto mayor para promover y fortalecer la adopción de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida activos, fomentando el autocuidado; para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud.
6. Al centro de salud cercano al asentamiento humano debe fortalecer el programa educativo sobre un estilo de vida saludable haciendo énfasis

en las acciones de eliminación del adulto mayor, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente adulto mayor.

7. Fomentar actividades físicas en los adultos mayores evitando así el sedentarismo y promoviendo de esta manera el buen descanso y sueño y el buen estado emocional.
8. A la familia en caso el paciente no pueda realizar por si solo sus actividades básicas de higiene y confort le debe proporcionar cuidados básicos de calidad adoptando una actitud positiva como actividad fundamental de bienestar y comodidad, a la vez que actúa como una medida preventiva contra las infecciones.
9. Concientizar a la familia y al paciente adulto mayor que la poca responsabilidad por la salud especialmente si se autome dica hace que la salud se deteriore y entre otros comportamientos no saludables que pueden ser modificados para el beneficio de su salud ya que de lo contrario se podrían provocar diversos daños a lo largo de su vida.
10. Recordar que la buena salud es la que permitirá que disfrute de una buena calidad de vida, así que si desea vivir más años para compartir con sus seres queridos y hacer lo que le gusta, tiene que prevenir cualquier mal, haciéndose controles y chequeos periódicos.
11. El desempeño de enfermería juega un papel importante ante este grupo etéreo basando sus acciones para fortalecer la capacidad para tomar decisiones, desarrollar habilidades para resolver problemas y estimular a participar en actividades recreativas favoreciendo el desarrollo de actitudes y en la promoción de comportamientos deseables para el mejoramiento de la calidad de vida personal y grupal de las personas en la prevención de hábitos tóxicos.
12. Al puesto de Salud el Huarango, que tenga un personal capacitado como el profesional de Enfermería para que brinde orientaciones a los adultos mayores para la satisfacción de sus necesidades y la realización de sus actividades diarias, siendo para esto fundamental el apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Miller T. La nueva era demográfica en América Latina y El Caribe: La hora de la igualdad según el reloj poblacional. Documento de referencia DDR/2. CEPAL. 2014.
3. Cachi H, Cosar J, Torres C. Factores relacionados con la participación de personas de edad en un club del adulto mayor. Rev enferm Herediana. 2012; 5(1):36-41.
4. Coppard L. La Autoatención de la salud y los ancianos. Washington, D.C: OPS; 1993.
5. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
6. Ministerio de Salud. Situación del Adulto Mayor en el Perú [En línea] 2009 [Fecha de acceso 22 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/boletines/SituacionAdultoMayorPeru.pdf>
7. Israel E. Millán Méndez. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el municipio Holguín Cuba. 2016. Disponible en: vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article:2fcf8e38b1d04aaa988441e85c7bb730
8. Loredó-Figueroa R, Gallegos-Torres A, Xequé-Morales G, Palomé-Vega A. (2016) "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor". México. Enfermería Universitaria, Volume 13, Issue 3, Pages 159-165 Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197

9. Mayurí E. (2014) “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores” Lima.
10. Condemarín L, Evangelista A, Benvidéz Y. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del “adulto mayor” del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Rev. Salud & Vida Sipanense. Vol.2/Nº2. ISSN 2313-0369/2015
11. Olazo Obando F, Contreras Castro M. (2015) “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima”. Inicio > Vol. 8, Núm. 2 (2015) > Olazo Obando
12. Ellen Esquivel K, Padilla Guibovich K. (2015). “Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry. Trujillo Perú.” repositorio.upao.edu.pe/.../RE_ENFER_AUTOCUI.ADULTO.MAYOR-...
13. Barboza-Bernal D, Caciato-Chingay L, Zúñiga-Chafloque A. (2015) “Autocuidado de la salud del adulto mayor varón y mujer que acuden a un centro integral de atención, estudio comparado. Chiclayo Perú”. repositorio.unprg.edu.pe/.../AUTOCUIDADO_DE_LA_SALUD_DEL_A...p or DC Barboza Bernal - 2016.
14. Hernández-Gutiérrez A, Melitón-Vargas I. (2014) “Vivencias del autocuidado del adulto mayor de la asociación comunitaria de la Urbanización Santa Isabel – Carabayllo Lima”. http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/74/Hern%C3%A1ndez_Gutiérrez_Azucena_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
15. Revatta F. (2015) “Capacidad de autocuidado y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica que asiste a la unidad de hemodiálisis del hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica”.
16. Tobón Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. [Revista en internet]. 2009, Canadá. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.

17. Carta de Ottawa. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.
18. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. / Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. --Lima: MIMDES, 2003.174 p.
19. Nutrición y cuidados del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentación saludable. URL disponible en:<http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
20. Santillán Salazar M. Eliminación vesical e intestinal en el adulto mayor. Artículo publicado el miércoles 10 de julio del 2013, en el Vespertino "Satélite" (Trujillo-Perú).
21. Cuidado la salud del adulto mayor Disponible en: www.fechac.org/pdf/.../guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf
22. Donoso Sepúlveda A. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>
23. González Menéndez R. ¿Qué son los hábitos tóxicos? La Habana, Cuba. Disponible en:saludmentalmaguana.blogspot.com/2013/03/que-son-los-habitos-toxicos.html
24. Can Valle A, Sarabia Alcocer B, Guerrero J. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007 – 7467.
25. Proasa. UPCH. Sociología de la Medicina o la Teoría de las Palabras Estructura Social y enfermedad. Perú. Edit. Proasa. 2009.
26. FAO/OMS. Documento Temático # 1. Conferencia Internacional sobre Nutrición. "Mejora de la seguridad alimentaria en los hogares". Roma: FAO/OMS; 1992.
27. Frankerberger T, Caston M. The household livelihood security concept. FNA/ANA. 1998; 22:30-33.
28. Stuart-Hamilton, Psicología del envejecimiento, Ed. Morata. Madrid España: 2002

- 29.** Silva Nole L. Adulto mayor: el valor y las ventajas del autocuidado. Disponible en. elcomercio.pe/sociedad/lima/adulto-mayor-valor-y-ventajas-autocuidado-2-noticia-1734457 04 de noviembre del 2016. El Comercio.
- 30.** Brunner y, Suddarth. (1998). Manual de Enfermería. Cuarta Edición. Tomo II. México: Editorial Interamericana.
- 31.** Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.
- 32.** Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: ElsevierMosby; 2007.
- 33.** Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_4_10/enf07410.html.

ANEXOS

		<p>OE4.: Medir la capacidad de autocuidado según eliminación física en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, Mayo 2017</p> <p>OE5. Determinar la capacidad de autocuidado según descanso y sueño en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, Mayo 2017.</p> <p>OE6. Conocer la capacidad de autocuidado según higiene y confort en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, Mayo 2017</p> <p>OE7. Identificar la</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>capacidad de autocuidado según medicación en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, Mayo 2017</p> <p>OE8. Analizar la capacidad de autocuidado según control de la salud en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, Mayo 2017</p> <p>OE9. Analizar la capacidad de autocuidado según hábitos tóxicos en los adultos mayores del AA.HH. El Huarango, Comatrana, Mayo 2017.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES

1. Edad

- a) 60- 70 años
- b) 71 a 80 años
- c) 81 años a más.

2. Sexo:

- a) M
- b) F

3. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado

4. Ocupación

- a) En actividad laboral
- b) Sin actividad laboral

5. Vivienda

- a) Propia
- b) Alquilada

6. Con quien vive

- a) Cónyuge
- b) Hijos
- c) Otros familiares

**TEST DE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO POR ISRAEL E. MILLÁN
MÉNDEZ 2010,**

INSTRUCCIONES

Estimado señor (a): La presente encuesta se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir la capacidad de Autocuidado en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas y le solicitamos su consentimiento para participar en la misma, comunicándole que los datos obtenidos serán confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración.

Actividad física

- 1. ¿Puede movilizarse sin ayuda?**
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
- 2. Participa en algún círculo de amigos (Ejem: club de adultos mayores)**
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
- 3. ¿Practica ejercicios periódicamente? (Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)**
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No
- 4. Camina 10 cuadras (1km.) diario y/o sube escaleras**
 - a) Si
 - b) A veces
 - c) No

Alimentación

- 5. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda**
 - a) Si
 - b) A veces

c) No

6. Tiene establecido un horario fijo para comer

a) Si

b) A veces

c) No

7. Prefiere los alimentos sancochados que fritos

a) Si

b) A veces

c) No

8. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste

a) Si

b) A veces

c) No

Eliminación

9. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda

a) Si

b) A veces

c) No

10. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular

a) Si

b) A veces

c) No

11. Tiene como hábito observar sus deposiciones

a) Si

b) A veces

c) No

12. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (más de 6 vasos al día comenzando por la mañana)

a) Si

b) A veces

c) No

Descanso y sueño

13. Puede controlar su periodo de descanso y sueño

- a) Si
- b) A veces
- c) No

14. Tiene hábito de descansar sin dormir

- a) Si
- b) A veces
- c) No

15. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer

- a) Si
- b) A veces
- c) No

16. Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

- a) Si
- b) A veces
- c) No

Higiene y confort

17. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda

- a) Si
- b) A veces
- c) No

18. Se baña diariamente, y a un horario establecido

- a) Si
- b) A veces
- c) No

19. Acostumbra bañarse con agua tibia

- a) Si
- b) A veces
- c) No

20. Usa una toallita independiente para secarse los pies

- a) Si
- b) A veces
- c) No

Medicación

21. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla

- a) Si
- b) A veces
- c) No

22. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado

- a) Si
- b) A veces
- c) No

23. Solo toma medicamentos que le indica su médico

- a) Si
- b) A veces
- c) No

24. Si necesita algún medicamento lo consulta primero

- a) Si
- b) A veces
- c) No

Control de salud

25. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud

- a) Si
- b) A veces
- c) No

26. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar

- a) Si
- b) A veces
- c) No

27. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas

- a) Si
- b) A veces
- c) No

28. Se realiza autochequeos periódicos en la casa (inspección de piel, medición de la temperatura)

- a) Si
- b) A veces
- c) No

Hábitos tóxicos

29. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico (fumar, beber alcohol,)

- a) Si
- b) A veces
- c) No

30. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume (ejem: fumar, beber alcohol)

- a) Si
- b) A veces
- c) No

31. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él

- a) Si
- b) A veces
- c) No

32. Tiene más de un hábito tóxico, pero intenta dejarlos

- a) Si
- b) A veces
- c) No

FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3



FOTO 4

