



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO EN
EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO
DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI CAYMA,
AREQUIPA 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

LISBETH ARASELI LAZO CORZO

AREQUIPA – PERU

2016

Agradecimientos

*A Dios que supo guiarme por el buen camino dándome fuerzas
para seguir adelante y no desfallecer en el intento.
A la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la
Universidad Alas Peruanas, por la formación Académica brindada.*

DEDICATORIA

A mi hijo Gustavo, él es mi fuente de motivación e inspiración para no rendirme, él quien con su sonrisa me llena de energía y fuerzas para seguir superándome

A mi esposo Víctor, por su amor y comprensión y su apoyo incondicional

A mis padres Alberto y Asalia por su amor, confianza y apoyo incondicional de siempre para poder culminar mi carrera profesional.

Así mismo a mis hermanos y sobrinos con mucho cariño por el apoyo que me brindaron durante mis estudios.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, de corte transversal cuyo propósito fue determinar los conocimientos sobre autocuidado en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi Cayma, Arequipa 2015.

La población de estudio estuvo constituida por 368 adultos mayores que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi. La técnica que se aplicó fue la encuesta y como instrumento se utilizó el cuestionario, el mismo que fue elaborado para el estudio y previamente validado a juicios de expertos. Se obtuvieron los siguientes resultados: el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre su autocuidado en relación a la alimentación es bueno en un 55%; respecto al estado emocional es bueno en un 52%; en cuanto a su higiene es bueno es un 63%; en relación a la recreación es bueno en un 46%; respecto a la vestimenta es bueno en un 68%; y por último, referido a la vivienda, el conocimiento es bueno en un 49%

Conclusión: el nivel global de conocimiento es bueno (55%), por lo que el autocuidado que promueve Dorothea Orem representa una alternativa eficaz para el logro del bienestar del adulto mayor y mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, lo que se traducirá en una población Adulta Mayor saludable

Palabras claves: Conocimiento, autocuidado, adulto mayor

ABSTRACT

A descriptive study with a quantitative approach, cross section whose purpose was to determine the knowledge of self-care in the Senior Adult attending the Health Center Francisco Bolognesi Cayma, Arequipa 2015 was conducted.

The study population consisted of 368 Senior Adults who attend in the Health Center Francisco Bolognesi. The technique performed was the poll and an instrument survey questionnaire, the same that was developed for the study and previously validated according to experts. The following results were obtained: the knowledge that has the senior adults about your selfcare in relation to food is good in 55%; regarding the emotional state is good by 52%; regarding their hygiene is good is 63%; in relation to recreation is good in 46%; regarding dress is good in 68%; and finally referred to housing knowledge is good at 49%.

Conclusion: the overall level of knowledge is good (55%), so the self that Knowledge promotes Dorothea Orem assumes this is an effective alternative for securing the welfare of the Senior Adults and improves knowledge about health issues, which will result in a healthier population Older Adult

Keywords: Knowledge, selfcare, senior adult

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Descripción del problema	4
1.3. Formulación del problema	4
1.3.1. Problema general	4
1.3.2. Problemas específicos	4
1.4. Objetivos de la investigación	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivo específico	5
1.5. Justificación de estudio	6
1.6. Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.1.1. Antecedentes internacionales	8
2.1.2. Antecedentes nacionales	9
2.1.3. Antecedentes locales	11
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Teorías de enfermería	12
2.2.2. Conocimiento	16
2.2.3. Autocuidado	18
2.2.4. Adulto mayor	30
2.3. Definición conceptual de términos	42

2.4. Hipótesis	44
2.4.1. Hipótesis General	44
2.5. Variables	44
2.5.1. Indicadores	44
2.5.2. Definición conceptual de la variable	44
2.5.3. Definición operacional de la variable	45
2.5.4. Operacionalización de la variable	45

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación	46
3.1.1. Tipo de investigación	46
3.1.2. Nivel de investigación	46
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	47
3.3. Población y muestra	47
3.3.1. Población	47
3.3.2. Muestra	48
3.3.3. Criterios de Inclusión	48
3.3.4. Criterios de Exclusión	48
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	48
3.4.1. Técnicas	48
3.4.2. Instrumento	48
3.5. Validez y confiabilidad del Instrumento	49
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	49

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La medicina con sus grandes adelantos ha logrado disminuir notablemente los riesgos de muerte durante la infancia y la juventud, como consecuencia de ello, gran parte de la población alcanza la senectud.(1)

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales en el individuo. Estos cambios conducen al deterioro funcional y pérdida de la iniciativa, lo que genera vulnerabilidad y por ende disminución del bienestar. Es necesario que el adulto mayor logre en lo posible una longevidad satisfactoria evidenciada en su calidad de vida; por tanto, conseguir una mejor calidad de vida de adulto mayor implica asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud; es decir, practicar el autocuidado; lo que ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable.(2)

El departamento de Arequipa cuenta con una población de 1,287,205 habitantes, donde el 11,1% representa la población adulta mayor (143,367), 8,634 personas adultas mayores pertenecen al Distrito de Cayma.

El Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) detalló que los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú. (3)

El presente estudio fue realizado porque se considera que la enfermera cumple un papel muy importante en la promoción y el cuidado de la salud de los adultos mayores

El presente estudio tiene como objetivo determinar los conocimientos sobre autocuidado del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi, está estructurado en los siguientes capítulos: El capítulo I:

en donde se muestra el origen del problema y su formulación; los objetivos planteados para el estudio; justificación, limitaciones. El capítulo II: Se identificó lo conocido por la ciencia, la revisión de la literatura que incluye los antecedentes, es decir investigaciones realizadas anteriormente y que guardan relación con el trabajo; la base teórica en la que se sustenta y constituye el soporte de investigación; además, se incluye definición operacional de términos. El capítulo III: se muestra el diseño metodológico, en el cual se incluye el tipo y nivel de estudio; y además, se encuentra el área de estudio, la población y muestra con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión; y por último, las técnicas e instrumento de recolección de datos.

El capítulo IV: Comprende los resultados, presentamos la discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La población adulto mayor está en ascenso a nivel mundial, y nuestro país no es ajeno a ello; teniendo en cuenta que esta situación se da en un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional.(2)

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. (4)

En Perú, país en vías de desarrollo, los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2013, revela que la población mayores de 60 años representa el 9,3% y se calcula que del total de la población para fines del 2025 la población adulta mayor representará el 13.27%. (5)

Relacionado al déficit de autocuidado es muy importante para la enfermera, ya que se necesita, en algunas ocasiones, el apoyo de un enfermero o

enfermera para realizar el autocuidado del adulto mayor, como también lo ayuda a alcanzar su bienestar y satisfacción personal (6)

El rol de la enfermera en el primer nivel de atención es promover la salud y prevenir las enfermedades, el eje de esta misión es proporcionar herramientas para el empoderamiento de la población mediante la capacidad de autocuidado. Para Dorothea Elizabeth Orem (1958), autocuidado se define 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. (7)

Es por tal motivo que hoy en día las expectativas de vida del ser humano varían en diferentes escenarios, hay muchos factores que afectan el proceso de envejecimiento de una persona donde se observa que existen cambios tanto físicos como psicológicos, estos cambian y necesitan otro tipo de cuidado ya sea con respecto al tipo de alimentación, al modo que tienen al vestirse, aspectos psicológicos, a la infraestructura de cada vivienda, y a que muchos adultos mayores por diversos factores son imposibilitados de actividades recreativas para que puedan alcanzar un nivel óptimo de salud. (8)

El conocimiento suele entenderse como hechos o datos de información que son adquiridos través de la experiencia o la educación; el adulto mayor aparentemente no tiene un conocimiento adecuado sobre el autocuidado de su salud, esto se refiere a las prácticas cotidianas y las decisiones sobre éstas, que realiza una persona para cuidar su salud; estas habilidades son aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión.(9)

Existen diferentes factores moduladores del envejecimiento, dentro de los cuales se encuentran los cambios fisiológicos establecidos por el paso del tiempo, siendo de carácter universal, afectando de manera distinta a cada individuo, los procesos patológicos previos, que dependiendo de su magnitud y secuelas condicionan el proceso de envejecer y por último, las condiciones socio ambientales relacionadas con los estilos de vida y conductas pueden actuar como factores protectores o de riesgo para el individuo.(10)

Este ciclo de vida es una etapa de la población cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de inequidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no siempre se acompaña de una mejor calidad de vida.(11)

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma a la vez en un problema de esta, si no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias derivadas del envejecimiento.(12)

La problemática que se observó surge a raíz de la experiencia de práctica de pregrado en el centro de salud Francisco Bolognesi – Cayma, un establecimiento de primer nivel de atención, donde acuden adultos mayores y podemos evidenciar que el adulto mayor acude solo a los consultorios externos y muchos no tienen aparentemente un conocimiento adecuado sobre su autocuidado, el que se observa en su apariencia física, estado nutricional y estado emocional; lo que se refleja en la mayor incidencia de patologías asociadas.

1.2. Descripción del problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Salud Comunitaria en Enfermería
- c. Línea : Estudios sobre intervención de enfermería en grupos de Riesgo: Salud del Geronto

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los conocimientos sobre autocuidado que tiene el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la alimentación que tiene el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado emocional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado de higiene del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la recreación del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la vestimenta del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

¿Cuáles son los conocimientos con respecto al autocuidado en la vivienda del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos sobre autocuidado del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma, Arequipa 2015.

1.4.2. Objetivo específicos

- Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.
- Identificar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la alimentación que tiene el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.
- Identificar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado emocional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.
- Determinar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado de higiene del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.

- Evaluar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la recreación del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.
- Identificar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la vestimenta del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.
- Evaluar los conocimientos con respecto al autocuidado en la vivienda del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi.

1.5. Justificación de estudio

No solamente cuenta que tan longeva puede ser una persona, sino también cómo envejece; Por lo expuesto el profesional de enfermería brinda una atención de calidad en el ciclo de vida del adulto mayor en los niveles de promoción, prevención y recuperación; para mantenerse en buenas condiciones y mejorar su calidad de vida

Al respecto Lehr (1993) menciona que la esperanza de vida no solo quiere decir longitud de vida, sino también la calidad de la misma. (13)

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.

Aportará bases científicas dentro de los protocolos de actuación en el Proceso de Atención de Enfermería, pues se espera que los datos obtenidos colaboren a mejorar el abordaje de los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes adultos mayores, promoviendo su autocuidado

Es de utilidad, puesto que una parte fundamental de la labor de enfermería es contribuir a otorgar más fundamentos que ayuden a difundir el autocuidado en toda población de riesgo

Es de trascendencia, ya que los resultados se utilizarán con fines investigativos y también aportará bases teóricas a los profesionales de enfermería

Es relevante, porque prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del adulto mayor en la que no intervenga el profesional de enfermería, por ser una profesión encargada del cuidado, enfatizando durante su formación, las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, siendo uno de los miembros del equipo interdisciplinario de salud, de mayor responsabilidad para facilitar el aprendizaje del autocuidado, para los adultos mayores.

Además de satisfacer mi motivación personal al realizar este estudio, logro que el adulto mayor logre enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo, y también lograr una contribución a nuestra escuela profesional de enfermería, lo que culminará con la obtención del título profesional de Licenciada en enfermería.

1.6. Limitaciones de la investigación

La principal limitación que se encontró es que en su mayoría, los adultos mayores son quechua hablante

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

MILLAN, I. (2010) "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad" ciudad de la Habana Cuba. Su objetivo fue de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. Se realizó un estudio descriptivo transversal. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida 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 son 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.

HERNANDEZ, D. y FLORENCIA, D. (2011) “Conocimientos, Actitudes y Practicas de Autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital Nacional de Amatitlan” Guatemala. El objetivo de la presente investigación se encaminó a identificar los conocimientos de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán.

El resultado fue el siguiente: el 4% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años entrevistados conoce la definición de la diabetes mellitus, mientras que el 96% no posee dicho conocimiento, El 83% de pacientes encuestados demuestra una actitud no favorable para realizar los cuidados necesarios de la piel, pies y uñas diariamente, resaltando entre las respuestas desinterés, falta de tiempo y desconocimiento; asimismo, existe un 59% de pacientes que no se interesa por utilizar el calzado adecuado para una persona diabética; un 81% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años encuestados sí cumple con tomar los medicamentos prescritos. (14)

2.1.2. Antecedentes nacionales

MANRIQUE, D. (2014) “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Lima. Tiene como objetivos generales determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas El diseño metodológico fue de nivel

aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores,

Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, aéreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio; y en la dimensión psicosocial, es alto. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación.

GONZALES, A. (2013) “Conocimiento y prácticas de autocuidado de adulto mayor que acude al Centro de Salud Carmen Alto” Ayacucho. El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor que acude al Centro de Salud “Carmen Alto”. El tipo de investigación fue aplicativo, de nivel relacional y diseño trasversal; sobre una muestra de 58 adultos mayores de una población de 98 (100%) inscritos en el Programa del Adulto mayor.

Los resultados determinaron que el 53,4% presenta un conocimiento de nivel regular sobre el autocuidado y 65,5% prácticas de autocuidado no saludables. En conclusión, el conocimiento se relaciona significativamente con las prácticas de autocuidado del adulto mayor que acude al Centro de Salud “Carmen Alto” a un nivel significativo. (15)

GARCILAZO, M. (2014) “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Centro de Salud de San Juan de Miraflores”. Lima. Su objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. La investigación fue de tipo cuantitativo porque la variable es medible permitiendo su cuantificación para analizarla estadísticamente, de nivel aplicativo

Se llegó a la conclusión de que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria predomina la dependencia. En la dimensión procedimental la capacidad de autocuidado del adulto mayor es dependiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria siendo las más afectadas: ir de compras, preparar la comida y responsabilidad de la medicación. En la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, el que prevalece es el nivel de deterioro cognitivo leve siendo los más comprometidos: memoria a largo plazo y cálculo matemático simple.(16)

2.1.3. Antecedentes locales

MALDONADO, M. (2010) “Practica del autocuidado de la salud en los Adultos Mayores del distrito Nicolás de Piérola de San Gregorio Camana-Arequipa 2010 ”. El objetivo de este estudio fue determinar las características de los cuidados personales que realizan los adultos mayores del Distrito de Nicolás de Piérola de San Gregorio, Camaná; caracterizar las relaciones interpersonales de los adultos mayores Nicolás de Piérola de San Gregorio, Camaná con su entorno social. La investigación fue de Campo de nivel descriptivo de corte transversal.

Se llegó a la conclusión que los adultos mayores del Distrito de Nicolás de Piérola de San Gregorio- Camaná en cuanto a la realización de los cuidados personales, en higiene corporal y según la media aritmética, cerca de las tres cuartas partes la realizan sin ninguna ayuda; en alimentación sin ninguna ayuda y/o con alguna ayuda; en actividades diarias, cerca de la mitad necesitan total ayuda. En relación a las actividades recreativas más de la mitad de los adultos mayores realizan actividades recreativas, predominando el cine, la televisión, radio, manualidades y paseos.

En los adultos mayores investigados las relaciones interpersonales a nivel familiar se dan siempre y a veces en las tres cuartas partes; dando y recibiendo afecto, cariño, comprensión, respeto a través de un dialogo continuo y sostenido.

En salud, considerando la media aritmética, los adultos mayores cerca de la mitad no controlan bien su salud, ya que consultan al personal de salud algunas veces y/o no los consultan, durante los últimos seis meses.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías de enfermería

A. Teoría de Dorothea E. Orem

Dorothea Orem (1971) desarrolló una definición de enfermería que subraya las necesidades de autocuidado del cliente. Orem define al autocuidado como una actividad aprendida, orientada al objetivo, consistente en el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. (17)

- **Teoría del autocuidado**

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para llevar para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado, ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina.(17)

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estado de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

- **Teoría del déficit del autocuidado**

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y

emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.(17)

- **Metaparadigmas**

- **Persona**

Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, expuesto a las fuerzas de la naturaleza y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Éste puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

- **Entorno**

Es entendido en este modelo como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar, de forma positiva o negativa, en la persona.

- **Salud**

Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. La enfermedad es lo contrario.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

- **Enfermería**

Es un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico que se requiere para satisfacer los requisitos de autocuidado, supera la agencia de autocuidado. Orem promociona al paciente como agente de autocuidado. (18)

B.- Relación con el trabajo de investigación

Según Dorothea Orem en su teoría del autocuidado, es fundamental determinar el tipo de ayuda que requiere el paciente, este proyecto sobre la participación del adulto mayor en su autocuidado se basa en el cuidado universal, donde se enseñará, reforzará y preparará al anciano en la satisfacción de las necesidades básicas para poder hacer de él, un individuo útil, ya que en esta etapa de la vida, estas personas tienden a descuidar su estado biopsicosocial, restándole importancia al desarrollo de estas actividades tan importantes para la conservación de su salud.

2.2.2. Conocimiento

A. Definición

El conocimiento es “La asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico” (19)

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón. (20)

B- Tipos de conocimiento

- **Cotidiano o empírico**

El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica

que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

Tiene lugar en las experiencias cotidianas. Es y ha sido respuesta a necesidades vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación.

- **Técnico**

La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.(20)

- **Empírico**

Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes. Es así que existen personas con gran dominio de un determinado aspecto sin haber recibido educación alguna.

- **Científico**

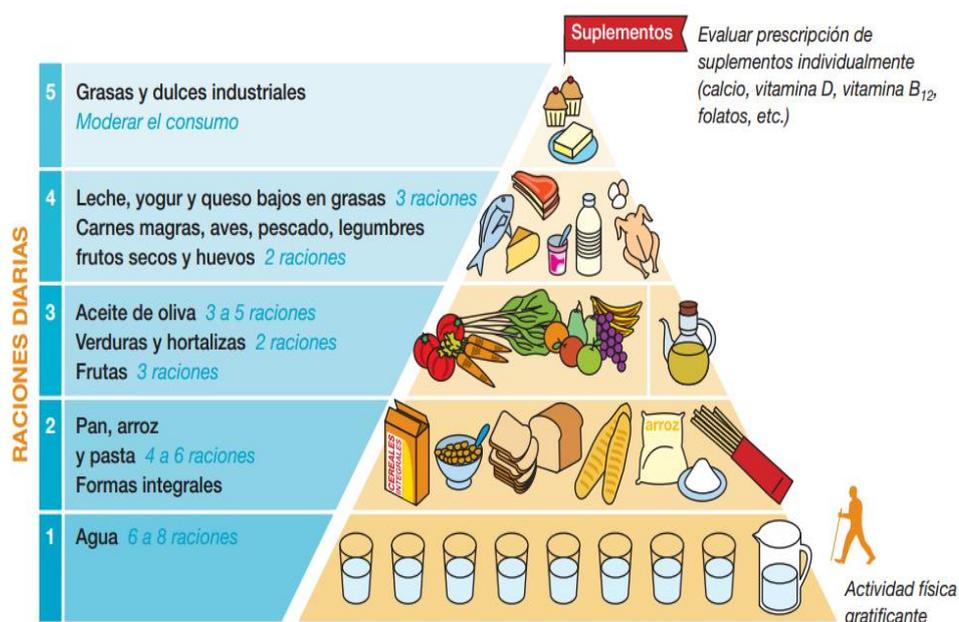
A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.(21)

2.2.3. Autocuidado

Es lo que cada persona hace por sí misma y lo que hacen otras personas por ella para ayudarle a mantener o mejorar la salud. El autocuidado comprende aquellas acciones de la vida diaria como bañarse, lavarse los dientes, alimentarse, descansar, pasear y otras que se realizan en caso de enfermedad como tomarse las medicinas.(22)

a.- Alimentación

La alimentación es un proceso voluntario y por tanto educable, que condiciona nuestro estado nutricional.



Pirámide de la alimentación saludable para las personas mayores. SENC 2004

La selección de los alimentos de la dieta depende de los gustos, hábitos aprendidos desde la infancia, creencias y conocimientos relacionados con los alimentos, sin olvidar el papel del poder adquisitivo, así como su disponibilidad y accesibilidad (23)

Las necesidades nutricionales no son las mismas que las del adulto y las consecuencias de la malnutrición son más graves.

Las necesidades energéticas son menores, pero las necesidades en nutrientes no disminuyen y hay que prestarles atención.(24)

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. (25)

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas; verduras; leche o productos lácteos con poca grasa; carnes o legumbres; pan; cereales (arroz, sémola, fideos), beber agua en los intervalos de las comidas, 6 a 8 vasos al día Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol. Debe consumir 1 a 2 huevos por semana.(26)

- Disminuir el consumo de té y café, porque alteran el sueño y son diuréticos, es decir, contribuyen a la deshidratación, en especial cuando se toma poco líquido.
- Evitar consumir bebidas alcohólicas. El alcohol modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas y fracturas, y eleva la presión sanguínea.
- Si tiene problemas para masticar, coma la carne molida y las verduras, y frutas ralladas o cocidas.
- 4 comidas al día.
- Existe la creencia errónea, que la pérdida dental es una consecuencia natural del envejecimiento.

Sin embargo, esta se debe, normalmente, a una limpieza deficiente. Lo principal es una adecuada y constante limpieza de la lengua, mucosa, encías y dientes, los que se deben lavar con

un cepillo mediano-suave después de cada comida. De esta manera, se evitara enfermedades, mal aliento, gasto de dinero en dentista y, sobre todo, la pérdida de sus piezas dentarias.

Otro factor que ayuda a una vida saludable en el adulto mayor es mantener un hábito diario para la eliminación intestinal.(26)

b.-Estado emocional

Las emociones pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada y, por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance.(27)

La vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonante de algún problema de salud mental (28)

- **Autoestima**

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los

valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad (29)

○ **Autocuidado de la autoestima**

- No permitir que ninguna persona los maltraten.
- Expresar nuestras opiniones con claridad y tranquilidad.
- No aislarse relacionarse con amigos, vecinos y familiares.
- Eliminar pensamientos negativos sobre su propia persona.
- Conózcase y siéntase valioso/a y aceptado/a reconociendo su valía personal a pesar de los cambios y el deterioro físico.
- Identifique y acepte sus destrezas y conocimientos, esto ayuda a desarrollar y mejorar el autoconcepto.
- Todo el mundo tiene talentos, úselos para desarrollarse al máximo. Mantener siempre un autoconcepto positivo.
- Debe leer libros de superación personal. Estos le ayudarán a pensar nuevas alternativas de cómo hacer las cosas y como autovisualizarse positivamente.
- Respétese buscando y valorando todo aquello que le haga sentirse orgulloso de sí mismo.
- Mantenga su independencia y autonomía al nivel más alto posible.
- Confíe en su capacidad para controlar su vida.
- Tome siempre sus decisiones.(30)

● **Depresión**

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es un

trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (31)

La persona anciana puede no quejarse de que está mal o triste, y que sólo observándola nos damos cuenta de que puede estar deprimida. Tampoco es raro que junto a la tristeza la persona anciana deprimida note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores. Puede ocurrir también que sean los propios familiares o incluso el médico los que achaquen los síntomas de la depresión al propio envejecimiento, lo cual también impide hacer el diagnóstico y por tanto tratar la enfermedad.

○ **Autocuidado de la depresión**

- Realizar actividad física porque tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer depresión.
- Es recomendable que el anciano mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y reposo.
- Es recomendable mantener una comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, y los grupos comunitario ya que es fundamental para la salud, en especial en pacientes deprimidos donde es más probable que las personas mayores tengan duelo o pérdidas y sean susceptibles a la soledad y al aislamiento social. (32.)

c.- Estado de higiene

Se designa al conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, pero también, cuando decimos higiene, nos estamos refiriendo al aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona o el de algún ambiente.(33)

En la persona anciana constituye una norma de vida muy importante, ya sea para la prevención de enfermedades, ya sea 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. Se trata de factores que, de existir, son el resorte para vivir con la voluntad de conservar inalterado el 'estilo' de vida, pero que si no existen o se dan de forma precaria pueden dar lugar a un cambio de intereses y de estímulos.

Por otro lado, los receptores sensoriales de la piel en los adultos mayores merman a un tercio, lo que originan una menor percepción sensorial, es decir, no sientes la exposición a estímulos nocivos, por ejemplo, una botella de agua demasiado caliente.

Es aconsejable que tome un baño cada dos o tres veces por semana (de ducha, no usar tinas para evitar accidentes). La temperatura se debe medir con el dorso de la mano. El jabón

tiene que ser suave, como el de glicerina. Al secarse debe hacerse con cuidado y asegurándose de que los pliegues del cuerpo queden bien secos. En caso de tener irritación, se recomienda lavado frecuente con agua y jabón.(34)

d.- Recreación

Se define recreación como acción y efecto de recrear y como diversión para alivio del trabajo. Además, encontraremos que recrear significa divertir, alegrar o deleitar. (35)

La recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

Un enfoque simplista de la recreación en la tercera edad, nos llevaría a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad.(36)

La recreación, desde esta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística.
- Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.

- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.
- Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida.
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
- Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades.
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.(36)

e.- Vestimenta

La palabra vestimenta se utiliza para señalar todas aquellas prendas de ropa o de vestido a las que los seres humanos recurren para cubrir su cuerpo y poder así abrigarse o protegerse de los diferentes tipos de clima.(37)

Es importante saber qué tipo de ropa utilizar, ya que las personas mayores necesitan comodidad y una manera más sencilla de poder vestirse. Con una ropa conveniente a su capacidad funcional, el adulto mayor puede ocuparse de él mismo con menos dificultad. Y así no tiene que recurrir a otra persona.(38)

Dado que el vestirse y el desnudarse son operaciones que requieren siempre cierta atención y que en ocasiones pueden resultar difíciles para una persona no autosuficiente, deben ser

estimuladas de forma continua y sistemática. En efecto, estas operaciones constituyen eslabones muy importantes en el camino hacia la autosuficiencia, pudiendo convertirse en un buen entrenamiento si se llevan a cabo de forma rutinaria. El tiempo empleado por estas personas para vestirse o desnudarse suele ser muy largo.

En efecto, la habilidad manual necesaria puede incluso llegar a cansar física y psíquicamente al paciente, independientemente de la presencia de una minusvalía. Se aconseja por tanto que durante dichas operaciones la persona esté sentada y que si presenta dificultades para mantener el equilibrio tenga al alcance de la mano puntos de apoyo seguros. Se aconseja, además, comenzar acostumbrando al anciano a desvestirse, dado que dicha operación es más sencilla y menos cansada.(39)

La ropa debe colocarse previamente en el orden en que el anciano vaya a ponérsela.

En este sentido son siempre preferibles las prendas de línea suelta, cerradas por delante, debiendo evitarse el uso de botones y de ganchos, que pueden plantear dificultades insalvables cuando el anciano no puede utilizar las dos manos al mismo tiempo.

Algunas prendas de lencería pueden resultar muy cómodas y útiles si se tienen en cuenta ciertas medidas. Por ejemplo, deben evitarse las camisas de cuello con botones, ya que la operación de abrochado del primer botón, situado justo por debajo del cuello, puede convertirse en una auténtica hazaña con pocas posibilidades de éxito, En este caso es conveniente sustituir el botón por corchetes o ganchitos amplios. Es aconsejable, asimismo, que los puños de las camisas lleven automáticos o un botón con un ojal amplio o que los bordes de los puños vayan

unidos por un elástico, para poder meter así la mano sin necesidad de abrir el puño.(40)

Por cuanto respecta a las faldas, son preferibles las de tipo escocés, porque pueden abrirse totalmente por delante. Se aconseja la colocación de una cinturilla elástica. Aunque esta prenda es de fácil colocación, es conveniente que cuando la anciana vaya a ponérsela tenga a mano un apoyo lateral.

En lo referente a medias y calcetines, se recomienda evitar el uso de patucos en la cama, pues pueden ocasionar caídas por resbalones al intentar el anciano ponerse de pie. (40)

Aconseja que para las personas con cierta dependencia, las prendas sean holgadas y sin cierres. En el caso de las y los ancianos más autónomos, siempre es recomendable que utilice las prendas de su preferencia o ropa deportiva de algodón que pueda ser usada dentro y fuera de la casa.

La ropa abierta, es decir, la que se coloca solamente metiendo los brazos (primero uno y luego el otro) es también muy conveniente. En el caso de los hombres, bajar el cierre del pantalón forma parte de un reflejo condicionado persistente, de manera que el uso de este tipo de ropa es muy recomendable.

Lo más importante es pensar que, para una persona adulta mayor, vestir apropiadamente y de acuerdo con la temperatura ambiente no sólo ayuda a mejorar su autoestima sino su vida cotidiana. (41)

- **El calzado**

El calzado constituye una pieza del vestuario que por su función posee una importancia primordial. El modelo y la forma pueden, en efecto, condicionar de forma determinante

la deambulaci3n. Por consiguiente ha de elegirse evitando los tan frecuentes prejuicios y teniendo en cuenta algunos requisitos.

Los mejores zapatos son los que ofrecen seguridad en la estaci3n erguida y al andar, no producen molestias incluso si se usan de forma continuada durante mucho tiempo y son de f3cil uso. (41)

Es importante que tomen en cuenta que una gran cantidad de afecciones del pie son debidas a un calzado inapropiado. Las dolencias de los pies afectan a la mayor3a de las personas con m3s de 65 a3os de edad. Es bueno usar zapatos de una talla mayor a la que realmente son. Esto es con la finalidad de que ustedes puedan tener una mayor comodidad.

Algunos zapatos cuentan con pasadores y esto a veces es un problema ya que tienen que estar atando a cada rato los pasadores es mejor utilizar zapatos sin pasadores.

En el caso de las mujeres es necesario que eviten el uso de tacones, ya que esto se relaciona con el problema en los pies que pueden padecer. Al momento de usar los tacones, los dedos se aplastan contra la punta del zapato y se deforman en forma de garra.

Los zapatos terminados en punta tambi3n pueden afectar a sus pies, ya que los dedos quedan aprisionados y se desequilibran.(42)

Dado que la persona anciana se queja con frecuencia de sensaci3n de fr3o en las extremidades inferiores (a veces por largos periodos de inmovilidad), puede estar indicado en algunas 3pocas del a3o el uso de zapatos forrados con piel.

A veces el anciano manifiesta dificultades para ponerse los zapatos. Un buen calzador puede resolver el problema, facilitando tambi3n dicha operaci3n al sujeto que no puede

agacharse y que por lo tanto no puede ayudarse directamente con la mano. (41)

f.- Vivienda

La Organización Panamericana de Salud (OPS)/ Organización Mundial de Salud (OMS) define como “vivienda” a la conjunción de: la casa, como el refugio físico donde reside un individuo, el “hogar”, que es el grupo de individuos que vive bajo un mismo techo, el “entorno”, el ambiente físico inmediatamente exterior a la casa y la “comunidad” como el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes.(43)

- Si la casa se localiza cerca de un lugar ruidoso, como una avenida transitada o ruta de avión, es conveniente disminuir el ruido utilizando materiales aislantes como corcho, hule espuma o amortiguarlo con barreras naturales como plantas altas y árboles.
- Los lugares más iluminados deben ser la cocina, el comedor y las habitaciones, ya que son sitios donde se permanece más tiempo.
- Se recomienda cerciorarse de que los enchufes de aparatos eléctricos no queden conectados permanentemente en los baños.
- Evite fumar y si lo hace, no lo haga en el interior de la casa y menos, en la cama.
- Abra las ventanas todos los días, para que circule el aire.
- Instala los interruptores de luz en lugares de fácil acceso, como en las entradas de las habitaciones y baños, así como al inicio y al final de las escaleras.

- Colocar pequeñas lámparas de noche en sitios estratégicos. Además, ten a la mano velas y linternas, con la finalidad de que sean fáciles de encontrar, en caso de que falle la electricidad.
- Colocar agarradores en los baños.
- Vivir en un primer piso para evitar las escaleras. (44)

2.2.4. Adulto mayor

A. Definición

Según la OMS(Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta, persona de la tercera edad.(45)

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable; en él ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Desde un punto de vista funcional podemos clasificar en tres grupos a las personas adultas mayores: autovalente, frágil y postrado o terminal

➤ **Persona adulta mayor autovalente:** Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar la continencia; y, asimismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria como cocinar, limpiar, comprar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera

de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición(46)

- **Persona adulta mayor frágil:** Es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición

- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** Se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.(46)

Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las Personas Adultos Mayores en 4 categorías.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud, ya que permitirá identificar y priorizar a las Personas Adultos Mayores en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores 17 de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las Personas Adultos Mayores.

- a) **Persona Adulta Mayor Activa Saludable.-** Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal. El objetivo fundamental de este grupo

poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

b) Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo (ver ítem c y d). El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.(47)

c) Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple dos ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardíaca reciente, y otros.

- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de seis semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28.(47)

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño, será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

d) Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total).
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses. (47)

B. Cambios fisiológicos del envejecimiento

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso.

En cambio, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.(48)

a.-Cambios generales

Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio.(49)

b.- Piel y faneras

Se da de forma general una pérdida de elasticidad y una pérdida de agua intracelular. A esto se le puede sumar un adelgazamiento de la piel, una disminución en la producción de ácido hialurónico que, una menor vascularización y una dificultad en la producción de colágeno. Estos cambios fisiológicos originan alteraciones morfológicas como la aparición de arrugas, la flacidez y la sequedad así como cambios funcionales cuando la piel cumple pero su función barrera (50)

La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan pérdida de función de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.(51)

Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico- epidemiológicas.

Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular. (52)

La dermis pierde parte de su contenido colágeno, produciéndose arrugas; la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudoelastina, que causa el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos.

Existe también cambios en las uñas que se vuelven en las manos más quebradizas y sin embargo más gruesas en los pies. También hay cambios en el pelo con pérdida de melanina y aparición por tanto de canas, así como mayor caída en algunas personas o un pelo más quebradizo (50)

c.- Oído y Audición

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; éstos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas. (52)

d.- Ojo y Visión

Los cambios en la vista sean cuales sean, si afectan al anciano producen merma de su actividad normal, acompañándose con una inseguridad no relacionada con la cantidad de visión objetiva perdida en el transcurso de la vida, factor vital en la explicación del deterioro funcional intenso presente en mayores con pérdidas de visión moderadas.(53)

Dentro de los cambios que se producen en la vista se destaca, por su importancia, el deterioro de la visión nocturna y en la discriminación de colores que lleva a un visión borrosa. Se suele observar una opacificación del cristalino que, en último lugar, provocará catarata. Aún en ausencia de esa alteración, la cantidad de luz que llega a la retina a los 80 años es un tercio inferior que la que se alcanza en la edad adulta. Disminuye la fuerza de los músculos orbiculares (responsables del cierre palpebral), además se da una progresiva flaccidez de los párpados (sobretudo el inferior). (54)

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropion o ectropion. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares.

El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.(54)

e.- Aparato Digestivo

Con el paso del tiempo en la boca suele haber un adelgazamiento de las encías y una disminución de la resistencia del esmalte; ambos hechos llevan a la pérdida de piezas dentarias. Hay también una disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, lo que conlleva una menor percepción del sabor de los alimentos y una disminución de la sensación de sed.

Por pérdida de masa muscular puede haber dificultad en la masticación y la deglución, lo que en ocasiones extremas hace que se produzcan atragantamientos (más frecuentes si se asocian alteraciones neurológicas), con el riesgo del paso de alimentos y agua al árbol respiratorio. (55)

La disminución de la motilidad, la atrofia de la mucosa gástrica, la reducción del tono muscular de la pared abdominal y la disminución de la capacidad del estomago

para producir ácido clorhídrico, generan en el anciano frecuentes dificultades digestivas (56)

Asimismo, el moco protector de la capa interna del estómago deviene de menor calidad, con lo que la probabilidad de padecer úlceras gástricas aumenta.

El hígado, con el tiempo, presenta una mayor dificultad para metabolizar sustancias, y disminuye la producción de bilis, que se espesa. (57)

La vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de que se formen piedras en su interior. Sin embargo, parece ser que la función exocrina del páncreas, (la producción de sustancia que participan en la digestión) se mantiene relativamente intacta.

El intestino delgado no solo recibe un menor riesgo sanguíneo sino que también se ve disminuida su movilidad y padece una cierta atrofia de la mucosa, con lo cual puede darse, a pesar de una ingesta correcta, una mala absorción de nutrientes como si hubiera carencias en la alimentación.

En el colon también se produce una disminución del peristaltismo, de la movilidad y la mucosa se atrofia, con lo que se altera la absorción de agua de las heces, hecho que produce tendencia al estreñimiento. Sin embargo, a causa de alteraciones neurológicas y de la musculatura de los esfínteres, pueden darse situaciones de incontinencia fecal (57)

f.- Aparato Respiratorio

Se produce una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios, y calcificación de las articulaciones esterno costales, lo que conduce a que toda la motilidad de la caja

torácica disminuya. Esto muchas veces va a ocasionar que un simple resfrío o gripe que produce secreciones, como la pared del tórax está rígida como una jaula, va a impedir que pueda movilizar con facilidad estas secreciones y desencadenar una insuficiencia respiratoria aguda con retención de secreciones o "broncoplejía" que puede conllevar a un curso fatal.(58)

El pulmón senil disminuye de peso y volumen, haciéndose cada vez más rígido y menos distensible, lo que produce un efecto de llenado parcial, incluso en situaciones de reposo. Hay una disminución del número total de alveolos que hace que se agreden los restantes y se dilaten los bronquiolos y los conductos alveolares. A pesar de ello, no se producen cambios significativos en la capacidad total del pulmón, ya que aunque disminuye la capacidad vital, aumenta el volumen residual, lo que determina una insuflación parcial de los pulmones en reposo (56)

g.-Sistema Cardiovascular

A nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años. Por otra parte estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento.(49)

Aumenta la presión de pulso, por el endurecimiento de las arterias; es por eso que el pulso se siente más "lleno", nos pega más fuerte cuando lo palpamos. Hay una tendencia a la hipertensión sistólica; hoy día se sabe que la hipertensión sistólica aislada del anciano debe ser tratada, ya que si bien

es un cambio fisiológico debido al aumento de la impedancia aórtica, tiene riesgo cardiovascular. A nivel cardíaco, se observa que disminuye la fase de llene rápido, porque el ventrículo es menos distensible, de modo que la contribución de la sístole auricular es tremendamente importante; a medida que pasan los años, más contribuye la aurícula al volumen diastólico final. Por ello, un anciano en fibrilación auricular puede caer en disnea muy rápidamente y disminuir su reserva fisiológica cardíaca.(59)

El corazón va a ser otro de los órganos que va a sufrir una serie de alteraciones con el envejecimiento; se ha encontrado con bastante frecuencia engrosamiento del ventrículo izquierdo, probablemente esto se deba a una respuesta a la mayor rigidez de las arterias, aunque en personas que realizan poco ejercicio físico, puede estar ausente; en el corazón también va haber una pérdida progresiva de las células musculares y esto sobre todo se manifiesta en el tejido de conducción, tanto así por ejemplo que en el nódulo sinusal también llamado marcapaso del corazón, a los 75 años solamente encontramos el 10% de las células, con respecto a los más jóvenes. (60)

h.- Sistema Nervioso

A medida que las personas envejecen, el cerebro y el sistema nervioso atraviesan por cambios naturales. El cerebro y la médula espinal pierden peso y células nerviosas. Las células nerviosas pueden comenzar a transmitir mensajes más lentamente que en el pasado. Los productos de desecho se pueden acumular en el tejido cerebral, a medida que las células nerviosas se descomponen ocasionando placas y ovillos neurofibrilares.

La lipofuscina (un pigmento graso de color marrón) también se puede acumular en el tejido nervioso (61)

El rendimiento intelectual, en el caso de ausencia de enfermedad neurológica, se suele conservar bien hasta los 80 años. Lo que se observa es un enlentecimiento del procesamiento intelectual y, por lo tanto, una reducción de la habilidad para el procesamiento y la manipulación de nueva información. Las capacidades verbales se conservan bien hasta los 70 años, a partir de entonces algunos ancianos sanos pueden presentar una disminución progresiva del vocabulario, errores semánticos y prosodia anormal (63)

El cerebro es el órgano principal, donde reside la memoria, el pensamiento racional, el control de los movimientos voluntarios e involuntarios, la interpretación de los datos que recogen los órganos de los sentidos y otras muchas funciones, como la neuroendocrina y el control de las funciones vegetativas (por ejemplo, la temperatura corporal). La función del cerebelo es, a grandes rasgos, el control del equilibrio y de la coordinación de la movilidad. (62)

La memoria sensorial y de fijación disminuye, no así la memoria inmediata y de evocación. Se reduce la capacidad de integración visuoespacial y aumenta el tiempo de reacción. En el sistema nervioso periférico se produce, a partir de los 60 años, una pérdida progresiva del número de unidades motoras funcionantes, que se compensa con un crecimiento de las unidades motoras restantes; de este modo no se suele apreciar cambio en la función. La velocidad de conducción disminuye con la edad, según los estudios electrofisiológicos. (63)

La inteligencia fluida, que es la capacidad de realizar diferentes funciones manipulativas generalmente disminuye, mientras que las actividades verbales que se le conoce como inteligencia cristalizada y que también es producto de la experiencia del individuo, ésta si se conserva. En cuanto al desempeño de las diferentes pruebas de inteligencia, estas tienen muchos conceptos abstractos, a los 30 años se alcanza el máximo rendimiento disminuyendo progresivamente.(63)

2.3. Definición conceptual de términos

- **Cuidado**

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona (64)

- **Atendido**

Se define como atendido a aquella persona que recibió una o más atenciones en un periodo determinado. (65)

- **Centro de Salud**

Entendemos por centro de salud a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios, ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas.(66)

- **Tercera edad**

Es una etapa la más avanzada, de la evolución y desarrollo personal, que por sus características especiales merece ser tratada con la mayor atención y cuidado, pero que para muchos de sus componentes, se convierte con frecuencia en una etapa de marginación y abandono (67)

Según la OMS(Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (45)

- **Autocuidado**

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinantes periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.(68)

- **Adulto mayor**

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tiene más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos (69)

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Los conocimientos sobre autocuidado que tienen los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi son regulares

2.5. Variables

Conocimiento sobre autocuidado del Adulto Mayor

2.5.1. Indicadores

- Alimentación
- Estado emocional
- Higiene
- Recreación
- Vestimenta
- Vivienda

2.5.2. Definición conceptual de la variable

A.- Conocimiento sobre autocuidado

Se define el conocimiento como la comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana; puede utilizarse en la dirección, la ejecución de los autocuidados del paciente, pero no será suficiente para satisfacer sus necesidades de ayuda; para que el cumplimiento de estas necesidades sea eficaz debe complementarse el conocimiento con una actuación responsable de la enfermera, en su relación con el paciente, que le permita aplicar criterios y técnicas que procuren un máximo beneficio en el paciente (70)

2.5.3. Definición operacional de la variable

A.- Conocimiento de autocuidado del adulto mayor

Es el conjunto de informaciones que tiene el adulto mayor acerca de las actividades y prácticas que deben realizar periódicamente y por su propia parte en cuanto a su alimentación, estado emocional, estado de higiene, recreación, vestimenta y vivienda y con el interés de mantener un bienestar satisfactorio en cuanto a su salud

2.5.4. Operacionalización de la variable

Variable	Indicadores	Instrumento		Parámetro de medición	Escala de medición
		Nº de ítem	Cuestionario		
Conocimiento de autocuidado del Adulto Mayor Es el conjunto de informaciones que tiene el adulto acerca de la práctica de las actividades que llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte	Alimentación	1, 2, 3, 4 5	X	Bueno Regular Malo	Ordinal
	Estado emocional	6,7	X	Bueno Regular Malo	Ordinal
	Higiene	8, 9, 10, 11	X	Bueno Regular Malo	Ordinal
	Recreación	12, 13,	X	Bueno Regular Malo	Ordinal
	Vestimenta	14, 15, 16, 17	X	Bueno Regular Malo	Ordinal
	Vivienda	18, 19, 20	X	Bueno Regular Malo	Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptivo con un enfoque cuantitativo y de corte transversal. Según la temporalidad es retrospectivo, según el número de variables es univariable, según el lugar donde se realiza la investigación es un estudio de campo.(71)

3.1.2. Nivel de investigación

La investigación es descriptivo porque especifica las características importantes de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi (71)

3.2. Descripción del ámbito de la investigación

A.- Ubicación Espacial

El centro de salud Francisco Bolognesi se encuentra ubicado en la calle de 20 de Abril N° 207 en Francisco Bolognesi del distrito de Cayma, considerado dentro de la zona Urbano Marginal. Es una institución pública dependiente del MINSA. Los servicios que brinda son: Laboratorio, Medicina general, Obstetricia, Odontología, Psicología, Tópico, Laboratorio, Niño sano y Farmacia. El horario de atención es de lunes a sábado

La población sujeta a estudio se encuentra dentro de la jurisdicción del Centro de Salud Francisco Bolognesi que comprende: Rafael Belaunde, 20 de Febrero, José Olaya, San Martín de Porres, María Parado de Bellido, Buen Amanecer, 1 ero de Junio y Señor de los Milagros

B.- Ubicación Temporal

La investigación se realizó desde el mes de Agosto del año 2015 al mes de febrero del 2016

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población en estudio está constituida por las personas de la tercera edad que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi, que corresponde a la población de un trimestre, siendo de 368 adultos mayores

3.3.2. Muestra

Se trabajó con toda la población; el muestreo es no probabilístico censal.

3.3.3. Criterios de Inclusión

- Toda persona varón o mujer de 60 años o más que acuda al Centro de Salud Francisco Bolognesi
- Adulto mayor que vive en ambiente familiar.
- Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación.

3.3.4. Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que se niegan a participar en el trabajo de investigación.
- Adultos mayores con problemas agudos de salud.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

3.4.1. Técnicas

La técnica que se utilizó en la presente investigación es la encuesta.

3.4.2. Instrumento

Nombre: Cuestionario.

Autor: Bachiller Lisbeth Araseli Lazo Corzo.

Objetivos: El siguiente cuestionario tiene como finalidad conocer si los Adultos Mayores tienen conocimiento sobre su autocuidado.

Administración: Individual.

Tiempo aproximado de duración: 15 minutos.

Estructura:

- **Nº de preguntas:** 20 preguntas
- **Tipo de preguntas:** Cerrada
- **Valoración:** Conocimiento sobre Autocuidado del Adulto Mayor
Nº de Ítem : 20
Valor por Nº de Ítem : 01 pts.
Valor total : 20 pts.

Categoría	Puntaje
Conocimiento Bueno	20 - 14 pts.
Conocimiento Regular	13 - 7 pts.
Conocimiento Deficiente	6 - 0 pts.

Fuente: Elaboración propia 2015

3.5. Validez y confiabilidad del Instrumento

La validez de instrumento fue evaluado por el sistema de jueces o expertos, las opiniones que emitieron los jueces fueron tomadas en cuenta, lo que dio lugar a que se modificaran algunos ítems del cuestionario; se aplicó la prueba piloto en 36 adultos mayores

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

Para la recolección de datos de la investigación se procedió de la siguiente manera:

- **Sistema de coordinación con autoridades**

Una vez obtenida la aprobación del presente proyecto por la dirección de la Escuela de Enfermería, se pidió autorización al Jefe del Centro de Salud Francisco Bolognesi- Cayma para realizar la investigación.

- **La validación de instrumento**

El instrumento fue validado a través de juicios de expertos.

- **La confiabilidad de instrumento**

Para la muestra piloto el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.74, es decir el instrumento es confiable debido a que el valor obtenido es mayor a 0.60.

Estadísticos de confiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	36	100,0
Excluidos	0	,0
Total	36	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,740	21

Si se elimina el elemento

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Preg. 1	49,0278	48,713	,314	,703
Preg. 2	49,0278	47,685	,529	,695
Preg. 3	48,9167	49,050	,183	,706
Preg. 4	48,8889	48,502	,263	,703
Preg. 5	48,9722	49,113	,195	,706
Preg. 6	48,8056	46,390	,564	,688
Preg. 7	48,9444	48,797	,237	,704
Preg. 8	48,8889	49,302	,135	,708
Preg. 9	49,0556	49,368	,201	,707
Preg.10	48,6389	49,209	,128	,709
Preg. 11	48,9722	47,513	,487	,695
Preg.12	48,9444	47,883	,396	,698
Preg.13	48,9167	47,450	,451	,695
Preg.14	48,8056	46,733	,511	,690
Preg.15	48,8889	47,130	,487	,693
Preg.16	48,9722	49,113	,195	,706
Preg.17	48,8889	48,044	,337	,699
Preg.18	48,8611	46,809	,523	,690
Preg.19	48,9167	48,021	,354	,699
Preg.20	48,9167	45,964	,708	,683
Suma	25,0833	12,593	1,000	,741

A. Criterios de confiabilidad de valores

- Muy baja si sale 0 a 0.2
- Baja si sale 0.2 a 0.4
- Moderada si sale 0.4 a 0.6
- Buena si sale 0.6 a 0.8
- Alta si sale 0.8 a 1.0

B. Prueba manual de alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{Si^2}{St^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{20}{20 - 1} \left[1 - \frac{3.733}{12.593} \right]$$

$$\alpha = 1.052 (0.704)$$

$$\alpha = 0.740$$

Donde:

K: Numero de ítems

Si²: Suma de la Varianza de cada ítem

St²: Varianza total

- **El sistema de recolección de datos**

Se procedió a la recolección de datos entrevistando a cada uno de los Adultos Mayores o al acompañante cuando existía la limitación del idioma, que asisten al centro de Salud Francisco Bolognesi – Cayma

- **Procesamiento de la información**

Una vez obtenida la información y vaciado el instrumento al software SPSS, se procedió a analizar la información considerando la hipótesis, objetivo general, objetivos específicos y operacionalización de la variable

- **Presentación de resultados**

Una vez obtenido los datos se realizó la base de datos y el análisis estadístico de los mismos

- **Formulación de conclusiones, sugerencias y propuestas**

Finalmente se planteó las debidas conclusiones y sugerencias de acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

Tabla N°1

Distribución por grupos etáreos de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi Cayma, Arequipa 2015

Grupo etáreo	Fi	%
De 60 a 69 años	74	20,1
De 70 a 79 años	147	39,94
De 80 a 89 años	129	35,05
De 90 a + años	18	4,89
Total	368	100.0

Fuente: Elaboración propia 2015

Se observa que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de 70 a 79 años de edad con un 39,94%, seguido de un 35,05% con 80 a 89 años, y en menores porcentajes se encuentra en las edades de 60 a 69 años con un 20,10% y de 90 a mas años con un 4,89%.

Tabla N°2

Distribución por género de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma, Arequipa 2015

Género	Fi	%
Masculino	175	47,55
Femenino	193	52,44
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia 2015

Se observa que la distribución de género, el mayor porcentaje lo tiene el género femenino con 52,44%; y del género masculino con un 47,55%.

Tabla N°3

Distribución por el grado de instrucción de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015

Grado de instrucción	Fi	%
Sin instrucción	220	59,78
Primaria	127	34,51
Secundaria	19	5,16
Superior	2	0,54
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia 2015

Encontramos que según el grado de instrucción de los adultos mayores investigados, el mayor porcentaje no tienen instrucción en un 59,78%, un 34,51% tienen educación primaria, un 5,16% tiene secundaria y 0,54% tiene educación superior.

Tabla N°4

Distribución por estado civil de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015

Estado civil	Fi	%
Soltero	17	4,61
Casado	276	75,0
Viudo	53	14,4
Separado	17	4,61
Conviviente	5	1,35
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia 2015

Se observa en relación al estado civil, el mayor porcentaje son casados en 75,0%, 14,40% son viudos, 4,61% son separados, con mismo porcentaje son solteros y 1,35% que son convivientes.

Tabla N°5

Distribución por ocupación de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma 2015

Ocupación	Fi	%
Su casa	158	42,93
Independiente	16	4,34
Jubilado	17	4,61
Comerciante	18	4,89
No realiza	159	43,2
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores investigados no tiene ocupación en 43,20%, se desempeñan como ama de casa en 42,93%, 4,61% son jubilados y un 4,34% son independientes.

Tabla N°6

Nivel de conocimiento del autocuidado con respecto a la alimentación en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	202	54,89
Regular	97	26,35
Malo	69	18,75
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento acerca del autocuidado sobre la alimentación es bueno en 54,89%, para el 26,35% es regular y en 18,75% es malo.

Tabla N°7

Nivel de conocimiento con respecto al autocuidado en el estado emocional de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	192	52,17
Regular	98	26,63
Malo	78	21,19
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento acerca del estado emocional es bueno en un 52,17%, en el 26,63% es regular y en un 21,19% es malo.

Tabla N°8

Nivel de conocimiento del autocuidado con respecto a la higiene de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	233	63,31
Regular	101	27,44
Malo	34	9,23
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento con respecto al autocuidado sobre la higiene es bueno en un 63,31%, en el 27,44% es regular y en 9,23% es malo.

Tabla N°9

Nivel de conocimiento del autocuidado con respecto a la recreación de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma 2015

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	168	45,65
Regular	125	33,96
Malo	75	20,38
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento acerca del autocuidado sobre la recreación es bueno en 45,65%, en el 33,96% es regular y en 20,38% es malo.

Tabla N°10

Nivel de conocimiento del autocuidado con respecto a la vestimenta de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015.

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	250	67,93
Regular	77	20,92
Malo	41	11,14
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento acerca del autocuidado sobre la vestimenta es bueno en el 67,93%, en el 20,92% es regular y en 11,14% es malo

Tabla N°11

Nivel de conocimiento del autocuidado con respecto a la vivienda de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma Arequipa 2015

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	180	48,91
Regular	101	27,44
Malo	87	23,64
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento acerca del autocuidado en la vivienda es bueno en 48,91%, en el 27,44% es regular y en 23,64% es malo.

Tabla N°12

Nivel de conocimiento del autocuidado en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Francisco Bolognesi, Cayma 2015

Nivel de conocimiento	Fi	%
Bueno	204	55,43
Regular	99	26,9
Malo	65	17,66
Total	368	100,0

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

Se observa que el nivel de conocimiento acerca del autocuidado a nivel general es bueno en 55,43%, en el 26,90% es regular y en 17,66 es malo

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la tabla N°1, de los adultos mayores entrevistados, el mayor porcentaje son las edades de 70 a 79 años. Similar resultado muestra Manrique en sus estudios; donde muestra que el mayor porcentaje de edades están entre 71 a 80 años. A diferencia de Garcilazo (2014) quien obtuvo que en el 52,7% son las edades de 60 a 70 años.

En la tabla N°2, muestran que 52% de los adultos mayores son de sexo femenino, son iguales a los resultados de Manrique, que en su estudio predomina el sexo femenino (52%) y de Garcilazo que en un alto porcentaje 82,4% son de sexo femenino. A diferencia de Millán donde los estudios que realizó 50,5% son de sexo masculino

En la tabla N°3, en un alto porcentaje los adultos mayores no tienen ninguna instrucción. A diferencia son los estudios de Garcilazo y Manrique donde obtuvieron que los adultos mayores tienen una educación primaria

En la tabla N°4, los adultos mayores en un alto porcentaje son casados; estos resultados son parecidos con los del Instituto Nacional de Estadísticas, de los resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar, el 60,2% de la población adulta mayor era casada/casado/conviviente

En la tabla N°5, la población investigada no realizan ninguna ocupación (43,20%), seguida con una mínima diferencia los adultos mayores que se dedican a su casa (42,93%), ya que por diferentes motivos, ya sea por enfermedades o por la misma edad, ya no pueden realizar sus actividades laborales.

En la tabla N°6, el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre su autocuidado en relación a su alimentación es bueno, este dato se obtuvo con la intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario. Según Manrique Lo que se refiere al cuidado nutricional, se observa que el 70% (44) adultos mayores conocen los cuidados nutricionales. Los aspectos que conocen son la frecuencia con la que se deben consumir el agua, así como determinados alimentos. Este aspecto es importante para el adulto mayor, puesto que cada anciano asume y acepta previamente su estado y su edad, es por eso que toman mucho interés en saber cómo cuidarse ellos mismos

En la tabla N°7, los adultos mayores tienen un buen conocimiento sobre su autocuidado con respecto a su estado emocional, este dato se obtuvo con la intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario. Según Maldonado, en los adultos mayores investigados las relaciones interpersonales a nivel familiar se dan siempre y a veces en las tres cuartas partes; dando y recibiendo afecto, cariño, comprensión, respeto a través de un dialogo continuo y sostenido

En la tabla N° 8, la población investigada obtuvo un buen conocimiento de autocuidado con respecto a la higiene, este dato se obtuvo con la

intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario. A diferencia de Manrique, el adulto mayor mostró mayor deficiencia, fueron en los conocimientos sobre el cuidado de la piel y anexos, donde el 48% manifestaron desconocer, muchos adultos mayores saben que teniendo un buen autocuidado de su higiene pueden prevenir enfermedades.

En la tabla N° 9, el conocimiento de los adultos mayores sobre su autocuidado con respecto a la recreación es buena, este dato se obtuvo con la intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario. Según Manrique, respecto a las relaciones sociales, un 76% de adultos mayores conoce sobre la importancia de participar en grupos y/o asociaciones. Maldonado, según su investigación en relación a las actividades recreativas, más de la mitad de los adultos mayores realiza actividades recreativas, predominando el cine, la televisión, radio, manualidades y paseos

En la tabla N° 10, el nivel de conocimiento del autocuidado con respecto a la vestimenta de los adultos mayores es bueno, este dato se obtuvo con la intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario. Según la teoría, el tener un buen conocimiento constituye un eslabón muy importante en el camino hacia la autosuficiencia.

En la tabla N° 11, mostraron que el nivel de conocimiento de autocuidado en la vivienda de los adultos mayores es buena, este dato se obtuvo con la intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario, una vivienda adecuada para el adulto mayor ayuda a prevenir caídas; que pueden ocasionar que el adulto mayor no tengan un buen autocuidado

En la tabla N°12, mostraron el nivel de conocimiento de autocuidado del adulto mayor es bueno, este dato se obtuvo con la intervención del acompañante en la aplicación del cuestionario. Estos datos difieren con los Millán, que obtuvo como resultado que un 50,5% no se cuida

adecuadamente, también difieren con los resultados encontrados de Gonzales, donde los resultados obtenidos fueron que en un 53,4% tienen un conocimiento regular

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Las características demográficas de los adultos mayores investigados son: edad promedio de 75 años predomina el sexo femenino; la mayoría sin instrucción y sin ocupación; la mayoría son casados.
- SEGUNDA:** El conocimiento sobre autocuidado con respecto a la alimentación del adulto mayor es bueno (54,89%). A pesar de esto un alto porcentaje (45,1%) es regular y malo.
- TERCERA:** El conocimiento sobre el autocuidado con respecto al estado emocional del adulto mayor es bueno (52,17%). A pesar de esto un alto porcentaje (47,82%) es regular y malo.
- CUARTA:** El conocimiento sobre el autocuidado con respecto al estado de higiene del adulto mayor es bueno (63,21%). A pesar de esto un alto porcentaje (36,67%) es regular y malo.
- QUINTA:** El conocimiento sobre autocuidado con respecto a la recreación del adulto mayor es bueno, (45,65%). A pesar de esto un alto porcentaje (54,34%) es regular y malo.
- SEXTA:** El conocimiento sobre el autocuidado con respecto a la vestimenta del adulto mayor es bueno (67,93%). A pesar de esto un alto porcentaje (32,06%) es regular y malo.

SÉPTIMA: El conocimiento sobre autocuidado con respecto a la vivienda del adulto mayor es bueno, (48,91%). A pesar de esto un alto porcentaje (51,08%) es regular y malo.

OCTAVA: Los adultos mayores investigados que asistan al Centro de Salud Francisco Bolognesi en su mayoría presentan un conocimiento bueno (55,43%). A pesar de esto un alto porcentaje (44,56%) tiene un conocimiento regular y malo en relación a su autocuidado.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se sugiere a las egresadas de enfermería considerar como línea de investigación, la problemática del adulto mayor en relación al conocimiento de autocuidado.
- 2.- Se sugiere al personal de enfermería del Centro de Salud Francisco Bolognesi realizar sesiones educativas para fortalecer los conocimientos que tienen los adultos mayores sobre su alimentación.
- 3.- Se sugiere al personal de enfermería del Centro de Salud Francisco Bolognesi reforzar los talleres sobre autoestima, para afianzar sus conocimientos y así tener una mejor práctica de autocuidado.
- 4.- Al personal de enfermería del Centro de Salud Francisco Bolognesi, se sugiere incrementar el conocimiento sobre autocuidado en relación a su higiene con la elaboración y distribución de trípticos informativos y charlas educativas.
- 5.- Al personal de enfermería del Centro de Salud Francisco Bolognesi se recomienda continuar con la realización del club del adulto mayor para así poder reforzar los conocimientos acerca del autocuidado.
- 6.- Al personal de enfermería del Centro de Salud Francisco Bolognesi se recomienda fortalecer los programas dirigidos al autocuidado como factor protector en la salud del adulto mayor.
- 7.- A las enfermeras asistenciales que pertenecen al área de estudio del Centro de Salud Francisco Bolognesi, tomar en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio con la finalidad de mejorar los cuidados del adulto mayor en el primer nivel de atención con participación de la familia.

8.- A las egresadas de enfermería considerar investigaciones futuras sobre el autocuidado del adulto mayor, así como la posible influencia de clubes del adulto mayor en el conocimiento del autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI; Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012.
Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
2. GARCILAZO, M. “Capacidad de Autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria, en un Centro de salud de San Juan de Miraflores 2014
3. INEI; Estimaciones y Proyecciones Estadísticas de PAM, 2015;
Disponible en:
<http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Arequipa2.html>
4. OMS; Envejecimiento y ciclo de la vida, 2013. Disponible en:
<http://www.who.int/ageing/about/facts/es>
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS — Vol. 1; Año (2013); Encuesta Nacional de Hogares octubre-noviembre diciembre 2013: Resultados Generales / E-59-i --.-- San José, C.R.: INEC, 2013— v.: il. ; 26 cm.
6. LLONTOP, S. Teoría enfermera del déficit de autocuidado, Chiclayo Perú, 2012. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/oscarlopezregalado/teora-enfermera-del-dficit-de-autocuidado>
7. GARCILAZO M. “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores Lima 2014”
8. Equipo de docentes y estudiantes de la Asignatura de Enfermería en Salud del Adulto y Anciano II – Ciclo Académico 2010 – I de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; Promoviendo la práctica de actividades recreativas en los adultos mayores”; Lambayeque, Noviembre de 2010
9. ARCE, J. Estrella del conocimiento – 1era Ed. Gral. San Martín – Mendoza – Argentina 2012

10. LARA, R. y MARDONES, M. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillan; Chile 2009. Disponible en <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf>
11. PARRA, S. JIMÉNEZ, T. y CÓRDOBA, Y. Proyecto de Grado Fortalecimiento del núcleo familiar como una red de apoyo para la persona mayor en la localidad de Usme, Bogotá D.C. (UPZ Alfonso López); Corporación universitaria minuto de Dios Facultad de Ciencias Empresariales Especializadas en Gerencia Social Bogotá, Diciembre de 2014
12. VEGA E. MENÉNDEZ J. PRIETO O. GONZALES E. LEYVA B. CARDOSO N. et. al. Atención al Adulto Mayor. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral Vol. I Salud y Medicina. La Habana: Ecimed; 2001. P.166-194.
13. DE LOS REYES NIETO, L. Calidad del cuidado del adulto mayor en escenarios no institucionalizados; 2015. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/39435597_Calidad_del_cuidado_del_adulto_mayor_en_escenario_no_institucionalizado
14. HERNANDEZ, D. "Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital nacional de amitlatán" Julio 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/185349517/Tesis-Dora-Hernandez#scribd>
15. CUELLAR, "Nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un Centro de Salud de Lima 2014". Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%81lvar ez_re.pdf
16. GARCILAZO, M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014, Lima. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4131/1/Garcilazo_s m.pdf

17. MARRINER, A. RAILE M. Modelos y teorías en enfermería; Versión en español de la 6ta Edición, Elsevier España S. A. 2007
18. ONIEVA, C. Marco Conceptual de la enfermería. Modelo de Dorothea Elisabeth Orem. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/71949577/DOROTHEA-OREM-1#scribd>
19. ANIORTE, N. El origen del conocimiento. Omega. Argentina 2003. P, 3
20. BRICEÑO, I. El conocimiento Disponible en:
<http://ivanadministrador.blogspot.com/>
21. CUEVA, C. Tipos de conocimiento. Disponible en:
<https://qmarqeva.wordpress.com/2008/07/08/los-tipos-de-conocimiento/>
Julio8, 2008
22. INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD SOCIAL, Manual de Autocuidado del Adulto Mayor/. -- 1a. ed. -- Managua: INSS, 2006 36 p.: il.
23. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Fichas prácticas: alimentación saludable para personas mayores - 2006
24. CONSTELA, B. MUELAS, B. ORTIZ, G. Nutrición, Madrid consejos y noticias sobre hábitos saludables 2013. Disponible en:
<https://nutricionmadrid.wordpress.com/2013/01/>
25. SERNAC. Nutrición y cuidados del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentación saludable. Disponible en : <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>
26. Nutrición y cuidados del Adulto ; Una buena alimentación en el Adulto Mayor es sinónimo de una vida saludable Disponible en:
http://www.institutodelenvejecimiento.cl/PDF/ACTIVOS/alimentacion/Nutricion_y_Cuidados_del_Adulto_Mayor_2005.pdf
27. YANKOVIC, B. Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional 2011. Disponible en:
http://www.educativo.utralca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf
28. Nutrición y cuidados del adulto mayor. Disponible en:

- http://www.institutodelenvejecimiento.cl/PDF/ACTIVOS/alimentacion/Nutricion_y_Cuidados_del_Adulto_Mayor_2005.pdf
29. DUARTE, J. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada. Disponible en:
http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf
30. ORTIZ, J. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su rol y la autoeficacia. Contribución a la enfermería. Cienc. enfermería. *Versión On-line* ISSN 0717-9553 v.15 n.1 Concepción abr. 2009. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>
31. ESPINOZA, L. y ORDOÑEZ, Y. 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
32. TINAJERO, C. Depresión en el Adulto Mayor. Disponible en:
<http://psicologiaypsicodiagnostico.blogspot.pe/2010/07/depresion-en-el-adulto-mayor.html>
33. FERRER, J. Definición de Higiene. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/salud/higiene.php>
34. Guía de práctica clínica; Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención; Actualización 2011
35. MAYORA, H. Recreación. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos88/que-es-recreacion/que-es-recreacion.shtml>
36. INSTITUTO GENTE NATURAL. Higiene del adulto mayor. Disponible en: <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/higiene.html>
37. Vestimenta como lenguaje disponible en:
http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyctograduacion/archivos/2409.pdf

38. Ropa adecuada para el adulto mayor. Disponible en:
<http://vidaabuelo.com/blog/ropa-adecuada-para-el-adulto-mayor-parte-1-2/>
39. GONZALES, L. Recreación en el adulto mayor. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos81/recreacion-adulto-mayor/recreacion-adulto-mayor2.shtml>
40. NARANJO, J. El problema de la ropa. Disponible en:
<http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/ropa.html>
41. MARTINEZ, L. Prendas adecuadas para personas adultas mayores. Disponible en: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/prendas-adecuadas-para-personas-adultas-mayores>
42. Ropa adecuada para el adulto mayor. Parte 2. Disponible en:
<http://vidaabuelo.com/blog/ropa-adecuada-para-el-adulto-mayor-parte-2/>
43. PEÑA, M. “Vivienda Saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe” Representante OPS/OMS en el Perú 2005 Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/6875101/Vivienda-Saludable#scribd>
44. NARANJO, J. El problema de la ropa. Disponible en:
<http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/ropa.html>
45. CANO, D. Logra un ambiente sano para la y el adulto mayor. Disponible en: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/logra-un-ambiente-sano-para-la-y-el-adulto-mayor>
46. ARACELLY. Psicología del adulto mayor. Disponible en:
<http://psadultomayor.blogspot.pe/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>
47. ESPINOSA L. ORDOÑES, R. 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, pág. 21- 22
48. NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-

- V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006.
49. GAMARRA, M. Cambios Fisiologicos del envejecimiento Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.14 N° 1
 50. CASTANEDO, C. SARABIA, C. Cambios físicos asociados al proceso de envejecimiento Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-2.-cambios-fisicos-asociados-al-proceso-de>
 51. GAC, H. Programa de Geriátría y Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 29, No 1-2, 2000
 52. GARCÍA, C. HERRERA, A. Geriátría/ Cambios anatómicos y Fisiológicos asociados al envejecimiento. Disponible en: https://www.clinicalascondes.com/especialidades/geriatria/cambios_en_la_vejez.html
 53. COBO, J. Cambios físicos y psíquicos en la vejez disponible en: <http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema271.pdf>
 54. GAC, H. Programa de Geriátría y Gerontología , Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 29, No 1-2, 2000
 55. CABALLERO, J. Aspectos Generales del Envejecimiento normal y patológico: fisiología y Fisiopatología y Fisiopatología. Centro de Salud Deusto-Arangoiti. Osakidetza (Bilbao)
 56. MARTINEZ, L. Cambios estructurales y funcionales del envejecimiento fisiológico. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf
 57. LICONA, G. Enfermería Geriátrica Cambios en el envejecimiento. Disponible en: <http://adulto-mayorcito.blogspot.com/2013/03/cambios-en-el-envejecimiento.html>
 58. GAMARRA, M. Cambios fisiológicos del envejecimiento; Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.14 N° 1 – 2001

59. BRIZZOLARA, A. Cambios fisiológicos de la tercera edad disponible en:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1110>
60. ANZOLA, E. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 31 ; Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1993
61. DE LA PEÑA, A. Cambios en el sistema nervioso con la edad. Disponible en: <http://cambiosensnconedad.blogspot.pe/>
62. QUERALT, M. Cambios biológicos en personas mayores. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/sistema-nervioso-ancianos.shtml>
63. CORUJO, E. GUZMAN, D. HERNANDEZ Tratado de Geriatria para residentes. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano; Pág. 57
64. LAGARDE, M. “Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción” en SARE “Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado”, Emakunde
65. SIS. Estadísticas globales por grupo etáreo, según conceptos. Disponible en:
<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/resumen/resumen.htm>
66. LIMON, R. Características psicosociales de la tercera edad. Disponible en :
<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/30125/1/Caracter%C3%ADsticas%20psico-sociales%20de%20la%20tercera%20edad.pdf>
67. ANDRADE, M. Definición de centro de salud. Definición ABC. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
68. ZETINA, W. Fundamentos teóricos de la investigación Guatemala, Agosto 1996
69. MARRINER A. RAILE M. Modelos y teorías en enfermería; Versión en español de la 6ta Edición, Elsevier España S. A. 2007
70. MARRINER, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Quinta edición. Editorial ELSEVIER-MOSBY. España.

71. BEHAR, D. Metodología de la investigación; Edición: A. Rubeira Diseño:
M. Sanabria ISBN 978-959-212-783-7

ANEXOS



Cuestionario

Presentación

Estimado Sr. (a): Buenas días, mi nombre es Araseli Lazo Corzo, soy estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo saber cuánto conoce sobre su autocuidado; por lo que solicito su participación, a través de su respuesta valiosa e importante, expresándoles que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

I.-Datos generales

1. ¿Cuántos años tiene? _____
2. Sexo: a. () F b. () M
3. ¿Qué grado de instrucción tiene?
 - a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior
3. Esta civil
 - a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Separado e) Conviviente
4. Ocupación
 - a) Su casa b) Independiente c) Jubilado d) Comerciante
 - e) no realiza ninguna ocupación

I.- Autocuidado	SI	NO
1.- Cree Ud. que es importante cuidarse uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.- Alimentación		
2.- Cree Ud. que es saludable consumir entre 2 a 4 vasos de agua al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Considera saludable consumir 3 unidades de frutas diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- Cree Ud. que debe consumir carnes rojas una vez a la semana		
5.- Considera saludable consumir a diario leche, yogurt, queso		
b.- Estado emocional		
6.- Cree Ud. que es normal que por ser Adulto Mayor lo puedan maltratar o dejar de lado		
7.- Considera saludable mantener comunicación con familiares, amigos y vecinos		
c.- Higiene		
8.- Es necesario bañarse dos a tres veces por semana		
9.- La buena higiene y limpieza previene enfermedades y mejora la salud		
10.- El corte correcto de las uñas de los pies debe ser recto		
11.- Después del baño debe secarse con cuidado especialmente los pliegues del cuerpo		
d.- Recreación		
12.- Cree que es importante para la salud participar en actividades de grupos sociales		
13.- Considera que realizar manualidades es una forma de mantenerse activo y productivo		
e.- Vestimenta		
14.- La mejor forma de vestirse es en forma lenta y estando sentado		
15.- Es preferible usar ropa holgada		
16.- Considera saludable usar zapatos planos y con suela antideslizante		
17.- Un buen calzado es beneficioso para su salud		
f.- Vivienda		
18.- Es conveniente instalar un interruptor de luz a lado de la puerta		
19.- Es necesario que los baños tengan barandas y agarradores		
20.- Se requiere una buena iluminación en la cocina, dormitorio y comedor		

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TITULO: “CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI CAYMA, AREQUIPA 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	APOORTE CIENTÍFICO
<p>CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA:</p> <p>¿Qué? Conocimiento sobre autocuidado del Adulto Mayor</p> <p>¿Cómo? El Centro de Salud Francisco Bolognesi asisten Adultos Mayores que en su gran mayoría se les observa una falta de autouidado en cuanto a su salud</p> <p>¿Cuándo? Desde Agosto del 2015 hasta Febrero del 2016</p> <p>¿Dónde? En el Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma</p>	<p>Objetivos</p> <p>General</p> <p>Determinar los conocimientos sobre autocuidado del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015</p> <p>Específicos</p> <p>Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015</p> <p>Identificar los conocimientos sobre el autocuidado en la alimentación que tiene el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p> <p>Identificar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado emocional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p> <p>Determinar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado de higiene del adulto mayor que asiste al</p>	<p>Enfoques anteriores</p> <p>MILLAN, I. (2010) "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad" ciudad de la Habana</p> <p>HERNANDEZ, D. y FLORENCIA, D. (2011) "Conocimientos, Actitudes y Practicas de Autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital Nacional de Amatitlan" Guatemala</p> <p>MANRIQUE, D. (2014) "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"</p> <p>GONZALES, A. (2013) "Conocimiento y prácticas de autocuidado de adulto mayor que acude al Centro de Salud Carmen Alto " Ayacucho</p> <p>GARCILAZO, M. (2014) "Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el</p>

<p>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>PRINCIPAL</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre autocuidado que tiene el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado en la alimentación que tiene el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado emocional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto al estado de higiene del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la recreación del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre el</p>	<p>Centro de Salud Francisco Bolognesi</p> <p>Evaluar los conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la recreación del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado con respecto a la vestimenta del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p> <p>Evaluar los conocimientos con respecto al autocuidado en la vivienda del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p>	<p>Centro de Salud de San Juan de Miraflores". Lima</p> <p>MALDONADO, M. (2010) "Practica del autocuidado de la salud en los Adultos Mayores del distrito Nicolás de Piérola de San Gregorio Camana-Arequipa 2010 "</p> <p>Enfoque propuesto</p> <p>El conocimiento sobre el autocuidado en el Adulto Mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p>
---	---	--

<p>autocuidado con respecto a la vestimenta del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos con respecto al autocuidado en la vivienda del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Francisco Bolognesi - Cayma Arequipa 2015?</p>		
<p>VARIABLES E INDICADORES</p>	<p>BASE TEÓRICA</p>	<p>HIPÓTESIS</p>
<p>Variable:</p> <p>Conocimiento sobre Autocuidado del Adulto Mayor</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentación ➤ Estado emocional ➤ Higiene ➤ Recreación ➤ Vestimenta ➤ Vivienda 	<p>1. Teorías de enfermería de Dorothea Orem</p> <p>Dorothea Orem: concepto, teorías.</p> <p>Esta teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí misma, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar</p> <p>Teoría del déficit de autocuidado:</p> <p>En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.</p> <p>Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera</p> <p>2. Conocimiento</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Los conocimientos sobre autocuidado que tienen los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi son regulares</p>

	<p>2.1 Tipos de conocimiento</p> <p>3. Autocuidado</p> <p>3.1 Alimentación 3.2 .Estado emocional 3.3. Higiene 3.4. Recreación 3.5 Vestimenta 3.6 Vivienda</p> <p>4. Adulto Mayor</p> <p>4.1. Cambios fisiológicos del adulto mayor</p> <p>a) Cambios generales b) Piel y faneras c) Oído y audición d) Ojo y visión e) Aparato digestivo f) Aparato respiratorio g) Sistema cardiovascular h) Sistema nervioso</p>	
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE(S)	MÉTODO OPERACIONAL
<p>TIPO y DISEÑO</p> <p>Para el estudio; el tipo de investigación fue descriptivo con un enfoque cuantitativo y de corte transversal Según la temporalidad fue Retrospectivo Según el número de variables fue Univariable Según el grupo de estudio fue un Estudio de Campo</p> <p>La investigación es Descriptivo porque describe,</p>	<p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>La Encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>El cuestionario.</p>	<p>ÁMBITO DE ESTUDIO:</p> <p>-Ubicación espacial</p> <p>La población en estudio estuvo constituida por las personas de la tercera edad que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el periodo de Septiembre a Noviembre de 2015</p> <p>-Ubicación temporal</p> <p>La investigación se desarrolló entre los meses de Agosto del 2015 a Febrero del 2016</p>

<p>especifica las características importantes de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p>		<p>UNIDAD DE ESTUDIO</p> <p>- La unidad de estudio son los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Cayma - Arequipa</p> <p>-Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Toda persona varón o mujer de 60 años o más autovalente que acuda al Centro de Salud Francisco Bolognesi• Adulto mayor que vive en ambiente familiar.• Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación. <p>-Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adultos mayores que se niegan a participar en el trabajo de investigación.• Adultos mayores que tienen un cuidador exclusivo.• Adultos mayores con problemas agudos de salud. <p>POBLACIÓN: 368 adultos mayores.</p> <p>MUESTRA : La muestra fue no probabilística censal porque incluye a todos los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi</p>
---	--	--

