



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

**“PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO ICA,
MARZO-MAYO
2018”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR:
HERNÁNDEZ ESPINOZA CARLOS ALBERTO JOSÉ**

ICA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A mis padres Carlos Enrique Hernández Morón y Miriam Espinoza de Hernández por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, jamás se rindieron y apostaron por mí.

A mi mamita Astiela que desde el cielo me cuida y bendice, jamás olvidaré tus palabras y tu amor.

AGRADECIMIENTO

A Dios infinitamente, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor

A mi padre, que siempre lo he sentido presente en mi vida y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Finalmente, a Christel y Hilary, por ser un motivo importante en mi vida para seguir mis sueños.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptiva, prospectiva. En 58 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión. Instrumento empleado el TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor).

Resultados: El 17.8% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a las actividades físicas, el 42.2% nivel intermedio y el 40% presentan autocuidado adecuado. El 23.8% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a la alimentación, el 47.6% nivel intermedio y el 28.6% presentan autocuidado adecuado. El 15.7% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a la eliminación fisiológica, el 43.1% nivel intermedio y el 41.2% presentan autocuidado adecuado. El 36.5% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación al descanso y sueño, el 32.7% nivel intermedio y el 30.8% presentan autocuidado adecuado. El 18.4% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a higiene y confort, el 36.7% nivel intermedio y el 44.9% presentan autocuidado adecuado. El 26.8% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a medicación, el 48.8% nivel intermedio y el 24.4% presentan autocuidado adecuado. El 20.9% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación al control de su salud el 46.5% nivel intermedio y el 32.6% presentan autocuidado adecuado. El 62.3% de los adultos mayores tienen un autocuidado adecuado en relación al control de su salud el 20.7% nivel intermedio y el 17% presentan autocuidado inadecuado.

Conclusiones: El 22.1% de los adultos mayores tienen un autocuidado adecuado de su salud, el 39.8% nivel intermedio y el 38.1% presentan autocuidado inadecuado.

Palabras clave: Percepción, autocuidado, adulto mayor

ABSTRACT

Objective: To determine the perception of self-care of the elderly in the village of San Rafael - district of Pueblo Nuevo - Ica March-May 2018.

Material and methods: Observational, transversal, descriptive, prospective study. In 58 older adults who met the inclusion criteria. Instrument used CYPAC-AM TEST (Capacity and perception of self-care of the elderly).

Results: 17.8% of older adults have inadequate self-care in relation to physical activities, 42.2% intermediate level and 40% have adequate self-care. 23.8% of older adults have inadequate self-care in relation to food, 47.6% intermediate level and 28.6% have adequate self-care. 15.7% of older adults have inadequate self-care in relation to physiological elimination, 43.1% intermediate level and 41.2% have adequate self-care. 36.5% of older adults have inadequate self-care in relation to rest and sleep, 32.7% intermediate level and 30.8% have adequate self-care. 18.4% of older adults have inadequate self-care in relation to hygiene and comfort, 36.7% intermediate level and 44.9% have adequate self-care. 26.8% of older adults have inadequate self-care in relation to medication, 48.8% intermediate level and 24.4% present adequate self-care. 20.9% of older adults have inadequate self-care in relation to their health control, 46.5% intermediate level and 32.6% have adequate self-care. 62.3% of older adults have adequate self-care in relation to their health control, 20.7% intermediate level and 17% have inadequate self-care.

Conclusions: 22.1% of older adults have adequate self-care of their health, 39.8% intermediate level and 38.1% have inadequate self-care.

Key words: Perception, self-care, elderly

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRA DECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	16
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Objetivos de la investigación	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2. Objetivo específico	19
1.4. Justificación del estudio	20
1.5. Limitaciones de la investigación	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	21
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de términos	37
2.4. Hipótesis	39

2.4.1. Hipótesis general	39
2.5. Variables	39
2.5.1. Definición conceptual de la variable	39
2.5.2. Definición operacional de la variable	40
2.5.3. Operacionalización de la variable	41
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	42
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	42
3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	43
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	43
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	45
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	76
-Matriz de consistencia	77
-Instrumento	79
-Consentimiento informado	82

ÍNDICE DE TABLAS

N°		Pág.
1	ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	46
2	ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	47
3	ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	48
4	ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	49
5	ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDAD CONCOMITANTE EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	50
6	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN FÍSICA.	51
7	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA ACTIVIDAD FÍSICA.	52
8	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN.	53
9	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA ALIMENTACIÓN.	54
10	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO MAYO 2018 LIMITACIÓN PARA ELIMINACIÓN FISIOLÓGICA.	55
11	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–	56

ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA ELIMINACIÓN FISIOLÓGICA.

- | | | |
|-----------|--|-----------|
| 12 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO AL DESCANSO Y SUEÑO. | 57 |
| 13 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO AL DESCANSO Y SUEÑO. | 58 |
| 14 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN HIGIENE Y CONFORT. | 59 |
| 15 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A HIGIENE Y CONFORT. | 60 |
| 16 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN LA MEDICACIÓN. | 61 |
| 17 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA MEDICACIÓN. | 62 |
| 18 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN EL CONTROL DE LA SALUD. | 63 |
| 19 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO AL CONTROL DE LA SALUD. | 64 |
| 20 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 NO LIMITACIÓN PARA HÁBITOS NOCIVOS. | 65 |

21	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A HÁBITOS NOCIVOS.	66
22	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018.	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°		Pág.
1	ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	32
2	ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	33
3	ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	34
4	ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	35
5	ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDAD CONCOMITANTE EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.	36
6	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN FÍSICA.	37
7	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA ACTIVIDAD FÍSICA.	38
8	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN.	39
9	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA ALIMENTACIÓN.	40
10	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–ICA MARZO MAYO 2018 LIMITACIÓN PARA ELIMINACIÓN FISIOLÓGICA.	41
11	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–	42

ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA ELIMINACIÓN FISIOLÓGICA.

- | | | |
|-----------|--|-----------|
| 12 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO AL DESCANSO Y SUEÑO. | 43 |
| 13 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO AL DESCANSO Y SUEÑO. | 44 |
| 14 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN HIGIENE Y CONFORT. | 45 |
| 15 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A HIGIENE Y CONFORT. | 46 |
| 16 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN LA MEDICACIÓN. | 47 |
| 17 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A LA MEDICACIÓN. | 48 |
| 18 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN EL CONTROL DE LA SALUD. | 49 |
| 19 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO AL CONTROL DE LA SALUD. | 50 |
| 20 | PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 NO LIMITACIÓN PARA HáBITOS NOCIVOS. | 51 |

21	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO A HÁBITOS NOCIVOS.	52
22	PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO– ICA MARZO-MAYO 2018.	53

INTRODUCCIÓN

El estado de salud del adulto mayor suele ser reflejo o resultado de las medidas o hábitos saludables que se han tomado durante el transcurso de la vida. En esta etapa del ciclo vital, el proceso de envejecimiento es clave como proceso natural que genera una serie de cambios estructurales y funcionales, los cuales influyen en el estado físico, psicológico, social y a su vez incide en la capacidad de autocuidado.

Varias teorías sugieren que deben fomentarse estrategias para incrementar el dominio de hábitos y habilidades para el autocuidado como una de las herramientas para desarrollar una longevidad saludable en países en pleno estado de transición demográfica. Crear capacidades para cuidar de uno mismo de acuerdo a cada condición física, mental, social, económica o el nivel cultural, podría reducir significativamente la incidencia de enfermedades en la tercera edad o las complicaciones de las ya presentes en cada persona, con su correspondiente impacto en los sistemas productivos y la calidad de vida.(1)

La capacidad de autocuidado, conceptualizada como el conjunto de habilidades y destrezas para realizar actividades necesarias que le permitan vivir saludablemente, ha sido ampliamente estudiada, aunque fundamentalmente en condiciones mórbidas y de alto riesgo para la salud.

Conocer y medir la capacidad de autocuidado de los adultos mayores, permite proponer el diseño de programas enfocados al fortalecimiento de sus capacidades, en dicho aspecto el uso de su autonomía y la realización de las actividades de su vida cotidiana.

Se diseña esta investigación en cinco capítulos según el esquema de la Universidad Alas Peruanas. El primer capítulo trata sobre la problemática de la investigación a nivel mundial y local, se traza los problemas a resolver, los objetivos a cumplir y los argumentos que justifican la investigación. El capítulo II trata sobre el marco teórico que sustenta la investigación desde la revisión de la bibliografía relacionada con el tema, así como las teorías de la investigación con la definición de los principales términos utilizados en la investigación. Además, en este capítulo se menciona las variables y su operacionalización. En el capítulo III se muestra el diseño metodológico a utilizar en la investigación, así como la

población, muestra, técnicas e instrumentos de medición de las variables, además de manifestar los aspectos éticos del manejo responsable de datos. En el capítulo IV se presenta los resultados y en el capítulo V la discusión, seguido de las conclusiones recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Dentro del fenómeno del envejecimiento poblacional se está produciendo el “envejecimiento del envejecimiento”. Es así como actualmente a nivel mundial, las personas mayores de 80 años constituyen el 14 % de la población de 60 años y más. Así en el 2050, un 20% de la población mayor, tendrá 80 años y más. El número de personas mayores de cien años, está creciendo muy rápido y se proyecta que en el 2050 aumentará nueve veces, de 451.000 en 2009 a 4.1 millones en 2050. (2)

Perú, país en vías de desarrollo, no está exento de este proceso; los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2013, revela

que la población mayor 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%.(3)

Si bien es cierto que con el incremento de la edad se pueden ir perdiendo algunas funciones orgánicas y cognitivas, un adulto mayor capacitado para identificar sus limitaciones, habilidades y destrezas físicas, mentales-emocionales, su utilidad social y familiar, permite el mantenimiento consciente de su salud a través de actividades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de sus enfermedades y factores de riesgo.

Las investigaciones realizadas en diversos países indican una estrecha relación entre las acciones de autocuidado de los adultos mayores y su calidad de vida. Contrariamente a esto, el déficit en actividades de este tipo supera el 50 % en este grupo etáreo, en unos casos por un pobre conocimiento al respecto y en otros por no tener definidos e identificadas sus limitaciones y potencialidades.(3)

En el “Caserío de San Rafael” del distrito de Pueblo Nuevo se encuentra adultos mayores que por su condición etáreo son poco atendidos desde el punto de vista profesional por lo que es necesario conocer su percepción de autocuidado como medio de vivir en condiciones favorables y poder favorecerlos según sus deficiencias desde una perspectiva profesional, pues el cuidado de su salud radica en gran medida en ellos mismos siendo los profesionales de enfermería los indicados a orientar sobre formas de vida saludable y preventiva a exposiciones que ponen en peligro sus vidas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE1: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la actividad física?

PE2: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la alimentación?

PE3: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo mayo 2018 relacionado a la eliminación fisiológica?

PE4: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado al descanso y sueño?

PE5: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a higiene y confort?

PE6: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la medicación?

PE7: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado al control de salud?

PE8: ¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a hábitos nocivos?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Precisar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la actividad física.

OE2: Evaluar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la alimentación.

OE3: Indicar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la eliminación fisiológica.

OE4: Indicar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado al descanso y sueño.

OE5: Investigar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a higiene y confort.

OE6: Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a la medicación.

OE7: Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado al control de salud.

OE8: Precisar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018 relacionado a hábitos nocivos.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La persona de acuerdo a sus capacidades físico-intelectuales resulta un eslabón importante dentro de cada familia. De esta forma, desde un niño a un adulto mayor, todos pueden tener funciones más o menos complejas en su núcleo familiar. Por ello es importante tener bien identificadas las potencialidades de cada miembro y sus capacidades para preservar su salud mediante acciones de cuidado personal.

Relevancia práctica.- La información aportada por la presente investigación no solo resultará una novedad científica para la zona, sino que además aporta información vital que permitirá a futuro prevenir enfermedades o exposiciones que ponen en riesgo la vida del adulto mayor como es una mala medicación o exposición a hábitos nocivos, todo ello fundamentada en sus necesidades conocidas directamente de los involucrados como una forma de tener información basada en la realidad.

Relevancia metodológica.- Los resultados de la investigación servirán como punto de partida para otras investigaciones en el área que permitan diseñar estrategias nacionales de intervención educativa y promoción de salud para las personas de la tercera edad y sus familiares según su desempeño social y familiar.

Relevancia social.- Por lo expuesto anteriormente, los resultados obtenidos contribuirán a esclarecer este problema social y para que desde el punto de vista sanitario las autoridades estatales y de salud apoyen a este grupo etáreo con medidas que promuevan el autocuidado como una forma de reducir la incidencia y las complicaciones de enfermedades propias de la tercera edad.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación requirió acudir al domicilio de los pacientes y generaría cierta desconfianza que por medio de la identificación se podría evitar esta limitación.

Los resultados se limitan al “Caserío San Rafael” pues no es de validez para otras realidades.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes internacionales

Coro V. Dimensión de autocuidado para la atención paliativa al adulto hipertenso Pungala-Puruahuay, Riobamba Ecuador. 2017. Objetivo: proponer acciones de Enfermería dirigidas al fomento del autocuidado en el paciente hipertenso. Fue una investigación descriptivo-transversal, con enfoque mixto. La población a investigar quedó conformada por una totalidad de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Como técnica para la recolección de los datos se empleó la encuesta, a través del test para evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad (CYPAC-AM), tomado de y validado por Millán Méndez, Resultados: en cuanto a las categorías de percepción de autocuidado, del test CYPAC-AM, el 69.57% está dentro de la categoría de percepción de autocuidado inadecuado y el 30.43% se encuentra en una categoría de percepción de autocuidado parcialmente adecuado. Conclusión: En el trabajo de investigación se evidencia que la hipertensión arterial afecta la salud de la mayoría de adultos mayores, quienes necesitan ayuda para su autocuidado por parte de sus familiares. Los cuidados paliativos pueden ayudar a que se logre una mejor calidad de vida.(4)

Loredo M. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor México 2016. Objetivo: establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Métodos: estudio transversal, descriptivo y correlacional. Fueron entrevistados 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Resultados: el 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.(5)

Can A. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. México 2015. El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el autocuidado y las personas adultas mayores que asisten al Centro de rehabilitación y Educación Especial, en la Ciudad de San Francisco de Campeche. Para ello se utilizó los instrumentos Test de capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM). Los sujetos de estudio fueron 50 personas adultas mayores de más de 60 años. En los resultados se encontró que 32 sujetos de estudio son del sexo femenino y 18 del sexo masculino; del 100% de la población del género masculino, 44.44% muestra tener la percepción de autocuidado inadecuado; y del 100% de la población del género femenino, 68% presenta la percepción de parcialmente inadecuado. En la percepción del estado de salud, 60% considera tener una percepción de autocuidado de la salud parcialmente adecuada, 34% un nivel de autocuidado inadecuado, 3% sin capacidad de autocuidado, el nivel de autocuidado refleja 3% y el déficit total de autocuidado indica 0%. En conclusión, en relación con el sexo y la

percepción de autocuidado, la población total de varones encuestados presenta un nivel de autocuidado adecuado, 11.11% menor al 50% estipulado, en comparación con el total de mujeres, quienes presentaron 0%, lo que quiere decir que los varones presentan mayor autocuidado que las mujeres.(6)

Castiblaco M. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. 2014. Objetivo: Evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) de la comuna ocho, ubicado en el barrio La Cima de Ibagué en el departamento del Tolima, Colombia. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con una muestra de 88 adultos mayores, entre 60 y 93 años de edad. Resultados: El adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta. Conclusiones: Se determinó que la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores es parcialmente adecuada en las siguientes categorías: eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud, debido a que estas categorías obtuvieron puntaje mayor en la calificación intermedia. No se evidencio déficit de autocuidado inadecuado para ninguna categoría, debido a la interdisciplinariedad del programa.(7)

Alvear R. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca. Ecuador 2014. Objetivo: establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca-2014. Metodología: el tipo de estudio fue descriptivo en el que se encuestó a 120 pacientes de los que el 65% fueron mujeres, la técnica empleada fue la encuesta, el instrumento fue el TEST DE CYPAC-AM. Como estadísticos para datos cuantitativos se empleó la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes.

Resultados. - Los resultados de la investigación muestran que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0%), la actividad física (65,8%) y el control de la medicación (64,2%). Mientras, las de bajas resultados fueron las de control del descanso y sueño y el control de la eliminación, en los que más del 40 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada. Conclusión: Los resultados indican un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere la necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos de la ciudad y del país, además muestra una clara correlación entre sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.(8)

Antecedentes nacionales

Ellen K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015 Trujillo Perú. El presente estudio descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar. Participaron 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó: El TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar, encontrándose los siguientes resultados: El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con el grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en $P < 0.05$.(9)

Gallardo R. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo Lima Perú 2015. El

objetivo de esta investigación consiste en determinar la capacidad de percepción de autocuidado en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, se aplica una metodología de investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal; la población participante del estudio, conformada por 60 adultos mayores; el instrumento utilizado para recolectar información TEST de CYPAC-AM, que permite a la Enfermera (o) determinar la capacidad de agencia de autocuidado, de forma oportuna y eficaz. obteniéndose los siguientes resultados: El 58% de adultos mayores tienen en su mayoría 60 a 69 años, sexo femenino 58%, estado civil casada 42%, grado de instrucción secundaria 80% y percepción general de la salud no saludable 60%. Se percibe que inadecuado 58%, parcialmente adecuado 25% y adecuado 17%. Se percibe una inadecuada capacidad de autocuidado en la dimensión de actividad física 67%, alimentación 58%, eliminación 55%, descanso y sueño 60%, higiene y confort 58%, medicación 67%, control de salud 58% y control de hábitos tóxicos 55%.(10)

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 Perú 2014, el estudio tuvo como objetivo general determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud "Ollantay". Resultados: Analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.(11)

Antecedentes locales

Yataco M. (2017). Percepción del autocuidado en los adultos mayores del Centro Poblado Cruz Blanca Chincha enero 2017. Objetivo: determinar la

percepción del autocuidado en los adultos mayores del Centro Poblado Cruz Blanca Chíncha enero 2017. Estudio cuantitativo en 51 adultos mayores se empleó el instrumento CYPAC-AM. Resultados: La percepción de autocuidado fue desfavorable en sus dimensiones física de 53%, en el de alimentación el 69% en el de eliminación 61%, descanso y sueño 49% higiene y confort 47% medicación 67%, control de la salud 61% y control de hábitos nocivos de 55%. Conclusiones: La percepción de autocuidado que tienen los adultos mayores del centro Poblado Cruz Blanca de Chíncha en enero del 2017 es desfavorable.(12)

2.2. BASES TEÓRICAS

ADULTO MAYOR

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas de 60 años y de esta manera evitar múltiples denominaciones, como viejo, anciano, geronte, entre otras.(13)

Características del envejecimiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos".

- ✓ Universal, es propio de todos los seres vivos.
- ✓ Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- ✓ Continuo, tiene un inicio y final.
- ✓ Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.
- ✓ Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- ✓ Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- ✓ Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales

- ✓ Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.(14)

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer.(15)

AUTOCAUIDADO

Autocuidado.- Se define como cuidar la salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludable para mantenerse sanos, activos haciendo difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad.

Los adultos mayores que conservan el autocuidado desarrollan cierto grado de independencia en: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y control de adicciones y hábitos tóxicos.(16)

Importancia del autocuidado.- La práctica del autocuidado contribuye a:

- Mantener una buena salud, prevenir y reconocer tempranamente la enfermedad y participar activamente de la recuperación integral de la salud.

- Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud y las consecuencias de las acciones que realizan, fortaleciendo su auto estima y soberanía.
- Reconocer que las conductas y estilos de vida son directamente responsables de la enfermedad y puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud; Así como conductas que conscientemente buscan mantener la salud.

Actividad física.- En el adulto mayor la movilidad y funcionalidad está determinada por cambios propios de la edad, estilos de vida, actividad física, sedentarismo, nutrición, enfermedades y estereotipos negativos y mitos.

El ejercicio físico es importante para todas las edades, incluso para personas con enfermedades crónicas, porque la vida sedentaria puede conducir a la muerte por anulación de la función, acelerando el envejecimiento, constituyéndose en un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por eso es básico realizar ejercicio diariamente por los beneficios físicos como psicosociales sobre la salud.

En el proceso del envejecimiento normal se producen cambios tanto en los músculos, huesos y las superficies articulares las que no se adaptan a los cambios provocando alteraciones en el cartílago que contribuye que los adultos mayores empiecen a disminuir la actividad física y la marcha.

Dentro de la actividad física que debe realizar el adulto mayor son los deportes como: nadar, correr, ciclismo, gimnasia u otros, que al practicarlos favorecen para la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía e independencia del adulto mayor, que debe integrarse a un medio social en el que sus compañeros sufren las mismas incomodidades, dolencias, pero sin embargo son capaces de disfrutar. reír, sentirse bien y mejorar su vida.

Alimentación - La alimentación es importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando

algunos cambios del envejecimiento y por ende disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades.

El adulto mayor en su Autocuidado de la alimentación debe conocer y acceder a los alimentos saludables tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy fríos), es importante para la persona adulto mayor participar y disfrutar de la alimentación y al mismo tiempo fomentar la comunicación familiar.

Eliminación fisiológica. - La eliminación vesical e intestinal es otro de los aspectos importantes que el adulto mayor debe tener muy presente en su autocuidado, para estar alerta a cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud, para ello debe organizar el horario de eliminación urinaria, por la mañana, después de las comidas, antes de acostarse y después del ejercicio.

Las percepciones del adulto mayor sobre cuál es una función intestinal normal pueden variar, algunos adultos mayores creen que si no tienen una defecación diaria están estreñidos. La eliminación intestinal normal puede variar desde tres movimientos por día hasta tres por semana Algunos adultos mayores se auto medican innecesariamente, es importante que valore la frecuencia y características de las heces, el empleo de laxantes, la dieta, los líquidos ingeridos y la actividad física.

Descanso y sueño. - Los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo sueño-vigía o "reloj biológico". Conforme envejecemos la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y aumento del tiempo de sueño liviano, como resultado de alteraciones y/o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño.

Por lo general el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo la conciliación del sueño más temprana y se despiertan más

fácilmente. Otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es en el sueño profundo o reparador que disminuye aumentando el número de siestas diurnas compensatorias.

Higiene y confort.- Es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort. En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no reseque su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las diferentes partes del cuerpo.

Medicación.- El adulto mayor en su autocuidado tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento ya establecido, debe estar claro con respecto a la automedicación ya que tiene efectos negativos en el proceso de conservar la salud. Las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos y necesitan dosis diferentes; una buena comunicación con una explicación clara resulta útil para asegurar que cumpla fielmente y no altere la dosis del fármaco por su cuenta para disminuir los efectos secundarios. Las personas de la tercera edad que asumen la responsabilidad de vigilar los efectos positivos y negativos del tratamiento y de discutirlos con su médico, farmacéutico o enfermera antes de tomar la decisión de modificar o suspender el tratamiento por su cuenta tienen más probabilidades de obtener mejores resultados.

Control de salud.- El adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que nacemos y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida, la mala salud no es una consecuencia del envejecimiento sino que las investigaciones han demostrado que el 70% del deterioro físico en el

envejecimiento está relacionado con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes de tamizaje preventivos: auto examen de mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca medición de temperatura entre otros. La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un examen médico periódico a las personas mayores supuestamente sanas al menos una vez al año. Aunque la frecuencia de éste se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del adulto mayor.

Control de adicciones y hábitos nocivos: El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas porque causan problemas en el organismo y en el comportamiento, cansancio e incapacidad para cuidarse por sí mismo confusión caídas etc.; el adulto mayor bebedor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Otro hábito es el tabaquismo, es una forma de dependencia, el mismo que conlleva a que desarrolle graves enfermedades en el adulto mayor como el cáncer de pulmón, laringe, vejiga y otros.

Dejar de fumar puede tener beneficios insospechados en poco tiempo, mucha gente lo ha hecho, las evidencias muestran que "nunca es tarde para dejar de fumar".(17)(18)

FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos y la voluntad, son factores internos a la persona y las condiciones que logran calidad de vida, corresponden al medio externo a ella.

Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son:

a) Factores internos o personales:

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

Los Conocimientos: Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una clave para la acción diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina clave para la acción, a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden disparar un cambio, lo cual indica por qué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

Las Actitudes: Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante.(19)(20)

Los hábitos: Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición

b) Factores externos o ambientales

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:

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

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y varones; por ejemplo, en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean vanidosas y a los varones se les dice lo contrario.

La familia como pilar fundamental en la etapa de vida adulta mayor: constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.(21)(22)

INTERPRETACIÓN DEL TEST (CYPAC-AM).

Al instrumento evaluativo tiene un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0 y se evalúa de forma general y por cada categoría particular, las cuales son las siguientes: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos.

Norma de evaluación del Instrumento:

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se consideran el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Interpretación del Test.

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado. (23)(24)

ROL DE ENFERMERÍA

Las enfermeras, como proveen autocuidado, requieren en primer lugar el conocimiento empírico de los acontecimientos y los antecedentes de las condiciones internas y externas que les ayudan a hacer observaciones con posibles cursos de acción y sus intervenciones deben estar dirigidas al fortalecimiento de las capacidades de autocuidado del adulto mayor, lo cual podría disminuir la prevalencia de co-morbilidades, discapacidades, dependencia y por ende mejorar la calidad de vida.

En el adulto mayor el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales. Es una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal

y redes de apoyo social; permite monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros.

Este como proceso brinda información sobre la capacidad del anciano para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), que se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

TEORÍA DE ENFERMERÍA (DOROTHEA OREM)

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, el 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.

En la actualidad, los profesionales en Enfermería cuestionan aspectos de la práctica diaria, hecho que obliga a reflexionar sobre el sentido del quehacer de la profesión, y que invita a revisar interrogantes que exigen respuestas. En este sentido, desde diversos enfoques, varias autoras, entre ellas, se encuentra Dorothea E. Orem han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, y como resultado ha originado teorías y modelos conceptuales que sirven como guías en la práctica.

Para la enfermería, el eje fundamental, su centro de reflexión, el objeto de conocimiento, del saber y del quehacer es el cuidado de la salud para la protección de la vida humana, que se entiende como un proceso cuyo fin es brindar cuidado integral de salud a la persona, la familia, la comunidad y a su entorno, ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas saludables que permitan salvaguardar el estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

La teoría de Enfermería, del Déficit de Autocuidado se fundamenta en las premisas de que los individuos tienen la potencialidad para desarrollar sus habilidades intelectuales, prácticas y la motivación esencial para el autocuidado. La meta de la enfermería dentro de esta perspectiva es empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándoles a desarrollar y ejercer sus capacidades para tal fin.(28)

Las actividades incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros están organizados según la relación entre la acción del paciente y la del profesional.(25)

Los sistemas de enfermería se definen como las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de prescribir, diseñar, proveer cuidados de enfermería a los pacientes. En este caso, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas a saber:

Sistema de compensación total.

Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, entonces existe un déficit o problema. Dicho déficit o problema es lo que indica a las enfermeras cuán y por qué la enfermera es necesaria. Aquí la enfermera debe hacer todo por el paciente o individuo.

Sistema de compensación parcial.

El paciente se ayuda parcialmente puesto que su condición no le permite ser totalmente independiente para su autocuidado.

Sistema de apoyo educativo.

El individuo está en capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación. Las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a los pacientes a

mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado, de manera terapéutica.

Cuando es la persona la que lleva a cabo las acciones de autocuidado se denomina Agente de Autocuidado y esta acción va dirigida a conseguir unos objetivos, que son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud).

El papel de enfermería es, entonces, desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad. (26)(27)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

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

Actividades instrumentales de la vida diaria: Son las acciones que refiere desarrollar el adulto mayor en relación a: transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos, cocinar, que hacer doméstico y lavandería.

Bienestar subjetivo: Grado y tipo de satisfacción positiva de cada persona con su vida, valorada globalmente.

Factor de riesgo físico: Son todos aquellos factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le

permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.

Adulto mayor: Persona mujer/varón de 60 años.

Autoestima: Es el aprecio y valoración que una persona tiene de sí misma y es un aspecto muy importante en todo ser humano.

Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado.

Actividad: Movilidad y funcionalidad del sujeto que está determinada por cambios propios de la edad y estilos de vida.

Alimentación: Acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológica o biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente.

Eliminación fisiológica: La eliminación corporal es el conjunto de procesos fisiológicos que permiten que los productos de desecho del organismo abandonen el cuerpo (eliminación urinaria, defecación, sudoración).

Descanso y sueño: Estado de nuestro organismo en el que éste se halla en una relativa quietud y en el que la respuesta a estímulos externos está atenuada.

Higiene y confort: Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente.

Control de salud: Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Medicación: Administración de uno o más medicamentos para curar o prevenir una enfermedad, o para aliviar un dolor físico.

Hábitos nocivos: Consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar.

Percepción: Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.

Higiene: Limpieza o aseo para conservar la salud o prevenir enfermedades.

Confort: Condiciones materiales que proporcionan bienestar o comodidad.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

El presente estudio es de nivel descriptivo no considerándose hipótesis.

2.5. VARIABLES

Variable

Autocuidado

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Autocuidado.- La capacidad de autocuidado se define como la percepción de los participantes sobre sus habilidades para cuidar su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Autocuidado.- Variable obtenida a través del test (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor). Según las siguientes categorías: Actividad física, alimentación, eliminación fisiológica, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y hábitos nocivos.

Se clasificó según la siguiente escala:

- Entre 21 y 24 puntos percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Autocuidado	Percepción de los participantes sobre sus habilidades para cuidar su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder.	Test CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).	Actividad física	Percepción	TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).	Adulto mayor
			Alimentación	Percepción		
			Eliminación fisiológica	Percepción		
			Descanso y sueño	Percepción		
			Higiene y confort	Percepción		
			Control de salud	Percepción		
			Medicación	Percepción		
			Hábitos nocivos	Percepción		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO

La investigación es de tipo observacional debido a que no se intervinieron en las variables.

NIVEL

Nivel Descriptivo pues el estudio es de una variable. Transversal debido a que la variable fue medida una sola vez.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el “Caserío de San Rafael” que pertenece al distrito de Pueblo Nuevo en la ciudad de Ica.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se estudió a los adultos mayores de esta zona geográfica, que son aproximadamente 68 adultos mayores.

El estudio se realizó en todos los adultos mayores de la zona, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión, estimando 15% de pérdidas: 58 adultos mayores.

Criterios de inclusión:

Adulto mayor en capacidad de responder adecuadamente el cuestionario.

Adulto mayor que desee participar del estudio.

Criterios de exclusión:

Adulto mayor que no está capacitado para responder adecuadamente el cuestionario.

Adulto mayor que no desee participar del estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA

La técnica que se utilizó para poder desarrollar la recolección de datos es la encuesta a los adultos mayores en el “Caserío de San Rafael”.

Se estableció contacto con el adulto mayor a quien se le informó el propósito de la visita, así como los detalles de la investigación la que está incluido en el consentimiento informado. Obtenido el consentimiento se procedió a realizar la encuesta dirigida para ello se consideró el momento adecuado para realizar la encuesta a cada adulto mayor a fin de que los datos sean de la mejor calidad y reflejen la realidad que se desea conocer.

INSTRUMENTO

Se aplicó el TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

Interpretación del Test.

- Entre 21 y 24 puntos percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez y confiabilidad del instrumento se ubica en 96% pues presenta un alfa de Cronbach de 0.96.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

PLAN DE RECOLECCIÓN

Los datos obtenidos de las encuestas fueron fichados con un número que los identifican a fin de poder tabular ordenadamente en el programa estadístico SPSS v23.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Se procedió a obtener las tablas que fueron procesadas en el programa Word 2016, y los gráficos confeccionados en el programa Excel, y se analizan y presentan según las normas Vancouver.

ÉTICA

Los datos recopilados forman parte de una investigación en la que sus autores y encuestadores se comprometen a no divulgar la identidad de los participantes, para que de esta manera se garantice la confidencialidad en la información.

Así mismo, en este estudio no se presenta conflicto de intereses.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

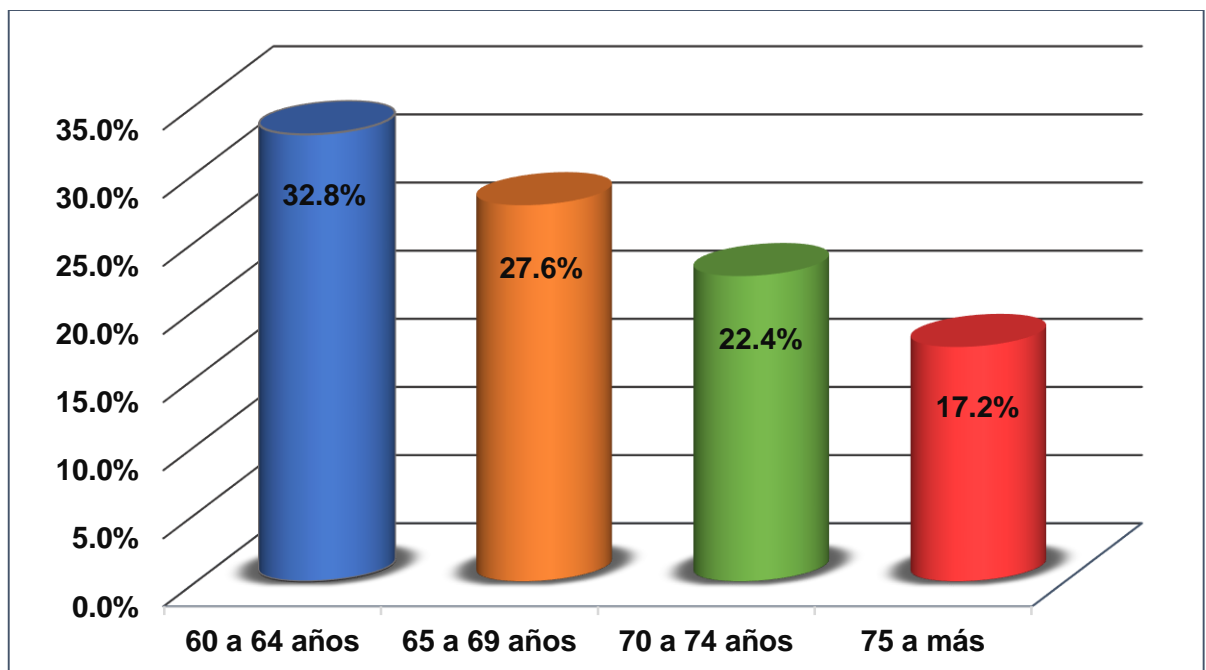
Tabla N° 01

**ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” –
DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.**

Edad	Valor absoluto	Valor porcentual
60 a 64 años	19	32.8%
65 a 69 años	16	27.6%
70 a 74 años	13	22.4%
75 a más	10	17.2%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 01



Se puede observar que las edades de 60 a 64 años es el más numeroso 32.8%(19), le sigue de 65 a 69 años con 27.6%(16), de 70 a 74 años 22.4%(13) y finalmente de 75 a más años 17.2%(10).

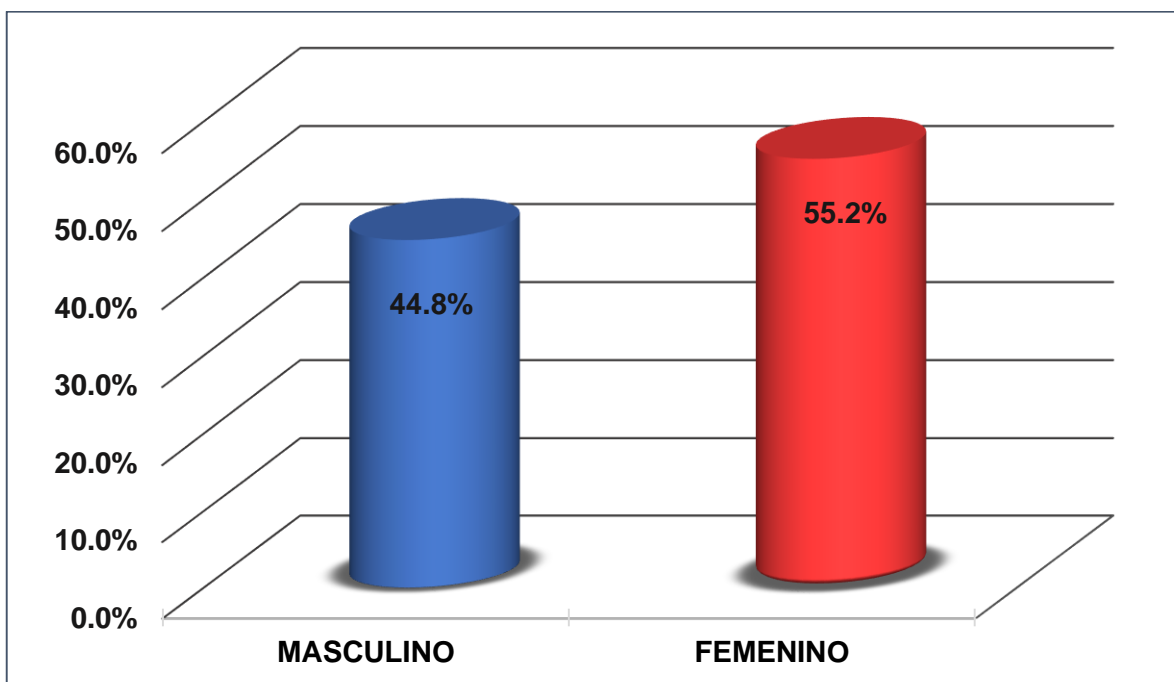
Tabla N° 02

**ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL”–
DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO - MAYO 2018.**

Sexo	Valor absoluto	Valor porcentual
MASCULINO	26	44.8%
FEMENINO	32	55.2%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 02



Del 100% (58) de los adultos mayores, el 55.2%(32) son de sexo femenino y el 44.8%(26) son de sexo masculino.

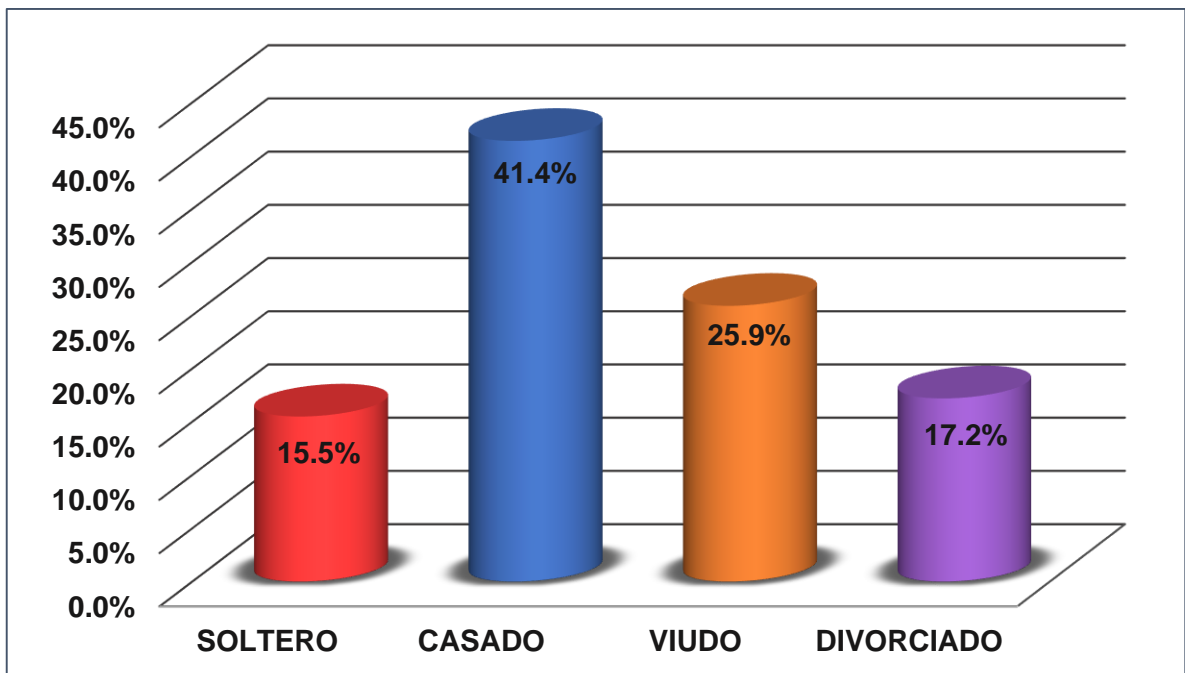
Tabla N° 03

ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL “CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO MARZO-MAYO 2018.

Estado civil	Valor absoluto	Valor porcentual
SOLTERO	9	15.5%
CASADO	24	41.4%
VIUDO	15	25.9%
DIVORCIADO	10	17.2%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 03



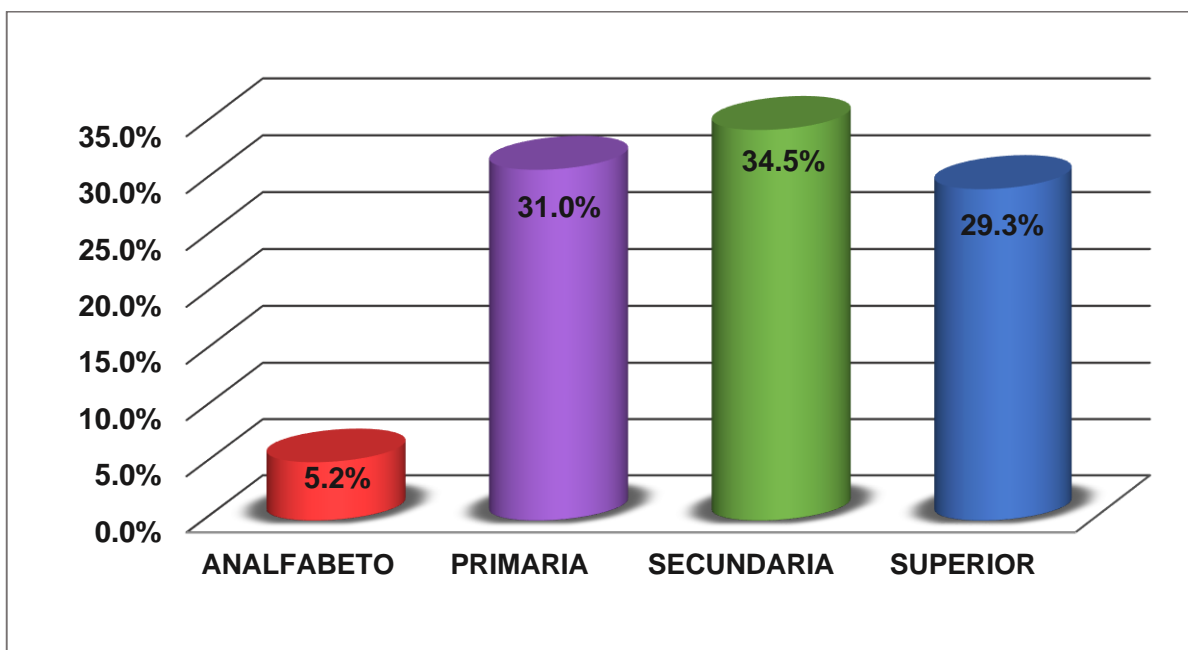
Se observa que el 41.4%(24) de los adultos mayores son casados, 25.9%(15) son viudos, 17.2%(10) son divorciados, y finalmente el 15.5%(9) son solteros.

Tabla N° 04
ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO
MARZO-MAYO 2018.

Grado de instrucción	Valor absoluto	Valor porcentual
ANALFABETO	3	5.2%
PRIMARIA	18	31.0%
SECUNDARIA	20	34.5%
SUPERIOR	17	29.3%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 04



Se observa que el 34.5%(20) de los adultos mayores tienen grado de instrucción secundaria, el 31%(18) primaria, el 29.3%(17) superior y finalmente el 5.2%(3) es analfabeto.

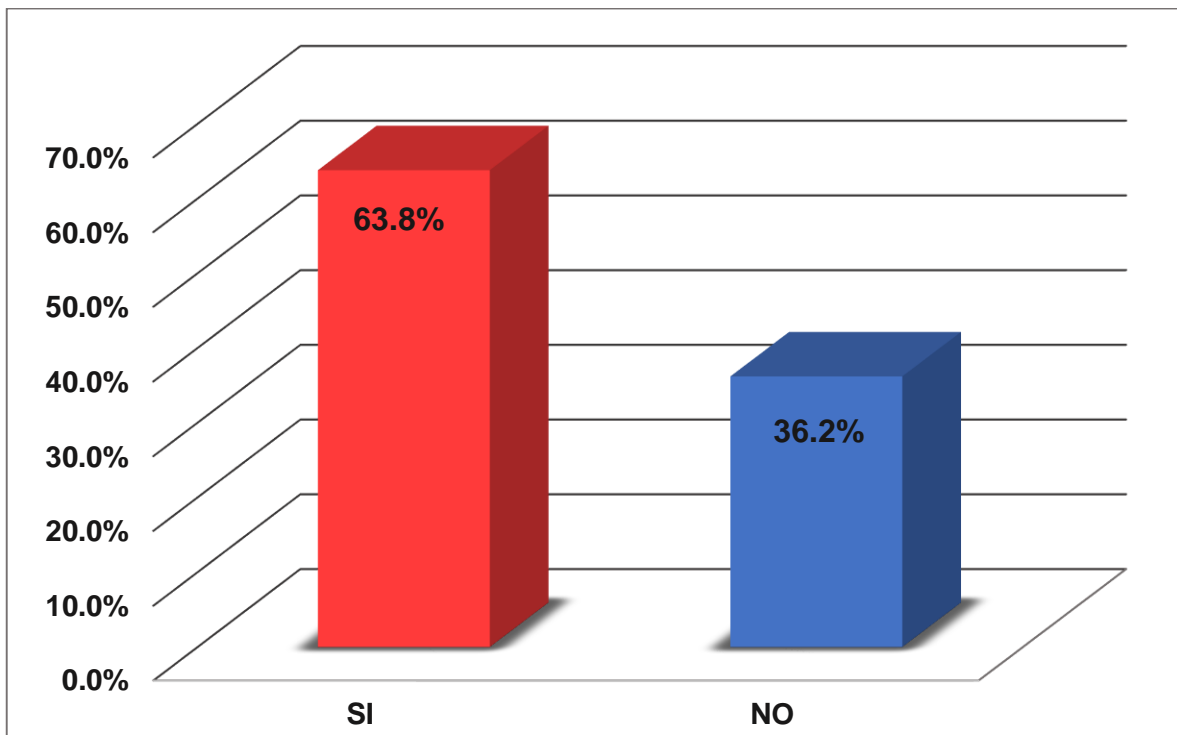
Tabla N° 05

**ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDAD CONCOMITANTE EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO
MARZO-MAYO 2018.**

Enfermedad concomitante	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	37	63.8%
NO	21	36.2%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 05



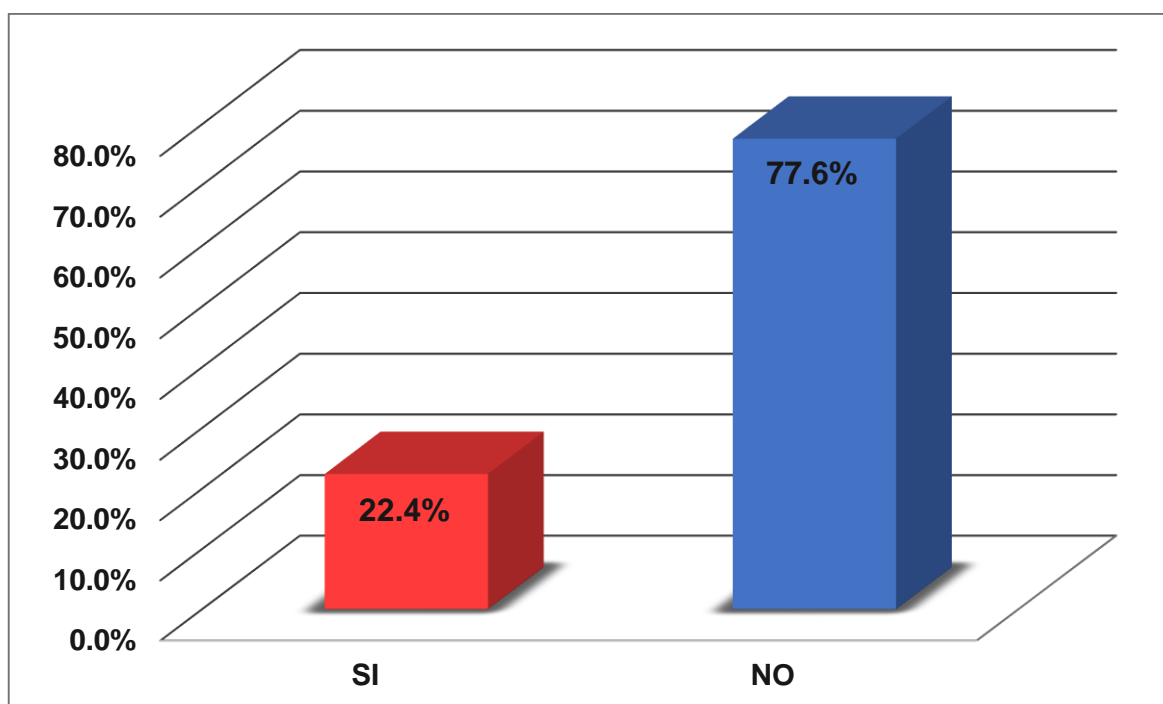
Los adultos mayores manifiestan que el 63.8% presentan alguna enfermedad siendo esta: lumbalgias, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, várices, parálisis, escaras, accidentes cerebro vasculares, enfermedades renales, entre otras.

Tabla N° 06
PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018
LIMITACIÓN FÍSICA.

Limitación física	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	13	22.4%
NO	45	77.6%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 06



El 22.4% de los adultos mayores presentan limitación física marcada que le imposibilita realizar actividades físicas.

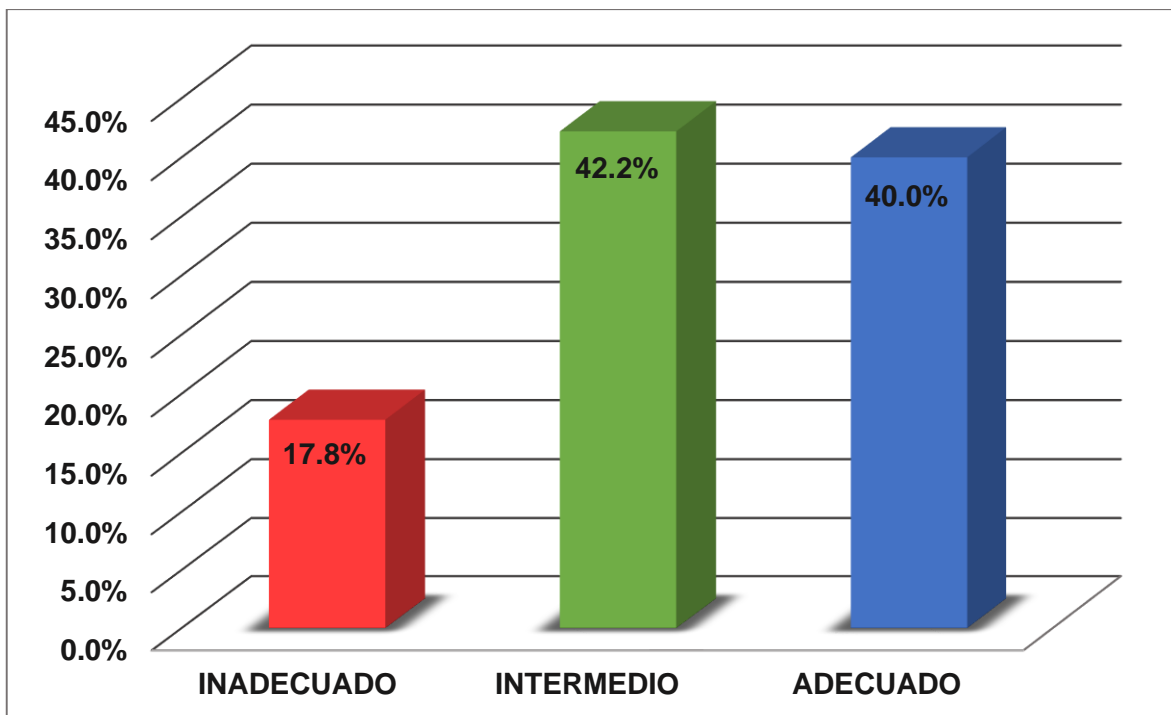
Tabla N° 07

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
A LA ACTIVIDAD FÍSICA.**

Actividad física	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	8	17.8%
INTERMEDIO	19	42.2%
ADECUADO	18	40.0%
Total	45	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 07



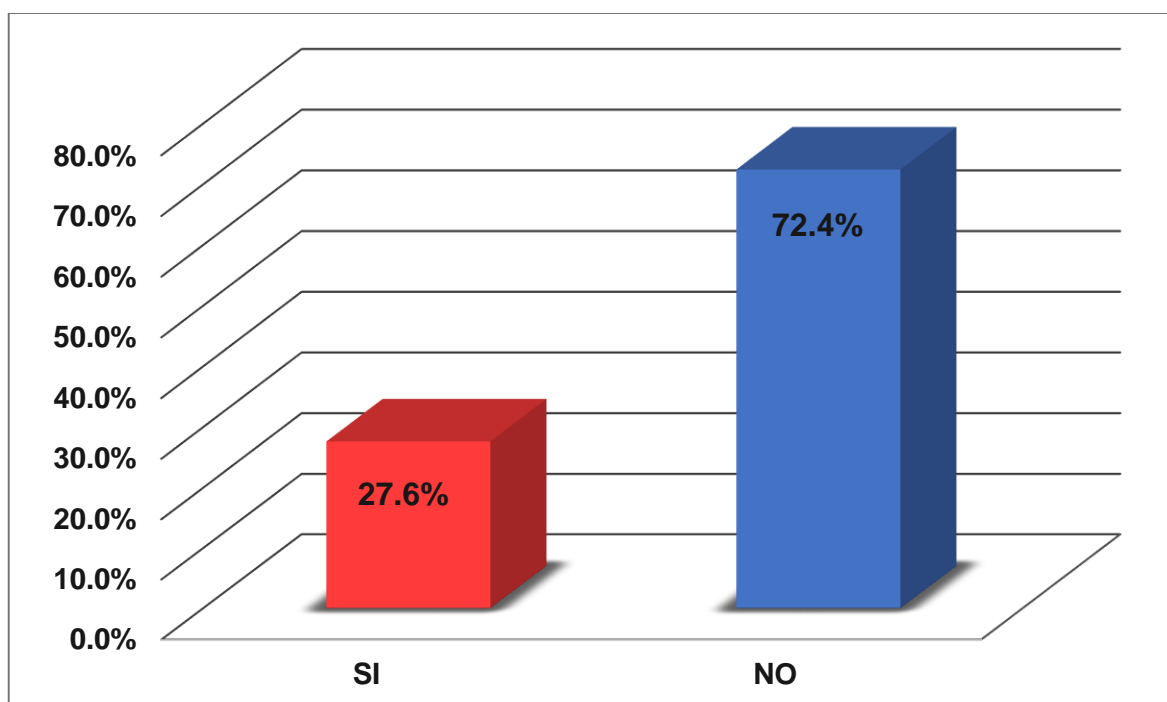
Respecto a la percepción de autocuidado relacionada a la actividad física de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede apreciar que el 42.2%(19) es intermedio, el 40%(18) es adecuado y el 17.8%(8) es inadecuado.

Tabla N° 08
PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN
EN LA ALIMENTACIÓN.

Limitación en la alimentación	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	16	27.6%
NO	42	72.4%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 08



El 27.6%(16) de los adultos mayores presentan limitación para alimentarse que le imposibilita realizar por sus propios medios.

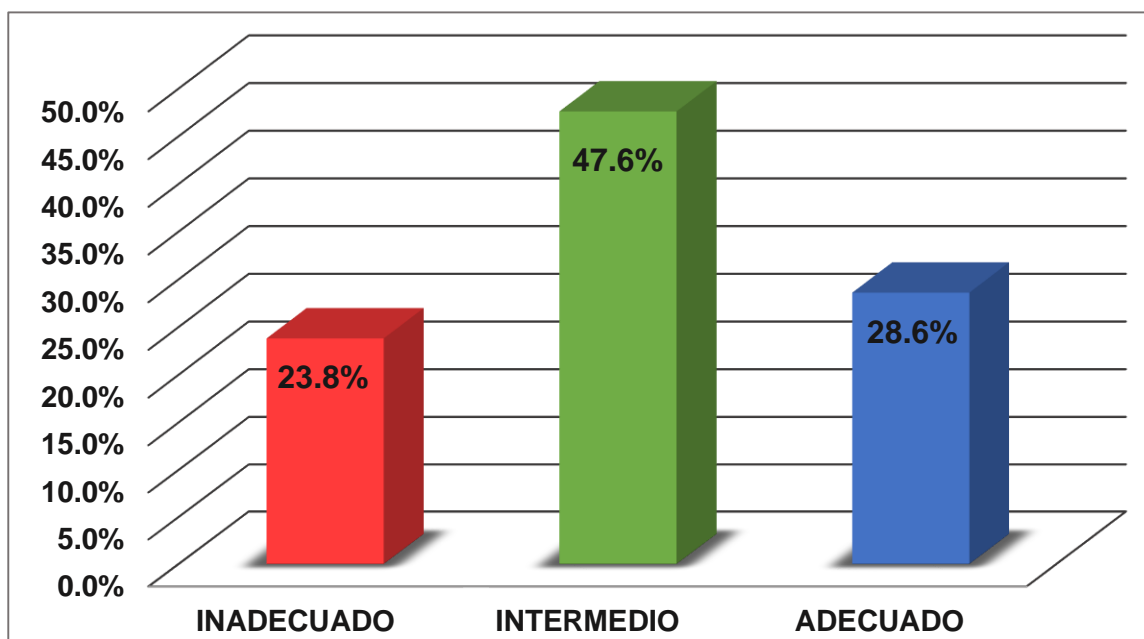
Tabla N° 09

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
A LA ALIMENTACIÓN.**

Alimentación	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	10	23.8%
INTERMEDIO	20	47.6%
ADECUADO	12	28.6%
Total	42	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 09



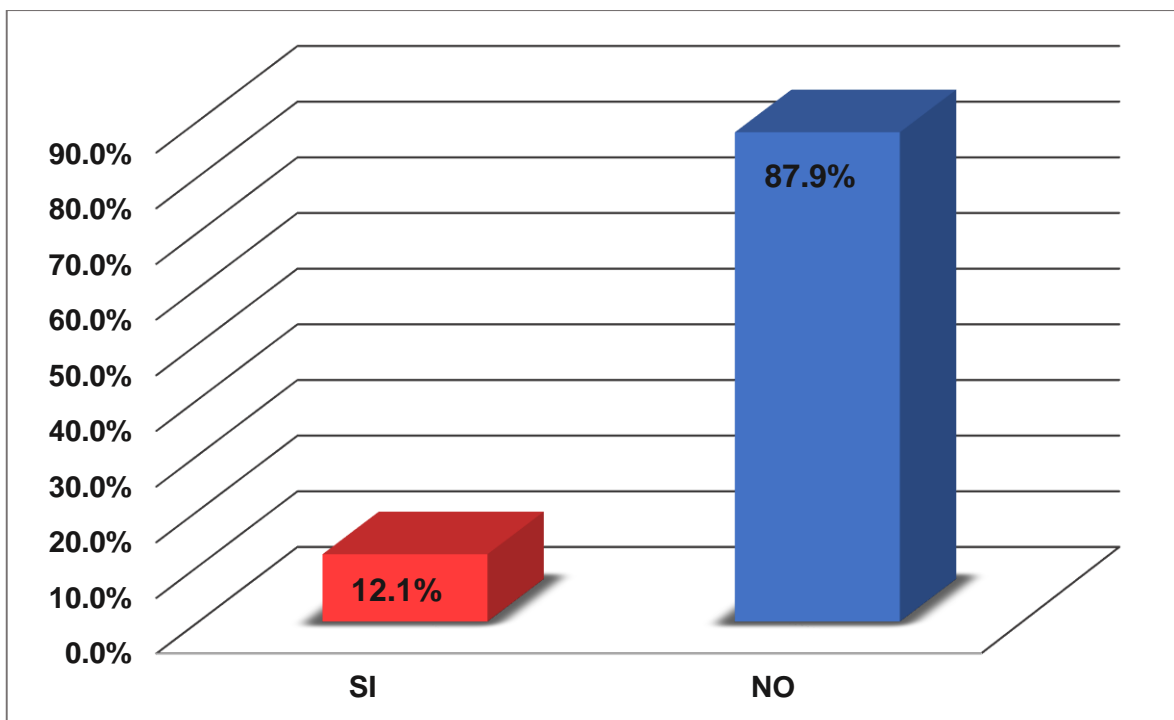
El 47.6%(20) de los adultos mayores tienen un autocuidado intermedio en relación a la alimentación, el 28.6%(12) autocuidado adecuado y el 23.8%(10) presentan autocuidado inadecuado.

Tabla N° 10
PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
"CASERÍO DE SAN RAFAEL" – DISTRITO DE PUEBLO NUEVO–
ICA MARZO MAYO 2018 LIMITACIÓN PARA
ELIMINACIÓN FISIOLÓGICA.

Limitación para la eliminación fisiológica	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	7	12.1%
NO	51	87.9%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 10



El 12.1%(7) de los adultos mayores presentan limitación para la eliminación fisiológica que le imposibilita realizarlo por sus propios medios.

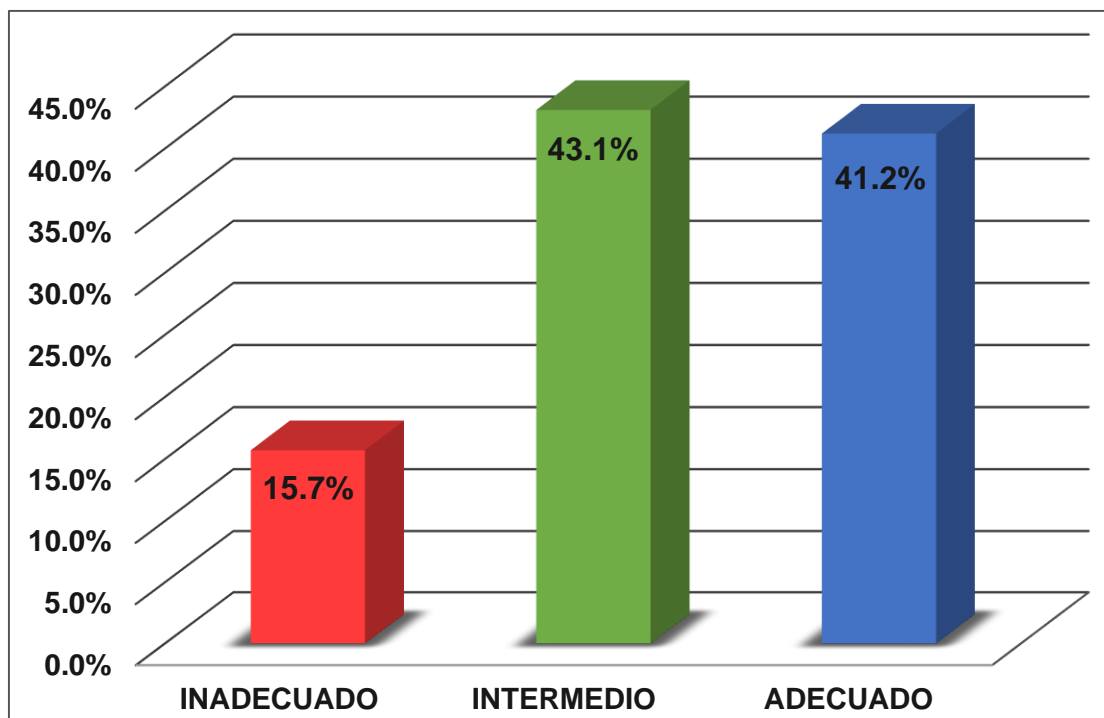
Tabla N° 11

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
A LA ELIMINACIÓN FISIOLÓGICA.**

Eliminación fisiológica	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	8	15.7%
INTERMEDIO	22	43.1%
ADECUADO	21	41.2%
Total	51	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 11



El 15.7%(8) de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a la eliminación fisiológica, el 43.1%(22) nivel intermedio y el 41.2%(21) presentan autocuidado adecuado.

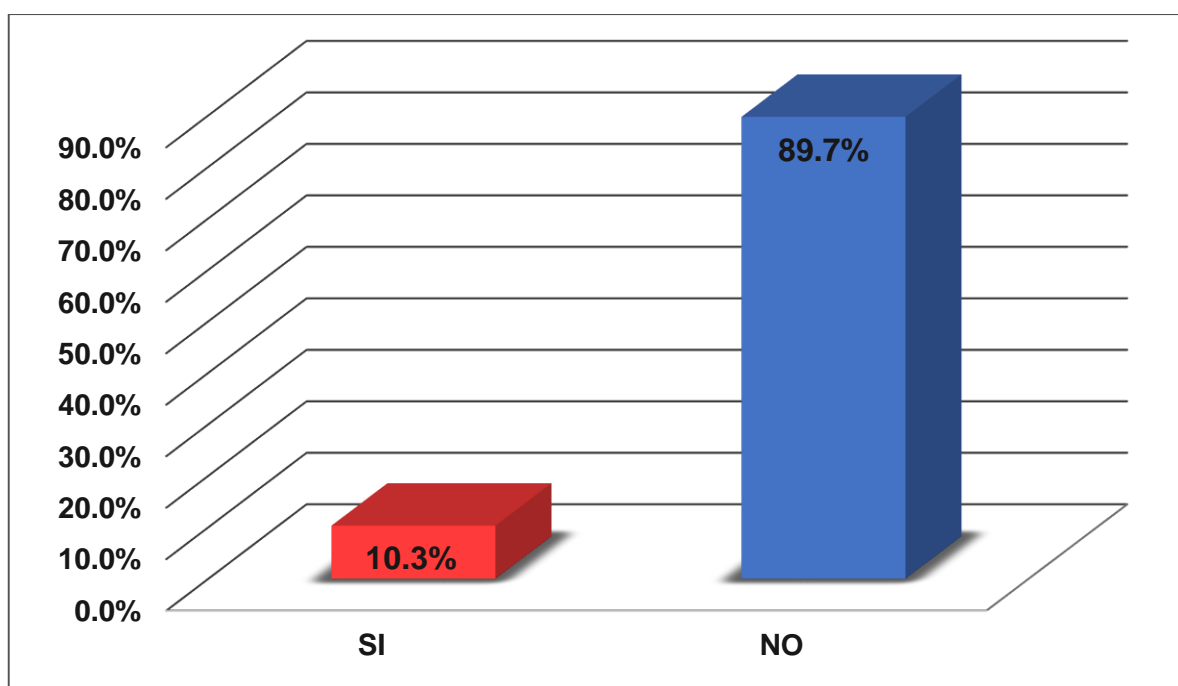
Tabla N° 12

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
AL DESCANSO Y SUEÑO.**

Limitación para el descanso y sueño	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	6	10.3%
NO	52	89.7%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 12



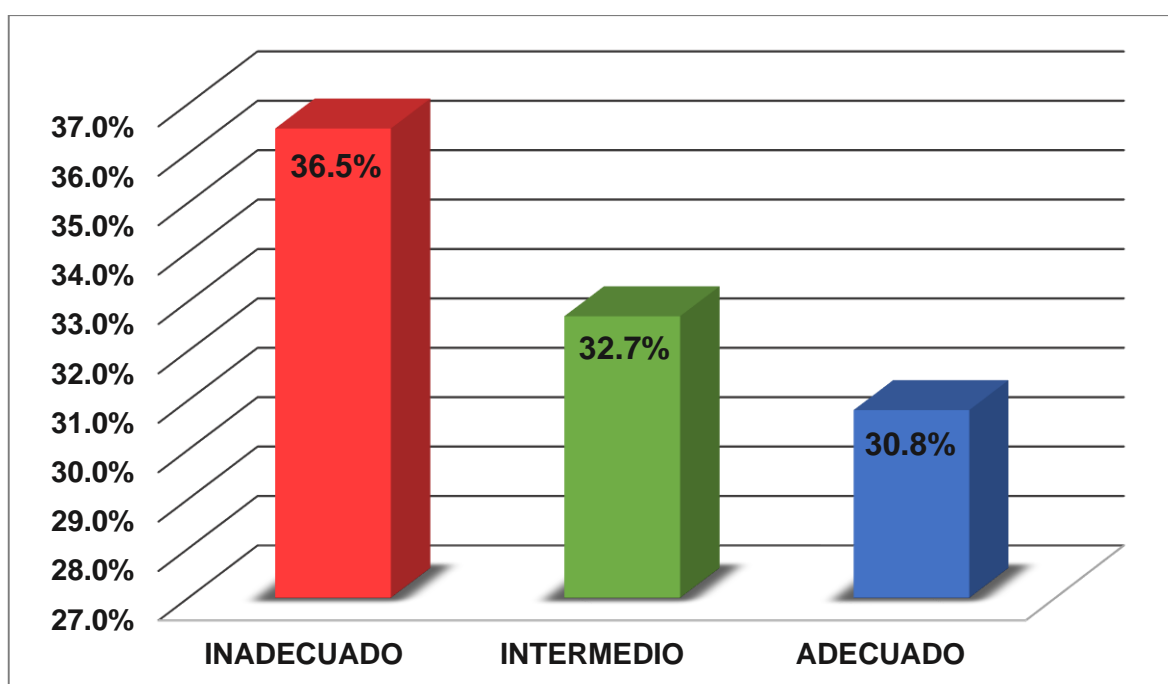
El 10.3%(6) de los adultos mayores presentan limitación para el descanso y sueño que le imposibilita controlar su período de descanso y sueño.

Tabla N° 13
PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
AL DESCANSO Y SUEÑO.

Descanso y sueño	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	19	36.5%
INTERMEDIO	17	32.7%
ADECUADO	16	30.8%
Total	52	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 13



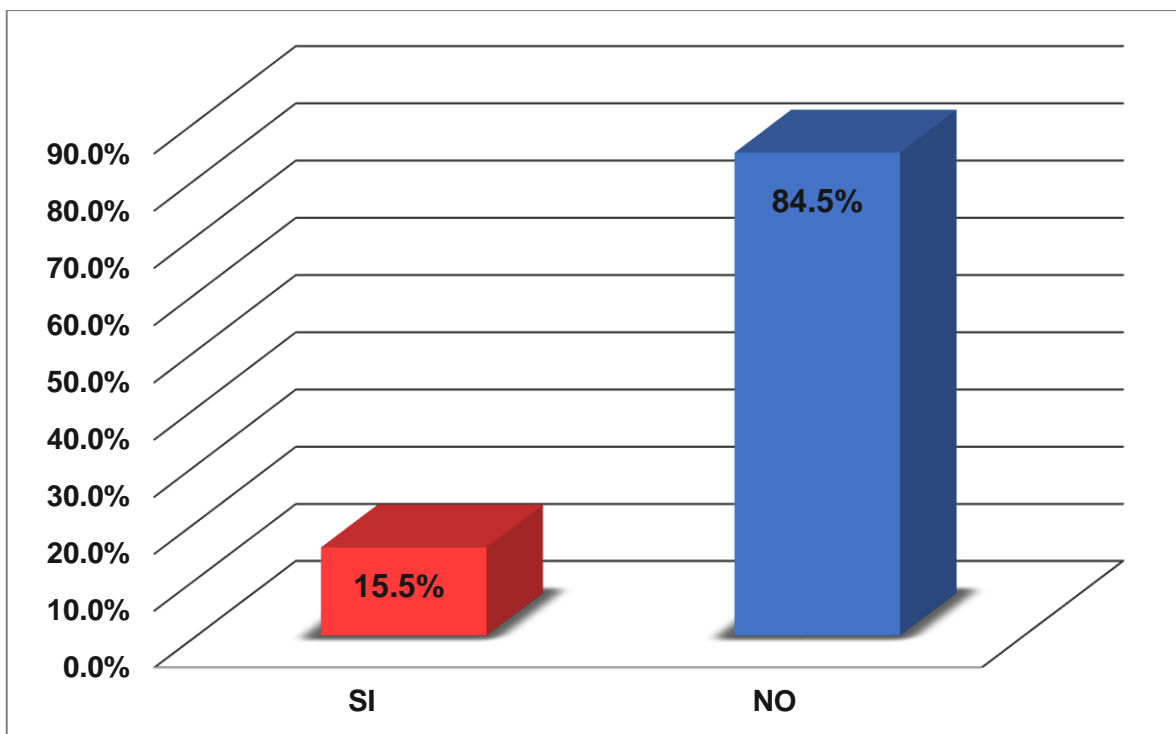
El 36.5%(19) de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación al descanso y sueño, el 32.7%(17) nivel intermedio y el 30.8%(16) presentan autocuidado adecuado.

Tabla N° 14
PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN
EN HIGIENE Y CONFORT.

Limitación en higiene y confort	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	9	15.5%
NO	49	84.5%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 14



El 15.5%(9) de los adultos mayores presentan limitación para la higiene y confort que le imposibilita mantener su higiene y confort sin ayuda.

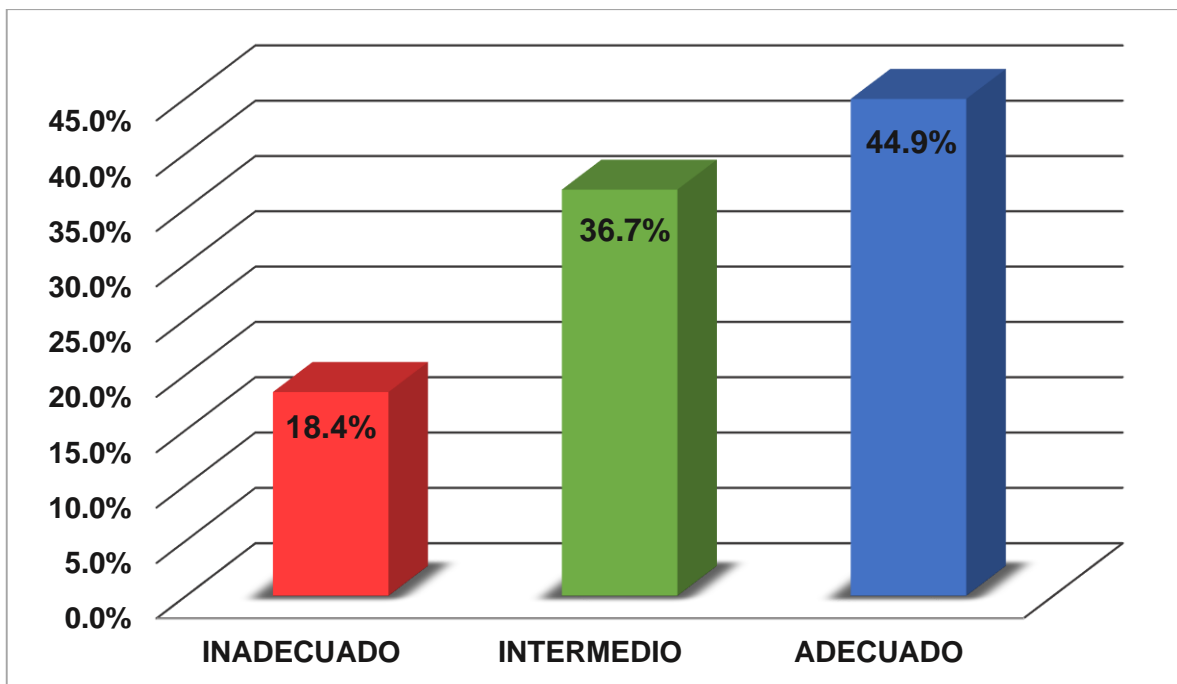
Tabla N° 15

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
A HIGIENE Y CONFORT.**

Higiene y confort	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	9	18.4%
INTERMEDIO	18	36.7%
ADECUADO	22	44.9%
Total	49	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 15



El 18.4%(9) de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a higiene y confort, el 36.7%(18) nivel intermedio y el 44.9%(22) presentan autocuidado adecuado.

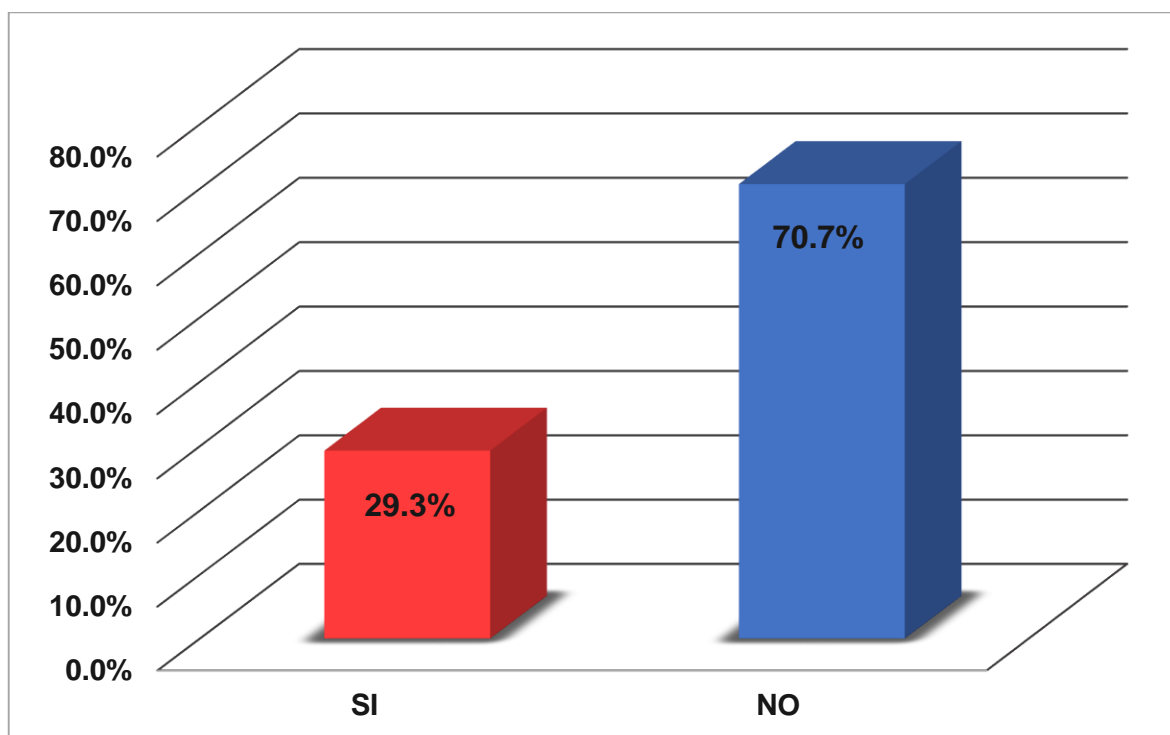
Tabla N° 16

PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN EN
LA MEDICACIÓN.

Limitación en la medicación	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	17	29.3%
NO	41	70.7%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 16



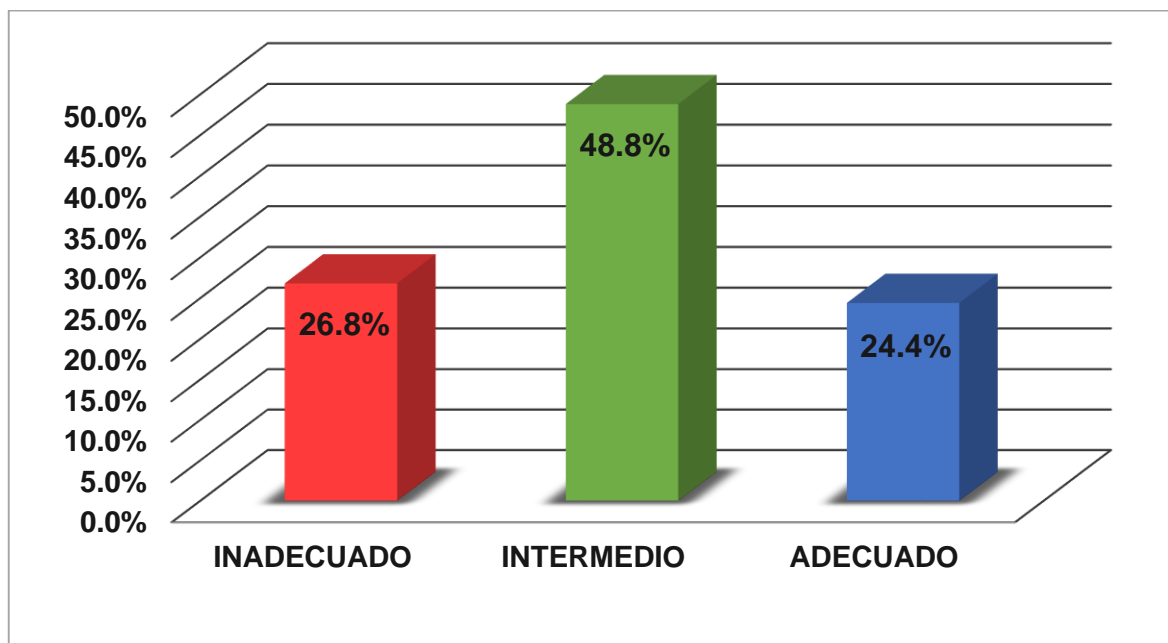
El 29.3%(17) de los adultos mayores presentan limitación para la medicación que le imposibilita mantener tomar sus medicamentos sin ayuda.

Tabla N° 17
PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
A LA MEDICACIÓN.

Medicación	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	11	26.8%
INTERMEDIO	20	48.8%
ADECUADO	10	24.4%
Total	41	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 17



El 26.8%(11) de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a medicación, el 48.8%(20) nivel intermedio y el 24.4%(10) presentan autocuidado adecuado.

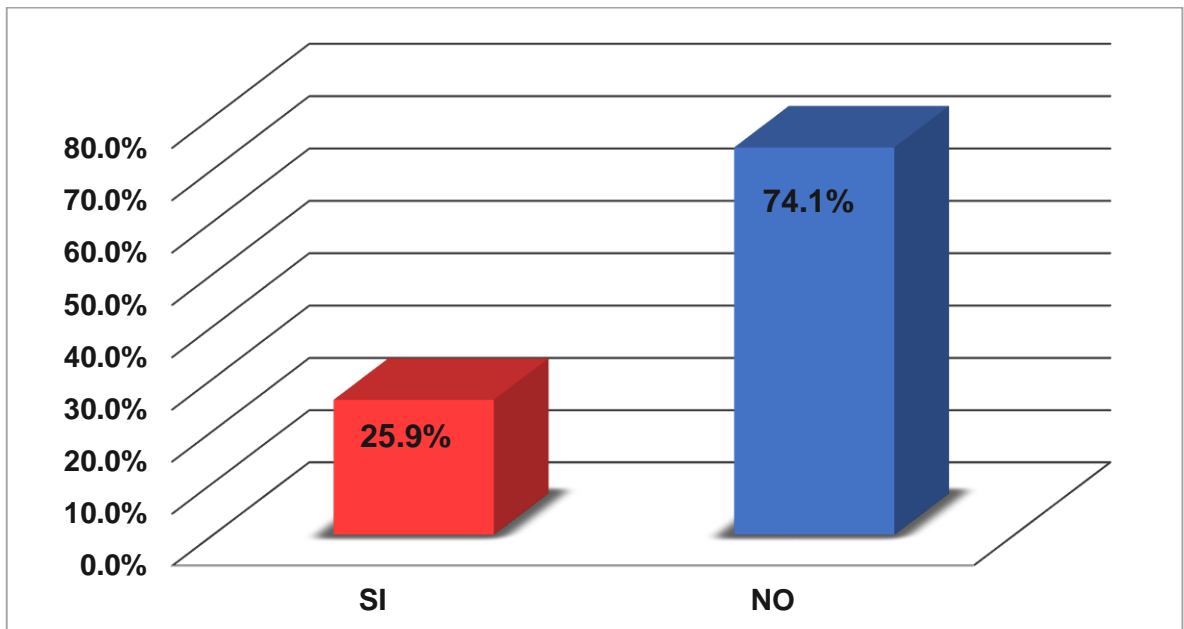
Tabla N° 18

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 LIMITACIÓN
EN EL CONTROL DE LA SALUD.**

Limitación en el control de la salud	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	15	25.9%
NO	43	74.1%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 18



El 25.9%(15) de los adultos mayores presentan limitación para el control de su salud que le imposibilita el control y puede responsabilizarse con su salud.

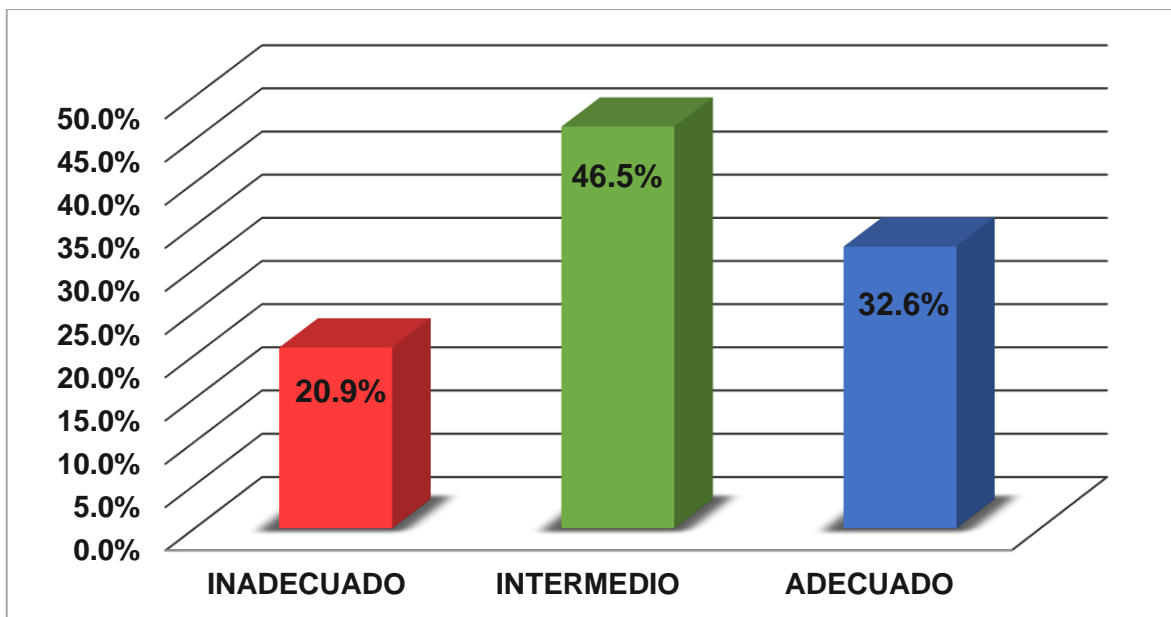
Tabla N° 19

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
AL CONTROL DE LA SALUD.**

Control de la salud	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	9	20.9%
INTERMEDIO	20	46.5%
ADECUADO	14	32.6%
Total	43	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 19



El 20.9%(9) de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación al control de su salud el 46.5%(20) nivel intermedio y el 32.6%(14) presentan autocuidado adecuado.

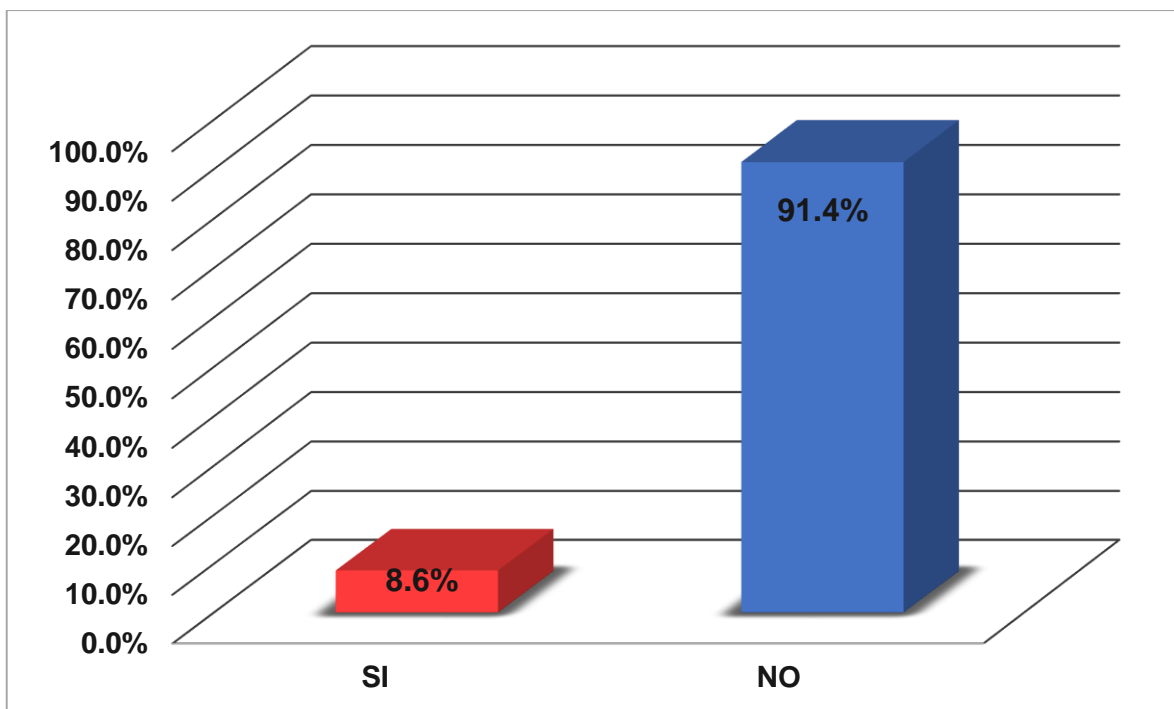
Tabla N° 20

PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 NO LIMITACIÓN
PARA HÁBITOS NOCIVOS.

No limitación para hábitos nocivos	Valor absoluto	Valor porcentual
SI	5	8.6%
NO	53	91.4%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 20



El 8.6%(5) de los adultos mayores no presentan limitación para los hábitos nocivos y puede mantenerse con hábitos nocivos.

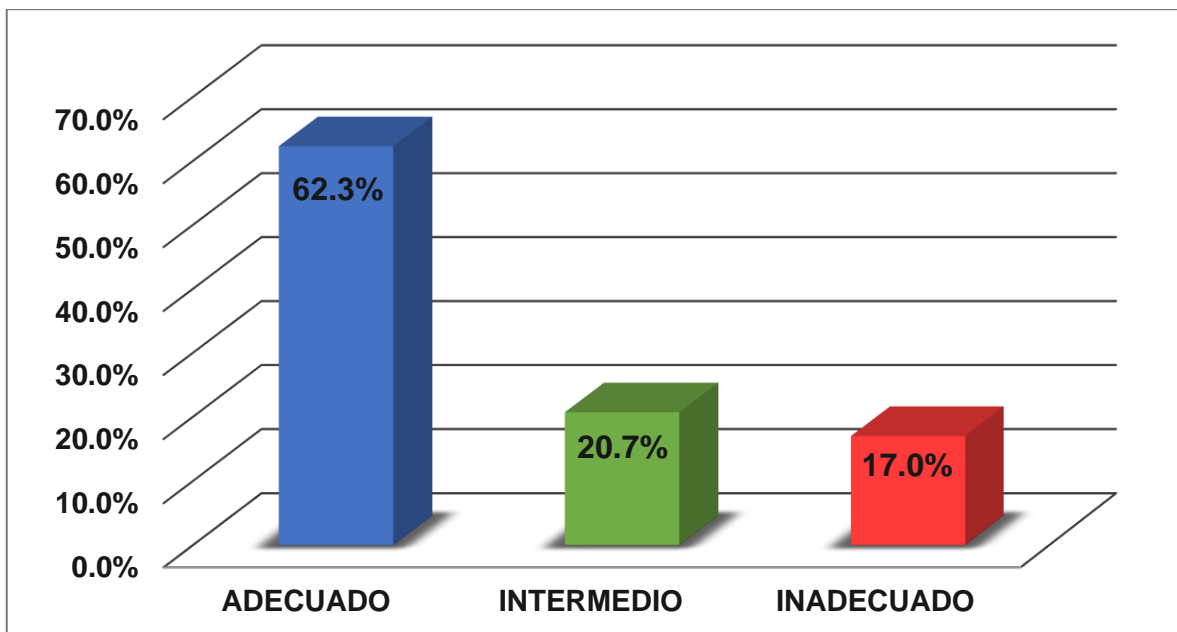
Tabla N° 21

**PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018 RELACIONADO
A HÁBITOS NOCIVOS.**

Hábitos nocivos	Valor absoluto	Valor porcentual
ADECUADO	33	62.3%
INTERMEDIO	11	20.7%
INADECUADO	9	17.0%
Total	53	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 21



El 62.3%(33) de los adultos mayores tienen un autocuidado adecuado en relación a los hábitos nocivos, el 20.7%(11) nivel intermedio y el 17%(9) presentan autocuidado inadecuado.

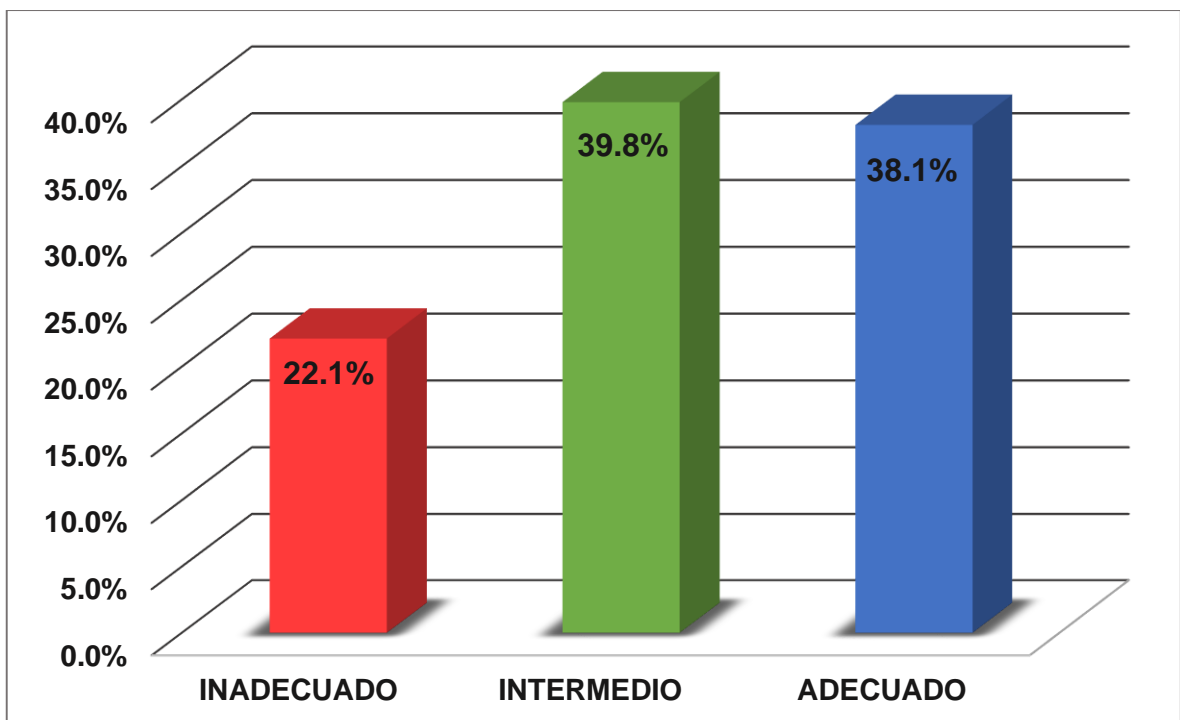
Tabla N° 22

PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL
“CASERÍO DE SAN RAFAEL” – DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO – ICA MARZO-MAYO 2018.

Autocuidado	Valor absoluto	Valor porcentual
INADECUADO	13	22.1%
INTERMEDIO	23	39.8%
ADECUADO	22	38.1%
Total	58	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 22



El 22.1%(13) de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado de su salud el 39.8%(23) nivel intermedio y el 38.1%(22) presentan autocuidado adecuado.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación se desarrolló en el “Caserío San Rafael” del distrito de Pueblo Nuevo en la ciudad de Ica, se trató de conocer el autocuidado que los adultos mayores de este Caserío presentan sobre el cuidado de su salud, encontrándose los siguientes resultados.

Gráfico N° 01 se clasificó a los encuestados según edad, observando que las edades entre 60 a 64 años son los que mayor población tienen 32.8% y se observa 17.2% de adultos mayores o iguales de 75 años, lo que es un porcentaje adecuado de longevidad.

Gráfico N° 02 se clasificó según sexo siendo el género femenino la que tienen mayor población 55.2% indicando que es este género la que tiene mayor tiempo de vida media.

Gráfico N° 03 muestra la población según estado civil, observándose que 25.9% de la población son viudos, y en condición de solteros está el 15.5% y divorciados 17.2% que es la población que presentan menos apoyo por encontrarse solos.

Gráfico N° 04 se muestra que el 5.2% de la población es analfabeta que está dentro de los parámetros nacionales, y un 29.3% son de instrucción superior.

Gráfico N° 05 muestra que el 63.8% de los adultos mayores presentan enfermedades concomitantes como lumbalgias, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, várices, parálisis, escaras, accidentes cerebro vasculares, enfermedades renales, entre otras.

Gráfico N° 06 se observa que el 22.4% de la población se encuentran discapacitados para las actividades física rutinaria.

Gráfico N° 07 donde se observa que el 40% de ellos presenta adecuado autocuidado en esta dimensión. En esta dimensión Loredo en México encuentra que el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena, sin embargo, en el estudio encontramos 40% atribuido a los estilos de vida de cada poblador en su respectivo país.

Gráfico N° 08 se muestra que el 27.6% de los adultos tiene limitación para la alimentación que le imposibilita decidir sobre su alimentación y requieren la ayuda en la mayoría de casos de otras personas.

Gráfico N° 09 se observa que los pueden alimentarse, el 28.6% de ellos tienen un adecuado autocuidado con su alimentación.

Gráfico N° 10 se encuentra que el 12.1% de los adultos mayores presenta limitaciones para sus funciones fisiológicas que requiere de terceras personas para realizarlo.

Gráfico N° 11 encontrándose que el 41.2% presentan un autocuidado adecuado.

Gráfico N° 12 relacionado al descanso y sueño, el 10.3% de los encuestados presenta limitación en esta función.

Gráfico N° 13 encontrándose que el 30.8% cumple adecuadamente con esta función que son los que tienen un autocuidado adecuado.

Gráfico N° 14 se encuentra que el 15.5% de los adultos mayores tienen limitaciones para higiene y confort.

Gráfico N° 15 se muestra los que no tienen limitaciones en esta función, encontrándose que el 44.9% de ellos presentan un autocuidado adecuado. Yataco M. encuentra autocuidado inadecuado en el 49% de los adultos evaluados similar al encontrado en el estudio.

Gráfico N° 16 se muestra la función medicación encontrándose que el 29.3% de ellos tiene limitaciones que le imposibilita la ingestión y manejo propio de sus medicamentos.

Gráfico N° 17 se muestra los que pueden realizar esta función encontrándose que el 24.4% de ellos tienen un autocuidado adecuado. Alvear R. Encuentra que en Ecuador que el control de la medicación es adecuado en el 64,2% mucho más

alta que el encontrado en el estudio que solo encontramos un 24.4% lo que se debería al corte que se tomó en ese estudio que solo tomo dos categorías.

Gráfico N° 18 se muestra que el 25.9% de los adultos mayores presenta limitación para el control de su salud, pues no pueden acudir por sus propios medios a sus controles.

Gráfico N° 19 donde se encuentra que el 32.6% cumplen adecuadamente esta función de autocuidado.

Gráfico N°20 En relación a los hábitos nocivos el 8.6% de los adultos mayores no presentan limitación para los hábitos nocivos.

Gráfico N° 21 en relación a los hábitos nocivos, el 62.3% presenta autocuidado adecuado.

Gráfico N° 22 se muestra que el 22.1% de los adultos mayores presenta autocuidado de su salud inadecuado, el 39.8% lo cumple parcialmente y el 38.1% lo realiza adecuadamente. Al respecto Coro V. en Ecuador encuentra que el 69.57% está dentro de la categoría de percepción de autocuidado inadecuado siendo mucho más alto a lo encontrado en la investigación atribuido a las condiciones de vida diferentes con dicho país. Can A. en México encuentra que el 34% tiene un nivel de autocuidado inadecuado, mientras que en el estudio se encontró 22.1% con poca diferencia. Castiblaco M. en Colombia encuentra que la mayoría de los adultos mayores evaluado presenta cuidado intermedio en las dimensiones de eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud similar al encontrado en el estudio. Ellen K. en Trujillo encontró 54.3% de adultos que tienen autocuidado adecuado más elevado que el estudio que solo encontró 38.1% la que se debe que en el estudio de Trujillo solo se tomó dos categorías. Gallardo R. en Lima encuentra 17% de los pacientes tienen autocuidado adecuado, más bajo que el encontrado por el estudio que es de 38.1% que se atribuye a la localización de la investigación pues se trata de realidades distintas. Garcilazo M. en su estudio en Lima encuentra alta prevalencia de dependencia.

CONCLUSIONES

1. El 17.8% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a las actividades físicas, el 42.2% nivel intermedio y el 40% presentan autocuidado adecuado.
2. El 23.8% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a la alimentación, el 47.6% nivel intermedio y el 28.6% presentan autocuidado adecuado.
3. El 15.7% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a la eliminación fisiológica, el 43.1% nivel intermedio y el 41.2% presentan autocuidado adecuado.
4. El 36.5% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación al descanso y sueño, el 32.7% nivel intermedio y el 30.8% presentan autocuidado adecuado.
5. El 18.4% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a higiene y confort, el 36.7% nivel intermedio y el 44.9% presentan autocuidado adecuado.
6. El 26.8% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación a medicación, el 48.8% nivel intermedio y el 24.4% presentan autocuidado adecuado.
7. El 20.9% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado en relación al control de su salud el 46.5% nivel intermedio y el 32.6% presentan autocuidado adecuado.
8. El 62.3% de los adultos mayores tienen un autocuidado adecuado en relación a hábitos nocivos, el 20.7% nivel intermedio y el 17% presentan autocuidado inadecuado.
9. El 22.1% de los adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado de su salud, el 39.8% nivel intermedio y el 38.1% presentan autocuidado adecuado.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del “Caserío San Rafael” para que promuevan actividades recreativas, deportivas y estrategias de resolución de problemas con la finalidad de mantener el cuerpo y la mente sana lo que a su vez fomenta la autonomía e independencia del adulto mayor, aumentando su bienestar físico y emocional.
 2. Promover y fortalecer a la familia mediante sesiones educativas y demostrativas sobre la correcta alimentación para prevenir los riesgos de salud.
 3. Asesoramiento por parte del personal de enfermería a los familiares y cuidadores de los adultos mayores a reconocer alteraciones en la función de eliminación de heces y orina, así mismo realizar ejercicios para mantener el equilibrio del cuerpo.
 4. Programar capacitaciones al equipo de salud a través de sesiones de asesoramiento que permita un correcto diagnóstico y manejo de los diferentes trastornos de descanso y sueño, de manera que se brinde un adecuado tratamiento y mejor calidad de vida a los adultos mayores.
 5. Realizar sesiones demostrativas a la familia, cuidadores y adultos mayores sobre los buenos hábitos higiénicos para fomentar el cuidado del aspecto físico.
 6. Concientizar a los familiares y adultos mayores a cumplir adecuadamente su tratamiento para mantener un buen estado de salud.
 7. Promover controles médicos periódicamente mediante campañas de promoción de la salud donde se hagan despiste de enfermedades.
 8. Motivar a los adultos mayores hacia el logro de un auténtico autocuidado, propiciando responsabilidad por su salud y consiguiendo estilos de vida saludables.
 9. Promover trabajo en conjunto con todos los sectores de salud, municipio, y otras instituciones para en conjunto mejorar la calidad de vida del adulto mayor, promoviendo estilos de vida favorables, como cultura, deporte, arte, entre otros.
- A las enfermeras asistenciales que pertenecen al área de estudio, 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [citado 2014 Mayo 10] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
- 2.- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015) Temas de salud: Envejecimiento. Sitio web recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
- 3.- Ministerio de la Salud. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. Perú. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf. Fecha de acceso abril 2015.
- 4.- Coro V. Dimensión de autocuidado para la atención paliativa al adulto hipertenso Pungala-Puruhuay, Riobamba Ecuador. 2017.
- 5.- Loredo M. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor México 2016. Rev. Enfermería Universitaria. 2016;13(3):159-165.
- 6.- Can A. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. México 2015. Revista Iberoamericana para la Investigación y el desarrollo educativo. Vol 6 N° 11. 2015.
- 7.- Castiblaco M. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; 33 (1): 58-65.
- 8.- Alvear R. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS-Cuenca. Ecuador 2014.
- 9.- Ellen K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015 Trujillo Perú.
- 10.- Gallardo R. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo Lima Perú 2015.
- 11.- 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 Perú 2014.

- 12.- Yataco M. (2017). Percepción del autocuidado en los adultos mayores del Centro Poblado Cruz Blanca Chíncha enero 2017.
- 13.- Organización de las Naciones Unidas. Temas mundiales: Envejecimiento. Página principal [monografía en internet] [consultado 2014 diciembre 11]; Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/>.
- 14.- Ramírez J. Percepción de la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores, con adultos mayores que participan y no participan en actividades recreativas de Dirección Hogar Padre La Mónaca durante el periodo Julio-octubre del año 2016. España.
- 15.- Arechabala C, Promoción en salud y envejecimiento activo, Revista Biomédica [revista en internet] [consultado 2015 septiembre 14] 7(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfermeria/3/2738>.
- 16.- Castro L, Muñoz S. Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto mayor en el Hospital Walter Cruz Vilca, centro poblado Miramar, Trujillo – 2014. [Tesis de Bachiller]. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo Perú. 2014.
- 17.- Rodríguez J, Zas V, Silva E, et al. Evaluación geriátrica integral: Importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 2014;9.
- 18.- De La Rosa M. (2017). Factores socioculturales relacionados con capacidad de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, Trujillo 2017. Científico 5(2), 2017.
- 19.- Butinof M, Guri, A.K, Rodríguez, G, Abraham, D, Vera, Y, y Gasmann J. (2014) Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la Provincia de Córdoba – apuntes para una reflexión preliminar.
- 20.- Miller T. La nueva era demográfica en América Latina y El Caribe: La hora de la igualdad según el reloj poblacional. Documento de referencia DDR/2. CEPAL. 2014.
- 21.- Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima - Perú; 2007. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>. Fecha de acceso abril 2015.

22.- Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. Publicado por Minsal – 2014 – Chile. Disponible en [citado 2014 Mayo 10] http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf.

23.- Manrique B, Salinas A, Moreno K, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Méx.* 2013;55:323.

24.- Jima S. Factores psicosociales que afectan a las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Enfermería; 2014.

25.- M A. Teoría general de enfermería. [Online].; 2013 [cited 2017 Julio 10. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>.

26.- Carbajal G, Moya S. Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor. [Tesis de Bachiller]. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 2014.

27.- Alvarado A. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria* Volume 14, Issue 3, July–September 2017, Pages 199-206.

28.- Rivero M, González N, González, B, Herrera N, Hornedo J, Rojas I. Valoración ética del modelo de Dorothea Orem. *Rev Habanera de Cien Méd.* [Internet] 2007 [citado 2014 may. 15]6(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000300012).

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	INSTRUMENTO	FUENTE
Autocuidado	¿Cuál es la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018?	Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor en el “Caserío de San Rafael” – distrito de Pueblo Nuevo – Ica marzo-mayo 2018.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precisar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado a la actividad física. 2. Evaluar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado a la alimentación. 3. Indicar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado a la eliminación fisiológica. 4. Indicar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado al descanso y sueño. 5. Investigar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado a higiene y confort. 	No aplica	TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).	Adulto mayor

			<p>6. Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado a la medicación.</p> <p>7. Determinar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado al control de salud.</p> <p>8. Precisar la percepción de autocuidado del adulto mayor relacionado a hábitos nocivos.</p>			
--	--	--	---	--	--	--



ANEXO A

DATOS GENERALES:

- 1.- Edad _____ 2.- Sexo: Masculino _____ Femenino _____
- 3.- Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado _____
- 4.- Grado de instrucción ___ Primaria ___ Secundaria ___ Superior _____
- 5.- Enfermedades que padece _____

TEST DE CYPAC-AM

(Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

A. Actividad física

1. Puede movilizarse sin ayuda _____ Si _____ No _____
2. Participa en el círculo de jubilados _____ Si _____ A veces _____ No _____
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente ___ Si ___ A veces _____ No _____
(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras ___ Si ___ A veces ___ No ___

B. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda _____ Si _____ No _____
2. Tiene establecido un horario fijo para comer _____ Si _____ A veces _____ No _____
3. Prefiere los alimentos sancochados que fritos ___ Si ___ A veces ___ No _____
4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste _____ Si ___ A veces ___ No _____

C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda___ Si___ No___
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular_ Si___ A veces___ No___
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones___ Si___ A veces___ No___
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas___ Si___ A veces___ No___
(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantan*)

D. Descanso y sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño___ Si___ No___
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer. Si___ A veces___ No___
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo___ Si___ A veces___ No___
4. Procura dormir las horas necesarias diarias___ Si___ A veces___ No___
(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda___ Si___ No___
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido___ Si___ A veces___ No___
3. Acostumbra bañarse con agua tibia_____ Si___ A veces___ No___
4. Usa una toallita independiente para secarse las pies_ Si___ A veces___ No___

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla_ Si___ No___
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado___ Sí___ A veces___ No___
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico___ Si___ A veces___ No___
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero___ Si___ A veces___ No___

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud_ Si___ No___
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar___Sí___A veces___No___
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas_Si___A veces___No___
4. Se realiza auto chequeos periódicos en la casa_____Si___A veces___No___

(Autoexamen de mama (mujeres) o próstata (varones), control de glucosa, inspección de pie y de boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o hábitos nocivos

(Alcohol, Cigarillo)

1. Puede mantenerse sin ningún hábito nocivo___ Si___ No___
2. Puede controlar la cantidad nocivo que consumo___Si___A veces___No___
3. Tiene un hábito Nocivo, pero intenta dejado_____Si___A veces___No___
4. Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlo_____Si___A veces___No___

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información a la participante.

Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio que tiene por finalidad: medir la PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR.

Si decidiera no aceptar participar del estudio, no necesita dar ningún tipo de explicaciones, tampoco significará alguna sanción o problemas administrativos en el centro asistencial donde se atiende. Su participación es absolutamente voluntaria y ninguna decisión relacionada con su salud u otros aspectos de su vida dependerán de que Ud. acepte o rechace participar.

El equipo de investigadoras se compromete a eliminar todo registro en que aparezcan sus datos personales y guardarlos solo con una clave.

Por lo anterior, declaro que el equipo investigador, me ha explicado en forma clara su proyecto de investigación y que el objetivo de la entrevista es obtener información sobre mi percepción de autocuidado.

Proporciono los datos aportados participando de manera libre, sin ser obligado, a cambio de obtener la retribución del resguardo de mi identificación individual en todo momento, por lo que se me ha informado que los archivos de los datos serán identificados con una clave para su uso en distintos momentos del estudio, a los que sólo tendrán acceso los responsables del proyecto.

También declaro haber sido informado de que, en este acto libre y consciente, puedo retirarme en cualquier momento de la investigación.

De acuerdo a todo lo anterior yo:

Decido participar voluntariamente. _____

Rechazo participar voluntariamente. _____

Firma del participante _____

Firmado el ___ de _____ del 2018.