

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN –TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE  
EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB DE  
SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO  
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014**

## **TESIS**

Presentada por:

**Bach. Jessica Vilma Huallpa Cartagena**

Para Optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TACNA – PERÚ  
2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE  
EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB DE  
SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO  
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014**

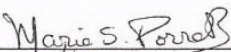
**TESIS**


**BACH. JESSICA VILMA HUALLPA CARTAGENA**

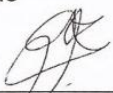
Para Optar el Título Profesional de:

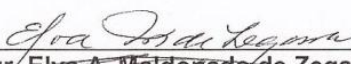
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. María S. Porras Roque**  
**PRESIDENTA**

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Carla P. Mori Fuentes**  
**JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Silvia C. Quispe Prieto**  
**JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Elva A. Maldonado de Zegarra**  
**ASESORA**

## *DEDICATORIA*

*El presente trabajo de investigación está dedicado en primer lugar a DIOS por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación como profesional, y a mis padres por brindarme su amor y apoyo incondicional en los momentos que más lo necesitaba.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*No fue fácil llegar, se necesitó perseverancia, lucha, deseo y sobre todo ayuda, apoyo moral y estímulo como el que he recibido durante este tiempo, por lo que quiero expresar mi más profundo agradecimiento por infundir en mí este camino que inicio con toda la responsabilidad que representa el término de mi carrera profesional.*

- ✓ *A Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesité y bendecirme con la posibilidad de caminar a su lado durante toda mi vida.*
- ✓ *A mis queridos padres, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor, y hacer posible el logro de la más grande de mis metas.*
- ✓ *A mi hermano Eddy por sus consejos y alientos cuando más la necesité y su perseverancia y apoyo incondicional.*
- ✓ *A mi asesora Mgr. Elva Maldonado de Zegarra; por brindarme su apoyo y confianza y contribuir así mi empeño.*
- ✓ *A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; por haber inculcando en mí el amor a Enfermería y la importancia de nuestra profesión en la sociedad.*
- ✓ *A los Miembros del Jurado: Por su paciencia, por sus aportes y sugerencias en el desarrollo de la presente tesis.*
- ✓ *En especial quiero dar las gracias a Mgr. María Porras R, Mgr. Carla Morí F, Dra. Danny Tejerina V, Mgr. Flor de María Miranda S, por el apoyo incondicional que me dieron en mi desarrollo de la práctica pre profesional.*

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	3
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Justificación.....	8
1.4. Formulación de la Hipótesis.....	11
1.5. Operacionalización de variables.....	11
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Términos conceptuales y definiciones.....	57

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Material y Método.....	59
3.2. Población y Muestra.....	59
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	60
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	64
3.5. Procesamiento de datos.....	66

### **CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS**

4.1. Resultados.....	67
4.2. Discusión.....	80

### **CONCLUSIONES**

### **RECOMENDACIONES**

### **REFERENCIAS**

### **ANEXOS**

## RESUMEN

Este estudio nos permite determinar la Relación que Existe entre el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado del Adulto mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014. Para lo cual se aplicó un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, tomando como unidades de estudio a 60 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta e instrumentos el test de conocimiento y percepción CYPAC. Para la relación se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado con 95% de confiabilidad y significancia  $p < 0.05$ .

En cuanto al resultado se obtiene que: el nivel de conocimiento medio, el 35,0% presentan prácticas de autocuidado parcialmente adecuadas, mientras que del total de encuestados con nivel de conocimiento bajo el 6,7% presentan prácticas parcialmente adecuadas, finalmente del total de encuestados con nivel de conocimientos alto el 3,3% presenta práctica adecuada, así mismo No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y práctica del autocuidado del adulto mayor, en el Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

**Palabras Clave:** Adulto mayor, autocuidado, práctica de autocuidado, conocimiento, nivel de conocimiento.

## **ABSTRACT**

This study allows us to determine the relationship that exists between Level of Knowledge and Practice Self-Care Senior Adult Club San Francisco District Lanchipa Gregorio Albarracín, 2014. Tacna whereby a descriptive correlational study and applied cross section, taking as units of study 60 seniors. For data collection was used as technical survey instruments and test knowledge and perception CYPAC. Statistical Chi-square test with 95% reliability and significance of  $p < 0.05$  was used for the relationship.

As the result we obtain that: the average level of knowledge, 35.0% have partially adequate self-care practices, while the total respondents with low knowledge level 6.7% have partially good practice finally the total of respondents with high level of knowledge 3.3% have adequate practice, likewise there is no significant relationship between the level of knowledge and practice of self-care of the elderly, the Club of San Francisco District Lanchipa Gregorio Albarracín, Tacna 2014.

**Keywords:** Senior Adult, self care, self-care practice, knowledge, level of knowledge.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio, titulado “Relación entre el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado del Adulto Mayor del Club de San Francisco, del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) define al Adulto Mayor como aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona.

En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Explica que en los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó, por el intenso descenso de la fecundidad y aumento de la población adulto mayor. Es tiempo en que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento, ahora la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI. (2)

En el Perú actualmente el 7,2% de la población peruana está integrada por personas de 60 a más años de edad y se estima para el 2025 el ascenso del 12,6% (3). En la región Tacna la población adulta

mayor asciende a 10.90% de la población registrada. Por la cual necesita de una política de promoción y protección de la salud a este grupo humano. (4)

Conscientes de la realidad y siendo labor de enfermería, la promoción de la salud, se desarrolló la presente investigación, de modo que permita identificar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor.

El cual consta de cuatro capítulos: en el capítulo I, planteamiento del problema, hace referencia de los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables; el capítulo II, de marco teóricos desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas; en el capítulo III, de metodología de la investigación, se plantea el material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos y procesamiento de datos y el capítulo IV, de los resultados consta de resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y finalmente anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2007, se estima que la población mundial de personas de 60 años a más alcanza a 600 millones, lo que representa el 8.7% de la población general y se calculó para el 2025 que esa población ascenderá de 1 a 2 millones, equivalente al 13,7% de la población en general. (3)

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL en el año 2006, menciona que según proyecciones demográficas en las próximas décadas aumentarán aún más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en el año 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100 millones de personas y en el 2050, cerca de 200 millones. (3)

En consecuencia, los adultos mayores de 60 años que representaban el 8,1% de la población total de América Latina (515

millones de personas) en el año 2000, pasarán a ser el 14,1% en 2025 y representarán cerca de la cuarta parte de la población total (23,4%) en el año 2050. (3)

Según la Organización Mundial de Salud(OMS), las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y los que sobrepasan los 90 son considerados como grandes viejos o grandes longevos, y a toda persona mayor de 60 años se le llama indistintamente persona de la tercera edad.(5)

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (5)

En el 2010 la población de 60 años y más alcanzó el 13.1% de la población total. En los países de Canadá, Cuba, Puerto Rico ya

superaron el índice de envejecimiento de la población al igual que en Chile y Argentina que tienen un crecimiento de 122 adultos mayores por cada 100 niños. (6)

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2012, señala que existen en el Perú, dos millones 807 mil 354 habitantes mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,21% de la población total, estimándose que un millón 311 mil 027 son varones y un millón 496 mil 327 son mujeres. Cuya proyección para el año 2025 será el 12% de la población del adulto mayor. (3)

En la Dirección Regional de Salud Tacna, ASÍIS en el año 2012 especifica que habido un aumento en la población adulto mayor en comparación con el ASIS del año 2010, con una población 7,5% y en el año 2012 la población adulto mayor aumento a un 10,9% siendo la población está 24.467 adultos mayores.

El envejecimiento de la población peruana es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general

y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional.

El Ministerio de Salud según los lineamientos de política del sector 2002 – 2012, busca atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población que ascienden a un total de 24.467 adultos mayores. (7)

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

**¿Cuál es la relación que existe entre el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado del Adulto Mayor del Club de San Francisco, del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014?**

## **1.2. OBJETIVOS:**

### **Objetivo General:**

Determinar la relación que existe entre el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado que tiene el Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna, 2014.

### **Objetivos Específicos:**

- Evaluar el Nivel de Conocimiento del Autocuidado que tiene el Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín, Tacna.
  
- Identificar la Práctica del Autocuidado que tiene el Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín, Tacna.
  
- Establecer la Relación entre el Nivel de Conocimiento y el Nivel de Práctica sobre el Autocuidado del Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín, Tacna.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN:**

Dado el crecimiento de la población adulta mayor, en el país y a nivel mundial, y teniendo en cuenta el aumento de la población adulta mayor, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional. Frente a ello el Ministerio de Salud del Perú, ha formulado como primer lineamiento que guie sus acciones, a la Promoción de salud con enfoque hacia el autocuidado, de esta forma se pretende que el adulto mayor sea el protagonista principal del cuidado de su salud, lo cual asegure la satisfacción de un conjunto de necesidades básicas para la vida, así logrando alcanzar un envejecimiento activo y saludable. (8)

Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud es motivar a los adultos mayores para que tengan como metas saludables, sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario. En este planteamiento, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dichos objetivos. (9)

Por tal motivo, se considera necesario determinar los conocimientos y las prácticas hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tiene los adultos mayores, de esta forma teniendo un escenario concreto, se puedan implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea auto Valente lo más posible, logrando así un envejecimiento activo y saludable.

Porque buscamos desarrollar prácticas saludables en los adultos mayores, fortaleciendo los conocimientos y prácticas del autocuidado en las personas mayores así prevenir diferentes enfermedades, como problemas cardiovasculares, osteoporosis, consumo de sustancias psicoactivas y dependencia senil. Para que esta investigación sea el impulso para corregir las deficientes actividades de salud, desarrollar nuevas políticas de salud y esquemas de atención, para brindar una atención de calidad para el adulto mayor.

Es por ello, que me motivo desarrollar el presente estudio con la finalidad de conocer por un lado la calidad de autocuidado que brinda el profesional de enfermería y el impacto que percibe los adultos mayores en su autocuidado. Teniendo en cuenta que a pesar

de que el ministerio de salud envía a los profesionales de salud para realizar diferentes actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, siendo uno de los miembros del equipo interdisciplinario de salud, de mayor responsabilidad para facilitar el aprendizaje del autocuidado, para los adultos mayores., está aún es insuficiente, por la recarga laboral por parte del profesional de salud. Entonces, los resultados de este estudio tendrán una enorme contribución al conocimiento científico de este tema, sobre todo en el autocuidado que realmente realizan los adultos mayores.

Conscientes de esta realidad, reconociendo el ámbito de labor de enfermería siendo intra y extramural con los adultos mayores en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades se aborda el tema a través de la realización de la siguiente investigación:

**“RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB DE SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014”**, fortalecer los lineamientos que designan el trabajo extramural en educación y capacitación de la familia y el adulto mayor, para disminuir los

recursos y aumentar la calidad de atención, y esto disminuye las enfermedades transmisibles y no transmisibles, todo esto contribuye el mejor estado de salud del adulto mayor.

#### **1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:**

Hi: Existe relación entre nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de San Francisco, del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del Club de San Francisco, del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014

#### **1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable Independiente: Nivel de conocimiento del autocuidado

Variable Dependiente: Nivel de práctica del autocuidado

Población: Adultos mayores del Club San Francisco

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
Nivel de conocimiento del autocuidado del adulto mayor.	Es el grado intelectual en el que conoce el adulto mayor como es que debe de cuidar su salud.	Actividad Física Alimentación Descanso y Sueño Higiene y Confort	Nivel de Conocimiento Alto : 12 a 14 puntos Nivel de Conocimiento Medio: 7 a 11 puntos Nivel de Conocimiento Bajo : 0 a 6 puntos	Ordinal
Nivel de práctica del autocuidado del adulto mayor	Grado en el cual el adulto mayor realiza los conocimientos aprendidos sobre el cuidado de su salud	Actividad Física Alimentación Descanso y Sueño Higiene y Confort	Autocuidado Inadecuado :11 a 12 puntos Autocuidado Parcialmente Adecuado :8 a 10puntos Autocuidado Adecuado :4 a 7puntos	Ordinal

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:**

##### **A nivel Internacional**

**Millán, I:** (10), En el 2010 realizó un trabajo de investigación sobre: la evaluación de la capacidad de percepción de Autocuidado del adulto mayor en la comunidad en Holguín-Cuba. Realizó el estudio es descriptivo transversal con una población de 354 ancianos y una muestra de 195 adultos mayores a los cuales se les aplicó un instrumento para medir el nivel de Autocuidado. Del cual tuvo como resultado: que el 50.5% de los hombres y el 43.3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de Autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46.7%, un 9.8% tiene un déficit parcial y 5.6% un déficit total.

**Fernandez, A Y Marrique, F.**(11), En el año 2008 realizó un trabajo de investigación sobre: efecto de la intervención educativa en la agencia

de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia en el año 2008, con un tipo de estudio cuasi experimental con pre prueba y post prueba desarrollado en Tunja y Soracá, entre octubre y diciembre de 2008; con una muestra de 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos. Resultados: Después de la intervención educativa, al mes aumentó la agencia de autocuidado en 26,4 puntos y 1,9 puntos en el grupo experimental y control respectivamente, cuando se usó medición basal; 20,5 y 1,2 cuando se controló el efecto basal. La ganancia en ASA fue significativa entre 20,9 y 31,8 puntos ( $p=0,00$ ) usando basal en grupos dependientes; y 16,9 a 24 puntos sin medida basal en grupos independientes experimentales.

**Araneda,G.** (12), En el año 2007 realizó en su estudio sobre: capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martin de Chillan-Chile. estudio descriptivo que muestra capacidad de autocuidado (AC) del adulto mayor (AM) y factores sociodemográficos y de salud que inciden en ella.se aplicó un cuestionario con Escala Barthel, Escala pfeiffer y Escala Visual Análoga del dolor a 196 AM hospitalizados. Los resultados indican, que 80,1% son independientes

en su AC; 15,8% son medianamente independiente y 4,1% son dependientes.

La mayoría de adultos mayores tiene entre 60 y 70 años, viven en sector urbano, tienen escolaridad básica o analfabetos y con pareja. El 61,2% procede del sector urbano y, de estos, el 76% son independientes.

La escolaridad es directamente proporcional con la capacidad de autocuidado; e indirecta con número de hospitalización. Sobre el 6,1% y el 7,1% necesitan ayuda total o parcial para eliminación intestinal o vesical, respectivamente; y, para alimentarse el 11,3%. Casi el 20% tiene algún grado de dependencia para su aseo matinal.(12)

En relación a conocimiento en salud: 85% sabe poco de su enfermedad, el 50% conoce acción y horario de medicamentos, sobre el 50% desconoce el valor de su presión arterial. Los resultados señalan que: hay relación estadística significativa entre estado de salud mental, dificultad para comer, explicación sobre ingesta de medicamentos y capacidades de autocuidado del adulto mayor.(12)

**Baca, M y Aguilar, L. (13)**, En el año 2008 realizaron el estudio “nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado México”, este estudio tuvo como propósito Identificar el nivel de conocimiento que el

usuario diabético tiene sobre su autocuidado, en la cual llegó a la conclusión de que el nivel de conocimiento de autocuidado fue insuficiente en un 79% y se vio reflejado principalmente por falta de información de parte del equipo de salud, ya que en un 38% refieren no haber recibido información sobre su patología.

### **A nivel Nacional**

**Manrique, D:** (14), En el año 2010 realizó un trabajo de investigación sobre: "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Lima, tiene como objetivos generales determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las Necesidades Básicas. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio.

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

**Palacios, B.** (15), En el año 2008, realizó un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de establecer la relación entre el grado de apoyo familiar con el nivel de autocuidado del adulto mayor hipertenso, en una muestra de 91 adultos mayores de ambos géneros. La técnica empleada fue la entrevista y los instrumentos dos cuestionarios. Resultados: el grado de apoyo familiar en el adulto mayor hipertenso fue alto en el 56% de los participantes y bueno en el 89% de los participantes. se concluye que existe relación estrecha entre el grado de apoyo familiar y el nivel de autocuidado en el adulto mayor hipertenso.

**Malca, G y Quilcate, P.** (16), En el año 2012 en su trabajo de investigación acerca de Factores Demográficos y la Práctica de

Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital Tomás La Fora de Guadalupe, encontraron que el mayor porcentaje (55%) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje de (37%) presentó un nivel de autocuidado regular y un porcentaje de (8%) presentó un nivel de autocuidado malo.

### **A nivel Local**

**Pacci, N.** (17), En el año 2009 realizó un trabajo de investigación sobre: factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009, Con una población de 60 adultos mayores. Concluyendo: en los factores sociales; según el tiempo de residencia el 83,3% refirió encontrarse de 6 a más años, en la ocupación laboral actual 58,3% su casa, dependencia económica 93,3% de sus rentas propias, ingreso económico mensual promedio 60% menos de 550 n.s. Referente a la satisfacción de las relaciones sociales con sus vecinos y comunidad, 88,3% refirió encontrarse satisfecho.

En lo cultural; el 53,3% de los adultos mayores refirieron ser católico, el 70% sí participa, el 80% sin instrucción, el 53,3% refirió acudir al establecimiento de salud en caso de enfermedad o accidente, el

58,3% consume diariamente carbohidratos y proteínas, que el 70% de los adultos mayores participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad. Estadísticamente existe influencia entre los factores sociales y culturales y el autocuidado ya que presentaron un  $X^2_{cal} > X^2_{tabl}$ . Y un  $p < 0,05$ , por lo que existe dependencia entre esas variables.

**Fernández, E.** (18), En el año 2006 realizó un trabajo de investigación sobre: influencia de la actitud del adulto mayor en su autocuidado del club adulto mayor del Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Enfermería. Tacna, 2006. Con un total de población de 54 adultos mayores, determinó que las actitudes del adulto mayor hacia su autocuidado son negativas (59,3%), los adultos mayores con actitudes positivas (40,7%) y negativas (59,3%), se caracteriza por tener un regular autocuidado, estadísticamente la actitud del adulto mayor no influye positivamente en el autocuidado.

## **2.2. BASES TEÓRICAS:**

Como ya bien sabemos el desarrollo y práctica del autocuidado en los adultos mayores, el cual va a depender de muchos factores y entre ellas la propia edad del adulto mayor y su estado de salud.

### **CONOCIMIENTO**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posterior), o a través de la (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. (19)

### **NIVEL DE CONOCIMIENTO**

El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona. (19)

## **ADULTO MAYOR**

Según la OMS, Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad y que van sufriendo cambio degenerativo en la biología y cognición de la persona. (1)

Según Erickson en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad vs. desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de amor, aun cuando no fueron perfectas. (20)

También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Los ancianos necesitan aceptar sus vidas y su proximidad a la muerte; si fracasan, se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida y, por tanto, serán incapaces de aceptar la muerte. Aquellos que han trabajado “toda” su vida y tienen la oportunidad, deben aceptar su retiro del campo laboral al jubilarse.

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son las siguientes:

**a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable:**

Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (20)

**b) Persona Adulta Mayor Enferma:**

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el

establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. (21)

**c) Persona Adulta Mayor Frágil:**

Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

Edad: 80 años a más.

Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer. Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.

Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.

Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.

(21)

Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.

Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial:

Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.(21)

Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.

Hospitalización en los últimos 12 meses Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28. (20)

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la Prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. (21)

#### **d) Paciente Geriátrico Complejo**

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

Edad: 80 años a más.

Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas. (21)

## **CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR**

### **Cambios físicos:**

Son muchas las diferencias individuales entre la cronología y el alcance de los cambios durante la edad adulta tardía o vejez, así como en las capacidades de percepción y sensitivas. (22)

Las personas de edad avanzada experimentan un debilitamiento general de la capacidad de respuesta y del procesamiento de información. Estos cambios les exigen hacer ajustes en muchos aspectos de su vida. (22)

### **Cambios psicobiológicos:**

Perdida de textura y elasticidad de la piel, Adelgazamiento y disminución de la talla corporal, Adelgazamiento de los huesos, La pérdida de dientes y los problemas de encías son comunes, Problemas de visión, Desaparición progresiva de masa muscular, Atrofia de los músculos, Se intensifican las arrugas, Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, Propenso a la osteoporosis en

las mujeres, Pérdida de la adaptación al frío y al calor, Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, Las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad, Los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto. (22)

### **Cambios en la alimentación**

A lo largo del tubo digestivo, desde la boca hasta el recto, se producen una serie de cambios que favorecen a la aparición de patologías propias de los ancianos. Como:

Pérdida progresiva de las piezas dentales, Atrofia de las glándulas salivales, Sequedad de la boca, Disminución del apetito, Trastornos de motilidad digestiva, Disminución de ácido gástrico así como las diferentes enzimas: tripsina, amilasa, Disminución de la motilidad intestinal, El páncreas también va a disminuir su función exocrina; el hígado disminuye de tamaño y en el número de los hepatocitos; la vesícula es un órgano que menos sufre alteraciones. (23)

## **Cambios en el descanso y sueño**

Las fases de sueño profundo son menores

El adulto mayor despierta con mayor frecuencia

Disminución en la cantidad y duración del sueño debido a los constantes despertares.

Las siestas diurnas aumentan

Fácilmente se despiertan por ruidos y aumentan los despertares nocturnos. (24)

## **TEORÍAS SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento se estudia a partir de las teorías biológicas, psicológicas y sociales.

### **a. Teorías biológicas del proceso de envejecimiento**

Las teorías biológicas intentan explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos, mentales, la longevidad y la muerte. (25)

Según Mora Teruel, las teorías que tratan de explicar el envejecimiento biológico pueden dividirse en dos grupos:

- El primero lo relaciona con un programa activo de autodestrucción, escrito en los propios genes, que sería el resultado de un programa secuencial de sucesos. (25)
- El segundo sitúa al envejecimiento como el resultado pasivo de un deterioro general, por deterioros genéticos o danos celulares irreparables. (26)

#### **b. Teorías psicológicas y sociales del proceso de envejecimiento**

Las teorías psicológicas y sociales, intentan describir y explicar la conducta del adulto mayor en relación con los demás; Proponen que el estilo de vida, la personalidad y los factores ambientales son determinantes en el proceso de envejecimiento.

- Teoría de la actividad, afirma que un alto grado de participación es la clave de lograr un buen envejecimiento y autorrealización (autocuidado). (22)

- Teoría de la desvinculación, hace referencia que al retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. Sin embargo, esta teoría no trata la influencia del tipo de personalidad, ni explica los muchos ancianos que permanecen sumamente activos y creativos hasta la muerte, ni la insatisfacción de los que se ven forzados al retiro de sus obligaciones sociales. (22)
  
- Teoría de la continuidad, sustenta que el envejecimiento depende de la vida del adulto mayor, su tipo de personalidad, su capacidad para adaptarse al estrés y de que su medio social siga siendo estable con el paso de los años. (22)

Estas teorías que han estudiado el proceso del envejecimiento, coinciden en reconocer que son el estilo de vida y el medio ambiente los que determinan en gran medida un buen envejecimiento, por lo que se puede decir que es la propia persona la gran responsable de construir un envejecimiento saludable.

## ETAPAS DEL ADULTO MAYOR

### PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE EL AUTOCUIDADO

**Coppard**, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales. (27)

**Dorothea Orem**, en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como “La práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. (28)

Además, señala que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. De acuerdo con esta autora, el autocuidado es una conducta que se

aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

Las dos concepciones mencionadas sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud, y la rehabilitación.

Ambos autores comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. Además, vale recalcar que se reconoce al autocuidado como elemento que promueve el desarrollo humano integral, propiciando la independencia expresada en el protagonismo real de las personas de su propio destino en los distintos espacios de su vida.

#### **AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR:**

Según el Ministerio de Salud (MINSA), define y enfatiza el autocuidado en el siguiente concepto:(29)

Es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud.

Es una conducta que se aprende en sociedad.

Es fundamental la autoestima en el autocuidado, valorarse positivamente

También el MINSA establece áreas para el autocuidado en el documento técnico N° 2009 – 05508 “Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores “las cuales se detallan a continuación:

### **Importancia del autocuidado:**

Es mantener una buena salud, prevenirla y reconocer tempranamente la enfermedad, participar activamente de su recuperación integral de la salud.

El autocuidado requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y las consecuencias de las acciones que realizan.

Reconocer que una conducta (Ejm. Fumar) es directamente responsable de la enfermedad (cuadro pulmonar crónico) puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud. (29)

**La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:**

Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ejm. realizar ejercicios.

Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ejm. vacunación, seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares.

Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ejm. Baja de peso involuntaria, autoexamen de mamas.

Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.

El autocuidado puede expresarse de tres formas dentro de los estilos de vida:

Conductas que conscientemente buscan mantener la salud. Ejm:  
Realizar actividad física.

Conductas que responden a los síntomas de la enfermedad. Ejm:  
Seguir el régimen alimentario de acuerdo a su enfermedad.

Hábitos nocivos que afectan la salud Ejm. Consumo de tabaco, de  
bebidas alcohólicas y sedentarismo. (29)

### **¿Qué busca el autocuidado?**

Promover la mejora de calidad de vida de la persona adulta mayor.

Adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de  
enfermedades y promover estilos de vida saludables.

Independencia y funcionalidad de la persona adulta mayor.

Defender el derecho y protección de la salud.

Entender que el envejecimiento es un proceso natural, que la  
persona se debe mantener activa y saludable.(29)

## **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

### **ACTIVIDAD FÍSICA**

La actividad física son los ejercicios físicos planificado para cada  
persona de forma progresiva, diario o interdiario para mantener la  
fortaleza de los músculos y los huesos.

La actividad física es buena a cualquier edad. “muy viejo” y “muy débil” no son razones suficientes para prohibir la actividad física. Su médico puede hablarle e indicarle si está en condiciones de realizar ejercicios, y sobre la importancia de la actividad física en su vida. (29)

### **Importancia de la actividad física:**

Fortalece los huesos y músculos.

Permite una sensación de bienestar y disminuye la tristeza, el estrés y la ansiedad.

Disminuye la grasa (colesterol) y el azúcar en la sangre.

Ayuda a dormir mejor y relajado.

Mejora la capacidad de memoria, la atención y concentración.

Mejora el funcionamiento del corazón y la circulación de la sangre.

### **Como promover el ejercicio en el adulto mayor:**

#### **Primero:**

Realizar ejercicios de forma progresiva, aproximadamente 30 minutos de preferencia diaria o inter diario aumentando poco a poco la cantidad del ejercicio.

**Segundo:**

Se realiza en base a un plan: Elección del horario, tipo de ejercicio a realizar, elección de vestimenta adecuada, elección del espacio físico, de equipos o aparatos.

**Tercero:**

La actividad física puede ser ejercicios simples como: caminar, bailar, correr, trotar, montar bicicleta; o ejercicios dirigidos: gimnasia, aeróbicos, taichí, ejercicios de flexibilidad, de fortalecimiento, de equilibrio. Lo importante es que sea agradable y de fácil ejecución

**Precauciones:**

Antes de iniciar toda actividad física es conveniente realizar el calentamiento.

Evitar ejercicios bruscos y en exceso.

Reconocer los signos de alarma. Ejm: dolor, mareos.

Realizar la actividad física de preferencia acompañado.

Si tiene alguna enfermedad clínica, consulte a su médico.

Lleve medicamentos, bebidas.

## **ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE**

Una de las mejores maneras de darle al cuerpo la nutrición que necesita es comiendo a diario una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes. Una buena nutrición promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades. (29)

Es un proceso básico y fundamental para mantener una buena salud. La alimentación a todas las edades es muy importante. (29)

### **Factores que intervienen en la nutrición:**

La educación, Los cambios del envejecimiento, Disminución de la saliva, lo que ocasiona problemas en la masticación y deglución de los alimentos, Alteración de la dentadura, Los hábitos alimentarios.

El estado de salud. Autocuidado de la alimentación en el adulto mayor:

Conocer y acceder a los alimentos saludables, Tener una alimentación balanceada, Consumir frutas, verduras, legumbres y cereales. (29)

Consumir pescado fresco, aves, Consumir frecuentemente agua, Comer despacio y en bocados pequeños para evitar atragantarse y/o aspirar alimento, Consumir comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista, Evitar frituras, grasas, embutidos, quesos mantecosos, bebidas gaseosas, ají, alimentos enlatados, Evitar el exceso de sal y azúcar en las comidas y carnes rojas.(29)

Disfrutar de la alimentación en familia, fomente la comunicación al comer. Haga de la hora de la comida un momento especial, Consuma alimentos de temporada, frescos, integrales, sin conservantes y/o preservantes, Evite los cambios bruscos y las temperaturas extremas en los alimentos (muy caliente o muy fría). (29)

## **IMPORTANCIA DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. (24)

La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. (24)

El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales. (24)

## **DESCANSO**

Es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. (24)

El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. (24)

El significado y la necesidad de descanso varían según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. (24)

Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, las enfermeras necesitan conocer las condiciones que fomentan el mismo. Narrow (1997) señala 6 características que la mayoría asociamos al descanso. (24)

Las personas pueden descansar cuando:

- Sienten que las cosas están bajo control.
- Se sienten aceptados.
- Sienten que entienden lo que está pasando.
- Están libres de molestias e irritaciones.
- Realizan un número satisfactorio de actividades concretas.
- Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten.

Las situaciones que favorecen un descanso adecuado son:

- Comodidad física.
- Eliminación de preocupaciones.
- Sueño suficiente.

### **SUEÑO:**

Es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona. 24)

### **FASES DEL SUEÑO**

Existen dos tipos diferentes de sueño:

- El sueño REM. (rápido oye movimiento) caracterizado por movimientos oculares rápidos.
- El sueño NREM, que carece de este tipo de movimientos

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**

Los factores que influyen la satisfacción de las necesidades permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona. (24)

Estos factores son biológicos, que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los psicológicos que se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, habilidades individuales y de relación, y finalmente los factores socioculturales que se refieren al entorno físico de la persona. (24)

Los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona. El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia. (24)

## **HIGIENE Y CONFORT**

El aseo personal muestra una imagen muy agradable de las personas y las hacen sentirse mejor con ellas mismas, El baño ayuda a quitar impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento. Se debe tener cuidado con los cambios bruscos de temperatura al salir del baño y entre otras como:

La higiene corporal comienza con el baño diario, de preferencia con jabón de tocador, Evitar el agua muy caliente o muy fría, Lavarse el cabello con champú suave dos o tres veces a la semana, Afeitarse con mucho cuidado todos los días evitando cortes, Secarse con toalla de forma muy suave todo el cuerpo asegurándose de que los pliegues queden secos, Es saludable que después del baño se aplique crema o aceite humectante en todo el cuerpo, especialmente en los pies donde haya callos y/o grietas, Cepille o peine con cuidado su cabello todos los días para que estimule la circulación capilar.(29)

Las uñas deben cortarse en ángulo recto para evitar que se incrusten. Si esto no lo puede hacer la misma persona, se le debe

auxiliar y cortarlas de preferencia después del baño cuando están remojadas, El cambio de ropa más importante es la ropa interior. (29)

Usar ropa holgada y fácil de poner y sacar, de preferencia con cierres, pega o botones grandes y de acuerdo a la estación, gustos y necesidades, Usar zapatos cómodos, con suela antideslizante, evitar tacos altos, plataforma y suelas voladas. (29)

## **CUIDADO DE LA PIEL**

La piel es la barrera de protección de nuestro organismo y nos permite el contacto con el medio ambiente y el resto de las personas.

### **Cambios de la piel con el envejecimiento:**

Menos elástica, más fácil de lastimar y herir.

Piel seca, con riesgo de quebrarse y lastimarse.

Menor sensibilidad.

Aparición de lunares nuevos que pueden hacer sospechar de cáncer.

### **Factores de riesgo para el daño a la piel:**

Mala nutrición.

Frotación y maltrato excesivo de la piel.

Uso de sustancias irritantes: jabones, alcohol, colonias, talcos, perfumes, etc.

Exposición excesiva al sol.

Enfermedades: diabetes, inmovilidad, incontinencia urinaria, fecal, etc.

### **Autocuidado de la piel:**

Baño diario con agua fresca o adecuada a la temporada.

Evitar agua muy caliente o muy fría.

Secarse con toalla de forma suave, todo el cuerpo, sin dejar zonas húmedas, cuidado con las zonas interdigitales y pliegues para evitar micosis (hongos).

Lavarse el cabello 2 ó 3 veces a la semana.

Usar crema hidratante y suavizante en todo el cuerpo, si está a su alcance.

Identificar lunares extraños, no rascar lunares ni verrugas del cuerpo, consultar al especialista.

Evitar el consumo de alcohol, y suprimir el tabaco.

Evitar los golpes, cortes y heridas en el cuerpo.

Evite exponerse al sol sin protección entre las 10 a.m. y las 2 p.m. por más de 30 minutos, independiente del lugar donde viva use siempre bloqueador, protector solar, sombrero, gorra y ropa fresca pero sin descubrir mucho su piel. (29)

## **CUIDADO DE LA BOCA**

La boca cumple importantes funciones como es la formación del bolo alimenticio triturado por los dientes para una buena digestión; además ayuda a la buena pronunciación y apariencia personal.

### **Factores de riesgo:**

Tabaco y alcohol.

Mala higiene bucal.

Mala alimentación.

Hidratación inadecuada.

### **Cambios de la boca con el envejecimiento:**

Tiende a secarse por disminución de la saliva o por el uso de algunos medicamentos.

Desgaste de la superficie de los dientes, se vuelven quebradizos, amarillentos.

Disminución de la sensación gustativa.

Las encías se reducen. Provocando sensibilidad en el cuello de los dientes y predisposición a las caries.

Menor capacidad de defensa frente a las infecciones.

La ausencia de piezas dentarias condiciona alteraciones en la articulación de la mandíbula (encías, dientes, hueso).

### **Cuidados de la cavidad oral:**

Cepillarse los dientes y las prótesis con crema dental o bicarbonato después de cada alimento. En caso de usar prótesis retirarla para lavarla cepillándola adecuadamente, y en la noche mantenerla en un vaso con agua.

Usar cepillo con cerdas suaves, y en buenas condiciones.

Evitar introducir objetos punzocortantes en la cavidad oral que pueden producir lesiones e infecciones.

Es necesario el uso de prótesis dental cuando se han perdido los dientes naturales para mantener la estética, nutrición, fonación y la salud en general.

Si padece de disminución de saliva, evitar comidas ácidas o con especias (irritan la mucosa), disminuir consumo de azúcares.

Evitar el uso de prótesis mal adaptadas o en malas condiciones, evaluar su cambio a partir de los 5 años de instalación en boca.

Acuda al dentista al menos una vez al año o cuando presente algunas señales de alarma.

### **Señales de alarma de enfermedad en la boca:**

Encías rojas, dolorosas, sangrantes o inflamadas.

Mal aliento.

Sangrado de la cavidad oral al momento de cepillarse.

Dolor en los dientes.

Lesión en la boca sin causa aparente o que no se resuelve en dos semanas de manera espontánea o después de eliminar su causa.

Infección de encías y dientes (aparición de abscesos en encías).

Movilidad de los dientes. (28)

## **CUIDADO DE LOS PIES**

El cuidado de los pies es importante porque su buen estado facilita la movilidad e independencia del adulto mayor.

### **Autocuidado de los pies:**

Lavar los pies y secar bien con toalla suave.

Prevenir lesiones en la planta de los pies y evitar caminar descalzo.

Usar zapatos adecuados de acuerdo al clima y a la labor que realiza.

El corte de las uñas debe ser realizado por un miembro de la familia teniendo cuidado de no lastimar la piel.

### **Recomendaciones:**

Observar los pies, vigilando la aparición de ampollas, callos, heridas, grietas y resequedades. No usar medicamentos o sustancias tópicas que no indiquen el médico porque puede generar irritación y laceración del pie, Evitar el calzado o prendas de vestir ajustados que disminuyan la circulación de la sangre hacia los pies (medias

ajustadas, pantalonetas, ligas o amarras en las piernas), No fumar, no beber alcohol, para prevenir cualquier enfermedad vascular periférica. Realizar ejercicios de circulación levantando las piernas y los pies al menos tres veces al día, según indicación del especialista, Realizar frotación de los pies con masajes desde la punta de los dedos hacia las rodillas, por lo menos dos veces al día. (29)

Evitar estar de pie o sentado mucho tiempo. Si está sentado mucho tiempo, realice movimientos circulares con la punta de los pies, Corte de uñas adecuado y periódico, Adecuado secado de los pies. En caso de las mujeres evite tacones altos, máximo de 3 cm. (29)

### **Signos de Alarma:**

Cambios de coloración de la piel, Dolor, Cambios de temperatura, Lesiones.

### **Según el Modelo de Dorotea Orem:**

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad. Su padre era un constructor y su madre una dueña de casa. (30)

En 1957 trabajo como asesora de programas de estudio. De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras.

En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado. (30)

**Concepto De Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de

reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. (30)

**Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. (30)

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.(30)

**Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado

para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.(30)

**Conceptos de Entorno:** Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona. (30)

**Sus teorías:**

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres sub teorías relacionadas:

**La teoría del autocuidado:**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos,

orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (30)

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

**Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

**Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso

evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

**Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

**La teoría del déficit de autocuidado:**

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (30)

**La teoría de sistemas de enfermería:**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

**Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suplente al individuo.

**Acción de la enfermera:** Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

**Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados:

*Acción de la enfermera:* Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

*Acción del paciente:* Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; Acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

**Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

*Acción de la enfermera:* regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

*Acción del paciente:* Cumple con el autocuidado.

### 2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

**ADULTO MAYOR:** Es la etapa comprendida dentro de los países subdesarrollados de 60 años a más y en los países en desarrollo más de 65 años.

**AUTOCUIDADO:** Son las acciones que realiza toda persona, que le permiten, mantener su salud, así como mejorar su calidad de vida

**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO:** Son acciones que se realizan en beneficio de la propia salud, significa cuidarse uno mismo. Es una actividad aprendida por los individuos durante toda la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo

**CONOCIMIENTO:** El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posterior), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo

**NIVEL DE CONOCIMIENTO:** El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MATERIAL Y MÉTODO**

El presente estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional porque intenta establecer relación con direccionalidad entre variables sin relación causa efecto; de corte transversal, con una sola población de estudio.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

El presente estudio se llevó a cabo en la Ciudad de Tacna. La población de estudio está constituida por 71 adultos mayores que asisten al Club de San Francisco, del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

Para la muestra es 60 adultos mayores se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión que asisten al Club de San Francisco, del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

**Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores que pertenecen a la jurisdicción de San Francisco
- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos que están dispuestos a colaborar con la investigación y los que estuvieron presentes el día de la ejecución.
- Adultos mayores presentes en el club San Francisco

**Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que no pertenecen a la jurisdicción de San Francisco.
- Adultos que no cumplieron todavía los 60 años
- Adultos mayores que se negaron a colaborar con la investigación.
- Adultos mayores que no se encontraron al momento de la ejecución.

**3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El método que se utilizó es la encuesta y entrevista, el instrumento utilizado para la recolección de datos serán 02 cuestionarios para medir las variables.

**Instrumento N° 1.** Es un cuestionario que revela el nivel de conocimientos sobre el autocuidado del adulto mayor. Se modificó el instrumento de test de evaluación de conocimiento de autocuidado, el cual tiene una validez elaborada.

Consta de 14 preguntas, donde se evaluó las siguientes categorías: (Ver anexo N°01)

- Actividad Física : 1 al 4
- Alimentación : 5 al 9
- Descanso y sueño : 10 al 11
- Higiene y confort : 12 al 14

Consta de 2 alternativas de respuesta:

Respuesta correcta : 1

Respuesta incorrecta : 0

El nivel de conocimiento del autocuidado se evaluó por un total de 14 puntos distribuidos de la siguiente manera:

## ESCALA

## PUNTAJE

- Nivel de Conocimiento Alto : 12 a 14 puntos
- Nivel de Conocimiento Medio: 7 a 11 puntos
- Nivel de Conocimiento Bajo : 0 a 6 puntos

**Instrumento N° 2:** Para la variable de práctica del autocuidado el instrumento que se utilizó es “TEST DE CYPAC –AM (Capacidad y Percepción de autocuidado del adulto mayor)

Este instrumento en su primera parte consideró 18 ítems que permitió evaluar las siguientes categorías: (Ver anexo N°02)

## DIMENSIONES

## ÍTEMS

- Actividad Física : 1 al 4
- Alimentación : 5 al 9
- Descanso y sueño : 10 al 14
- Higiene y confort : 15 al 18

Consta de 5 alternativas de respuesta:

- Siempre
- A menudo

- A veces
- Rara vez
- Nunca

#### 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 considera 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.

ESCALA	PUNTAJE
• Autocuidado Inadecuado	:11 a 12 puntos
• Autocuidado Parcialmente Adecuado	:8 a 10 puntos
• Autocuidado Adecuado	:4 a 7 puntos

### **3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los instrumentos utilizados se consideraron datos como la edad, sexo, nombres y apellidos, grado de instrucción, estado de salud.

Para la recolección de datos se realizó coordinaciones con el Gerente del Centro de Salud San Francisco y enfermera encargada del componente adulto mayor y el presidente del Club, para las facilidades del caso.

Previo consentimiento de los adultos mayores se realizó el recojo de la información mediante una encuesta estructurada, el proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora, durante el mes de setiembre del 2014 utilizando los

instrumentos antes mencionados, el tiempo máximo de la encuesta fue de 20 minutos.

### **VALIDEZ:**

Respecto a la validez, el instrumento fue validado por la autora, para ello se sometió al juicio y criterios de 4 expertos: 2 profesionales de salud y 2 docentes de enfermería que tienen conocimiento sobre el tema de esta investigación y emitieron juicios que contribuyó a modificar la redacción de la encuesta para que sea comprensible en su ejecución cuyos resultados es: 0,74“Adecuación total”. (Ver Anexo N° 03).

### **CONFIABILIDAD:**

La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo de Coeficiente de Alfa de Cronbach y se tomó como piloto a 20 adultos mayores dando como resultado 0.653 que significa que es confiable. Utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20 (Ver Anexo N° 04).

### **3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS**

La información recopilada fue revisada, ordenada, codificada y vaciada en la base de datos elaborado en el programa Excel 2013 y posteriormente procesado estadísticamente en el sistema de informática SPSS20.

Para el análisis estadístico se utilizó la siguiente prueba estadística del Ji-Cuadrado: con un valor P aceptable menor 0,05. Los resultados fueron evaluados con un intervalo de confianza del 95%.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1.RESULTADOS**

En este capítulo se presenta cuadros estadísticos con su respectiva interpretación y los gráficos análisis estadístico, mediciones de relación entre las variables para la validación de la hipótesis, utilizándose la prueba de Chi cuadrado.

**TABLA Nro. 01**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR SAN**  
**FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN**  
**LANCHIPA, TACNA 2014**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Bajo	9	15.00
Medio	48	80.00
Alto	3	5.00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

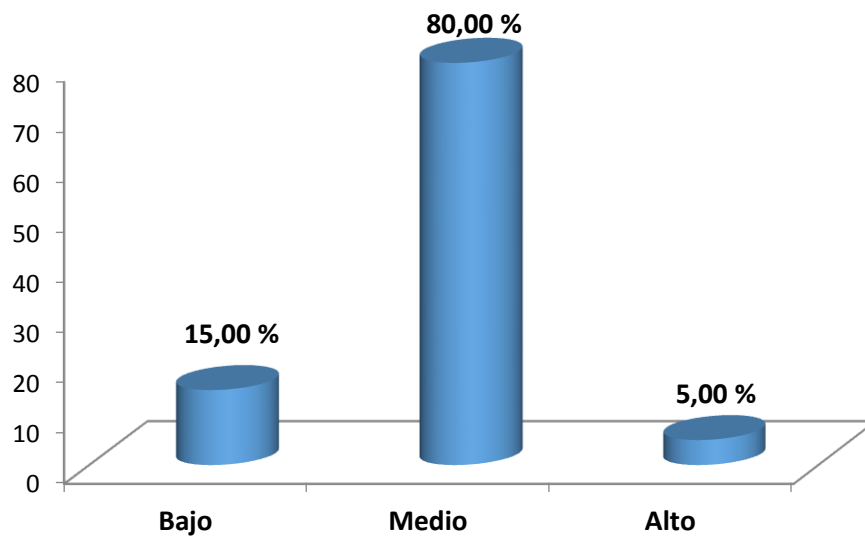
Fuente: Encuesta aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.  
 Elaborado: Manrique y modificado por Huallpa

### **DESCRIPCIÓN**

En la presente tabla la distribución de frecuencia por nivel de conocimiento se puede que el nivel medio corresponde a 80,00 %, seguido del nivel bajo con un 15,00 % y finalmente un 5,00 % un nivel alto.

**GRÁFICO Nro. 01**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014**



Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.  
Elaborado por: Manrique y modificado por Hualpa

**TABLA Nro. 02**

**DIMENSIONES POR NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CLUB DEL**

**ADULTO MAYOR SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE**

**GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014**

<b>Dimensiones de Conocimiento</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Actividad Física</b>		
Bajo	5	8.33
Medio	17	28.33
Alto	38	63.33
<b>Alimentación</b>		
Bajo	7	11.67
Medio	37	61.67
Alto	16	26.67
<b>Descanso y sueño</b>		
Bajo	8	13.33
Medio	32	53.33
Alto	20	33.33
<b>Higiene y confort</b>		
Bajo	3	5.00
Medio	36	60.00
Alto	21	35.00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

Elaborado por: Manrique y modificado por Huallpa

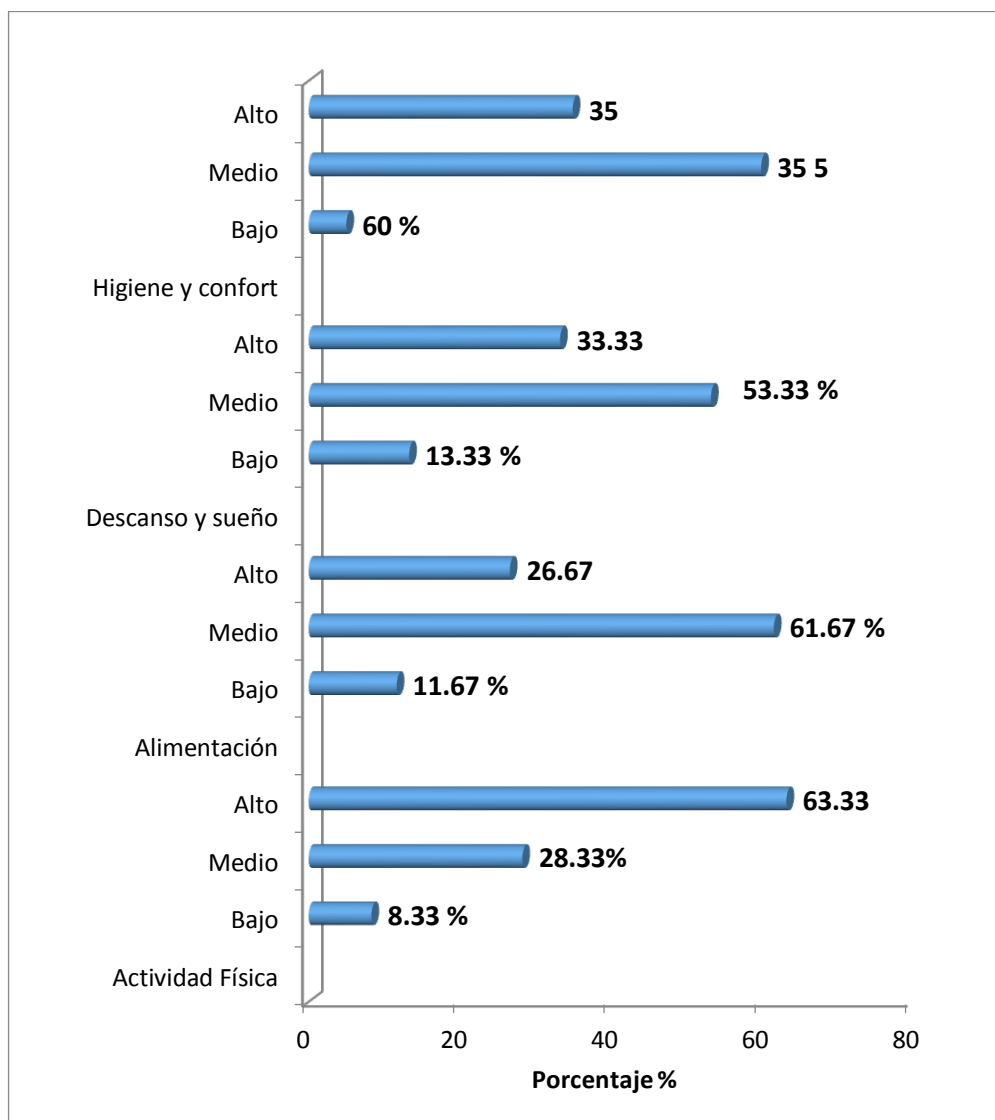
## **DESCRIPCIÓN**

En la presente tabla la distribución de frecuencia por dimensiones del nivel de conocimiento donde se puede apreciar que en Actividad física, el nivel frecuente es el nivel alto con un 63,33 %. En la dimensión

Alimentación el nivel frecuente es el nivel medio con un 61,67 %. En la dimensión Descanso y sueño el nivel frecuente es medio con un 53,33 %. En la dimensión Higiene y confort el nivel frecuente corresponde al nivel medio con un 60,00 %.

## GRÁFICO Nro. 02

### DIMENSIONES POR NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014



Fuente: Encuesta aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

Elaborado por: Manrique y modificado por Huallpa

**TABLA Nro. 03**

**NIVEL DE PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN EL CLUB DEL ADULTO  
MAYOR SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO  
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014**

<b>Práctica</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Inadecuado	09	15.0
Parcialmente adecuado	25	41.7
Adecuado	26	43.3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

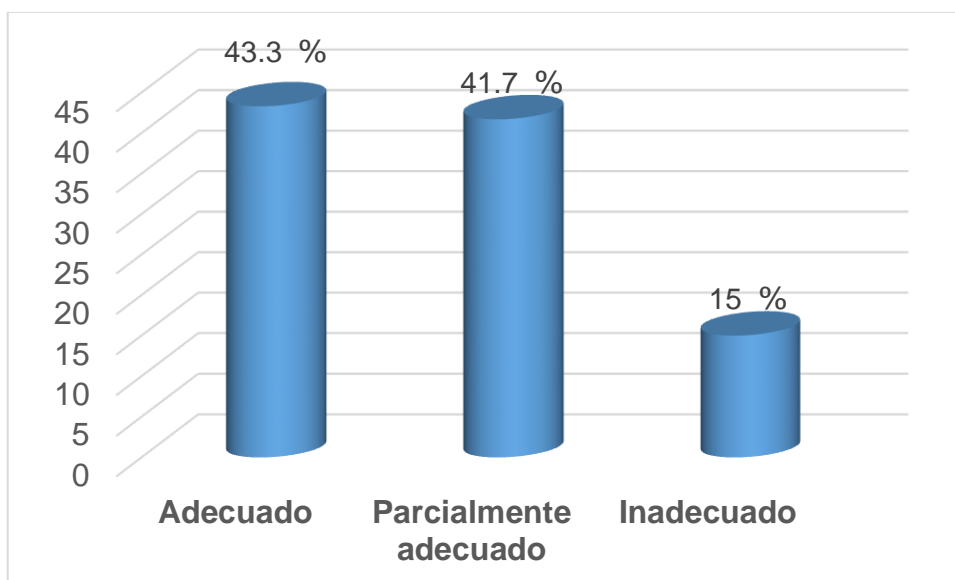
Elaborado por: Millán y modificado por Hualpa

**DESCRIPCIÓN**

En la presente tabla la distribución de frecuencia por práctica del autocuidado donde, el 43,30 % presenta prácticas adecuadas, mientras que el 41.70 % presenta práctica parcialmente adecuada y el 15.00 % presentan prácticas inadecuadas.

### GRÁFICO Nro. 03

#### NIVEL DE PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR SAN FRANCISCO, DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2014



Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.  
Elaborado por: Millán y modificado por Hualpa

**TABLA Nro. 04**  
**DIMENSIONES POR NIVEL DE PRÁCTICAS DEL AUTOCUIDADO EN**  
**EL CLUB DEL ADULTO MAYOR SAN FRANCISCO, DEL**  
**DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN**  
**LANCHIPA, TACNA 2014**

<b>Dimensiones de Prácticas</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Actividad Física</b>		
Inadecuado	5	8.30
Parcialmente adecuado	19	31.70
Adecuado	36	60.00
<b>Alimentación</b>		
Inadecuado	10	16.70
Parcialmente adecuado	13	21.60
Adecuado	37	61.70
<b>Descanso y sueño</b>		
Inadecuado	19	31.70
Parcialmente adecuado	22	36.60
Adecuado	19	31.70
<b>Higiene y confort</b>		
Inadecuado	1	1.70
Parcialmente adecuado	15	25.00
Adecuado	44	73.30
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

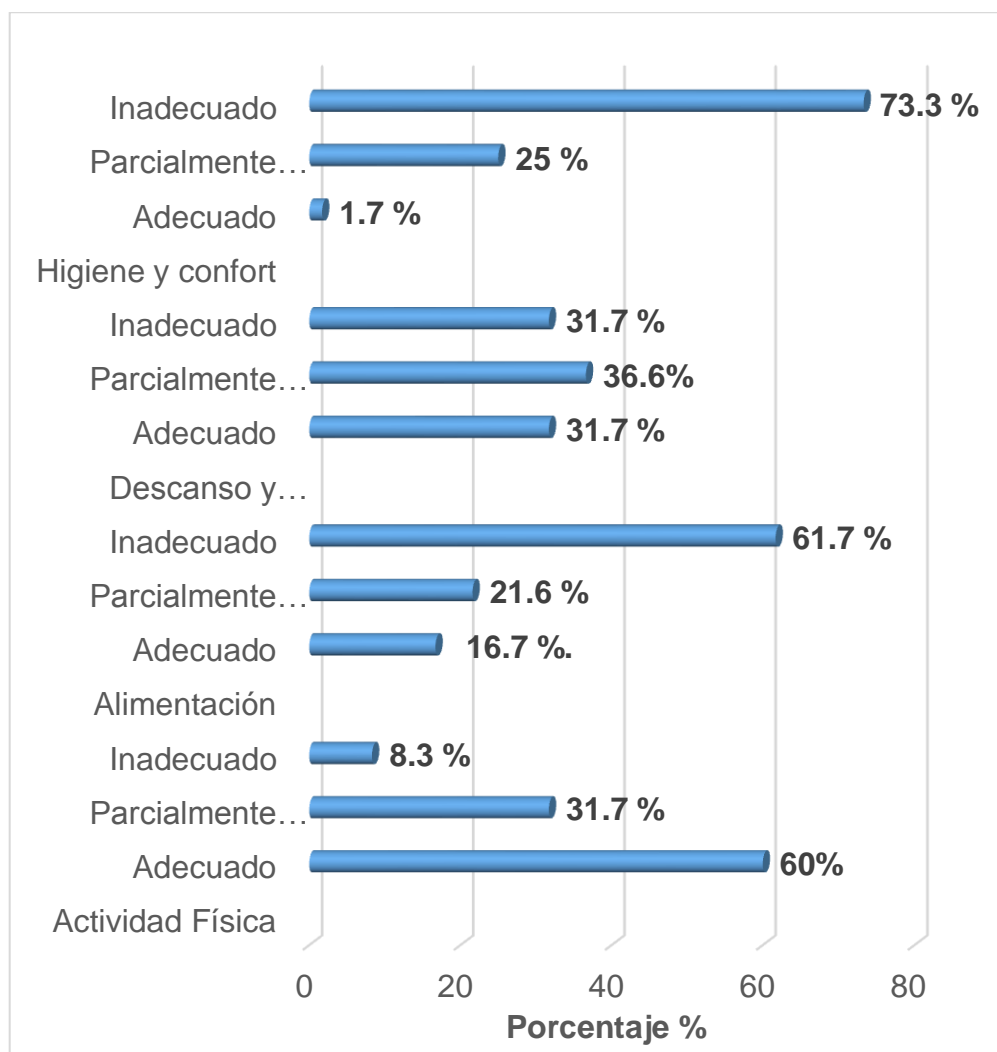
Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.  
 Elaborado por: Millán y modificado por Huallpa

## **DESCRIPCIÓN**

En la presente tabla la distribución de frecuencia por dimensiones del nivel de práctica donde se puede apreciar que. En la dimensión

Actividad física, predomina el nivel de práctica adecuado con un 60.0 %, seguido del nivel parcialmente adecuado con 31.7 % y el nivel inadecuado 8.3 %. En la dimensión Alimentación, el mayor porcentaje está representado por el nivel de práctica adecuado 61.7 %, luego el nivel parcialmente adecuado con 21.6 % y el nivel inadecuado 16.7 %. En la dimensión Descanso Sueño, la mayoría tuvo un nivel de práctica parcialmente adecuado con 36.6 %, mientras que el nivel adecuado obtuvo el 31.7 %, y el nivel inadecuado 33.7 %. En la dimensión Higiene y confort, el nivel frecuente corresponde al nivel de práctica adecuado con un 73.3 %, luego el nivel parcialmente adecuado con 25.0 % y el nivel inadecuado 1.7 %.

**GRÁFICO Nro. 04**  
**DIMENSIONES POR NIVEL DE PRÁCTICAS DEL AUTOCUIDADO DEL**  
**ADULTO MAYOR EN EL CLUB DE SAN FRANCISCO, DEL**  
**DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN**  
**LANCHIPA, TACNA 2014**



Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.  
 Elaborado por: Millán y modificado por Huallpa

**TABLA Nro. 05**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO**  
**DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB DE SAN FRANCISCO, DEL**  
**DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN**  
**LANCHIPA, TACNA 2014**

Nivel de Conocimiento	Práctica						Total	
	Inadecuado		Parcialmente adecuado		Adecuado		n	%
	n	%	n	%	N	%	n	%
Bajo	3	5.0	4	6.7	2	3.3	9	100.00
Medio	7	11.6	21	35.0	20	33.4	48	100.00
Alto	0	0.0	1	1.7	2	3.3	3	100.00
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>16.6</b>	<b>26</b>	<b>43.4</b>	<b>24</b>	<b>40.00</b>	<b>60</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta Aplicada al Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

Elaborado por: Manrique, Millán y modificado por Huallpa

Chi-cuadrado = 4.105      gl = 4      Grado de significancia = 0.392

#### **DESCRIPCIÓN:**

En cuanto a la relación entre dos variables se puede apreciar que el nivel de conocimiento no se asocia a las prácticas, donde se aprecia que del total de encuestados con nivel de conocimiento bajo, el 6.7 % presentan prácticas de autocuidado parcialmente adecuadas, mientras que del total de encuestados con nivel de conocimiento medio el 35.0 % presentan prácticas parcialmente adecuadas, finalmente del total de

encuestados con nivel de conocimientos alto el 3,3 % presenta práctica adecuada.

En la asociación con la prueba de chi cuadrado podemos apreciar con un valor p mayor a 0,05 no existe asociación estadística significativa entre estas dos variables.

Por lo tanto se acepta  $H_0$ .

## 4.2. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el autocuidado del adulto mayor es una conducta saludable, en la cual la persona demuestra el valor de su salud. El ser humano es un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente (Dorothea Orem). Este contexto, no es el mejor para los adultos mayores encuestados en el Club de San Francisco.

Los resultados obtenidos en esta investigación al evaluar el Nivel de Conocimiento del Autocuidado que tiene el Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín, se tiene:

En el Tabla N° 01, se observa distribución de frecuencia por nivel de conocimiento, se evidencia que con mayor porcentaje se encuentra el nivel medio correspondiente a 80,00 %, seguido del nivel bajo con un 15,00 % y finalmente un 5,00 % un nivel alto.

El porcentaje del nivel de conocimiento del autocuidado del adulto mayor de este estudio, difieren a lo encontrado en la investigación desarrollada por Baca, M y Aguilar, L. (13) sobre “nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado en la ciudad de México”, 2008, en al cual concluyo que el Nivel de conocimiento de autocuidado fue insuficiente en un 79.0%.

Según Hernández, D. (19) señala que el conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona.

De esto se puede decir que el nivel de conocimiento de los adultos mayores se encuentran en un nivel medio, gracias a las intervenciones realizadas por el MINISTERIO DE SALUD, el cual a través de los lineamientos y políticas de salud busca brindar una

mejor atención al adulto mayor fortaleciendo la parte de promoción de la salud a través de las normas técnicas de atención integral de salud.

En el Tabla N° 02, se observa las dimensiones en el nivel de conocimiento del autocuidado del adulto mayor. En lo concerniente a la dimensión Actividad Física, el mayor porcentaje está representado por el nivel alto con 63.33%, luego el nivel medio con 28.33% y nivel bajo 8.33%. En la dimensión Alimentación, predominó el nivel medio con 61.67%, frente al nivel alto con 26.67% y al nivel bajo con 11.67%. En la dimensión Descanso y sueño, el mayor porcentaje fue para el nivel medio con 53.33%, luego el nivel alto con 33.33% y el nivel bajo 13.33%. En la dimensión higiene y confort, la mayoría tuvo un nivel medio con 60.0%, mientras que el nivel alto 35.0% y el nivel bajo 5.0%.

En el tema Descanso sueño y Alimentación, el resultado es similar al encontrado por Manrique, D. (14), en su estudio titulado "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja", 2010, en el cual concluyó que el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre

el autocuidado para la satisfaccion de las necesidades de piel y sueño es de nivel medio, y el nivel de conocimiento de autocuidado para la dimencion biologica es medio.

Teniendo en cuenta que la alimentacion en el adulto mayor es una de las mejores formas de darle la nutricion que necesita diariamente para mantener la salud, retrasando el envejecimiento y la frecuencia de algunas enfermedades, los cuales van a depender de la educacion, alteracion dela dentadura, cambios en el envejecimiento, habitos alimenticios y el estado de salud. La actividad fisica ayuda a mantener de forma progresiva la actividad diaria de los musculos y los huesos, dando fortaleza y mayor independencia al adulto mayor, en ello tenemos que clasificar los ejercicios realizados en ejercicios pasivos y activos. En el descanso sueño del adulto mayor debemos tener en cuenta que necesita programar sus horarios y tiempos en los cuales la persona descanza, de tal forma pueda mantener su salud y actividad diaria, en los cuales hay que tomar en cuenta que el acto de dormir normalmente ocurre varias etapas en que incluye los periodos de sueño profunfo y ligero que no se sueña y algunos periodos de sueño activo. En el ámbito de la higiene y confort del adulto mayor sabemos que el proceso de envejecimiento trae muchos cambios, el

cual debe ser atendido de la forma correcta cuidado principalmente su piel y otras partes del cuerpo que estan en proceso de cambio.

Orem explica que el autocuidado es la practica de actividades que los individuos realizan para el mantenimiento de su propia bienestar.

De esto podemos decir que el nivel de conocimiento del autocuidado en los adultos mayores del club San Francisco, en los diferentes dimensiones y relacionado con los datos obtenidos, el nivel de conocimiento se encuentra en el nivel medio – alto, gracias a los talleres y sesiones educativas realizadas por el profesional de salud.

En el Tabla N° 03, se observa la presente tabla la distribución de frecuencia por práctica del autocuidado donde, el 43,30 % presenta prácticas adecuadas, mientras que el 41.70 % presenta práctica parcialmente adecuada y el 15.00 % presentan prácticas inadecuadas.

Un resultado difiere a lo encontrado en el estudio desarrollado por Millan,I.(10) en el 2010 realizó un trabajo de investigación sobre:

la evaluación de la capacidad de percepción de Autocuidado del adulto mayor en la comunidad en Holguín-Cuba, 2010, en el cual concluyó que el 50.5% de los hombres y el 43.3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de Autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46.7%, un 9.8% tiene un déficit parcial y 5.6% un déficit total en el autocuidado.

En cuanto al tema de la práctica del autocuidado en el adulto mayor, es similar a lo encontrado en el estudio de Malca, G y Quilcate, P. (16), en el año 2012. En su trabajo de investigación acerca de Factores Demográficos y la Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital Tomás La Fora de Guadalupe, encontraron que el mayor porcentaje 55.0% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje de 37.0% presentó un nivel de autocuidado regular y un porcentaje de 8.0% presentó un nivel de autocuidado malo.

Según Ventura, E. explica que la práctica del autocuidado son acciones que se realizan en beneficio de la propia salud, significa cuidarse uno mismo. Es una actividad aprendida por los individuos

durante toda la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo.

De lo anterior se puede decir, que existe una deficiente actitud en la práctica y desarrollo de actitudes saludables en los adultos mayores, o pérdida de interés en el mantenimiento de su salud física y mental, al encontrarse que la práctica del autocuidado se encuentre en un nivel inadecuado.

En el Tabla N° 04, se observa en la presente tabla la distribución de frecuencia por dimensiones del nivel de práctica donde se puede apreciar que, en la dimensión Actividad física, predomina el nivel de práctica adecuado con un 60.0 %, seguido del nivel parcialmente adecuado con 31.7% y el nivel inadecuado 8.3%. En la dimensión Alimentación, el mayor porcentaje está representado por el nivel de práctica adecuado 61.7%, luego el nivel parcialmente adecuado con 21.6 % y el nivel inadecuado 16.7%. En la dimensión Descanso Sueño, la mayoría tuvo un nivel de práctica parcialmente adecuado con 36.6%, mientras que el nivel adecuado obtuvo el 31.7%, y el nivel inadecuado 33.7%. En la dimensión Higiene y confort, el nivel frecuente corresponde al nivel de práctica adecuado con un 73.3 %,

luego el nivel parcialmente adecuado con 25.0 % y el nivel inadecuado 1.7 %.

Los porcentajes en las dimensiones del nivel de práctica del autocuidado en el adulto mayor son muy semejantes a los encontrados en el estudio de Fernández, A. (18) En el año 2006 realizo un trabajo de investigación sobre: influencia de la actitud del adulto mayor en su autocuidado, en la cual, determinó que las actitudes del adulto mayor hacia su autocuidado son en mayoría son negativas con 59.3%, los adultos mayores en menor cantidad con actitudes positivas son el 40.7%, se caracteriza por tener un regular autocuidado, estadísticamente la actitud del adulto mayor no influye positivamente en el autocuidado, al igual que en nuestra investigación en las dimensiones de la práctica del autocuidado el mayor porcentaje se encuentra en el nivel de inadecuado – parcialmente inadecuado y en mínimas porcentajes el nivel de autocuidado adecuado.

En cuanto a la dimensión de Alimentación y Actividad Física, difiere a lo encontrado por Pacci, N.(17), quien realizó un trabajo de investigación sobre: factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva

Tacna-2009 y concluyo que el 58,3% de adultos mayores encuestados consume diariamente carbohidratos y proteínas, que el 70% de los adultos mayores participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad, explicando que existe influencia entre los factores socio-culturales y el autocuidado del adulto mayor.

Del resultado afirmamos que el nivel de práctica del autocuidado en el adulto mayor según las dimensiones establecidas se encuentra en un nivel inadecuado a parcialmente adecuado, dando a conocer que los adultos mayores no practican las diferentes actividades para mantener su salud, y esto da como resultado un envejecimiento no saludable y personas enfermas.

En el Tabla N° 05, se evidencia que no existe estadísticamente una relación significativa ( $p=0,001 < 0,05$ ), entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado del adulto mayor del club San Francisco.

El resultado es similar al estudio desarrollado por Millan,I.(10), En el 2010 realizó un trabajo de investigación sobre: la evaluación de la capacidad de percepción de Autocuidado del adulto mayor en la

comunidad en Holguín-Cuba. Del cual tuvo como resultado: que mas del 50% de las personas adultas mayores no se cuidan y llevan un deficit de autocuidado.

El resultado tambien es similar en relacion al estudio realizado por Baca, M y Aguilar. L. (13) En el año 2008 realizaron el estudio “nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado en los adultos mayores de la ciudad de México”, en la cual llegaron a la conclusión de que el nivel de conocimiento de autocuidado no tuvo relación en la práctica del autocuidado de su patología.

Otro resultado tambien es similar, fue el desarrollado por Manrique, D. (14) en el año 2010 realizo un trabajo de investigación sobre: “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja", concluyendo que la relacion entre el nivel de conocimientos y la actitud frente al autocuidado es de indiferencia.

La no existencia de una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica del autocuidado del adulto

mayor del club San Francisco. No habiendo un orden creciente entre a mayor sea el nivel conocimiento del autocuidado, mayor será la práctica del autocuidado. Esta tendencia hace que se compruebe la hipótesis planteada en la presente investigación, lo cual enfatiza que la intervención de salud en la educación juega un rol importante como ente del desarrollo de prácticas saludables en las personas adultas mayores, siendo este un grupo vulnerable y creciente en nuestro país.

Lo más importantes es enfatizar el trabajo enfermero en mejorar el nivel de conocimiento de los adultos mayores, educar y enseñar estilos de vida saludables para que estos puedan desarrollar en su vida cotidiana prácticas adecuada en el cuidado de su salud brindando un envejecimiento saludable y evitar la dependencia en el adulto mayor.

## CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Las edades más frecuentes en los adultos mayores en el club de san francisco, fueron de 60 años a 79 años y las edades menos frecuentes fueron de 80 años a más.
2. El nivel de Conocimiento del Autocuidado que tiene el Adulto Mayor del Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014, (80%) es medio.
3. La práctica del autocuidado que tiene el adulto mayor del club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014, (43.3%) es un nivel adecuado.
4. No existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de autocuidado del adulto mayor del club de san francisco del distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo a las conclusiones en que se ha llegado de esta investigación, se expresan las siguientes conclusiones.

- Tomar en cuenta la edad de los adultos mayores, para segmentar grupos seleccionados y planificar priorizando edades específicas de mayor vulnerabilidad al conocimiento y práctica del autocuidado.
- A los responsables del club de adultos mayores, es necesario la coordinación con el personal de salud para fortalecer e incrementar el conocimiento sobre el autocuidado del adulto mayor y reforzar la práctica de estos mismos, aumentando el grado de auto dependencia.
- Relacionado al autocuidado del adulto mayor, se sugiere ampliar estudios de diseño cuasiexperimental con grupos controlados, teniendo en cuenta el factor edad y otros como biológicos, sociales, culturales, psicológicos y comunitarios para evaluar estrategias de efectividad de programas de intervención a mejorar el nivel deficitario en que se encuentran actualmente a un buen manejo del conocimiento y práctica del autocuidado del Adulto Mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (OMS) definición de Adulto Mayor. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004.
2. Organización Panamericana de Salud. definición de Adulto Mayor, revista cubana de Salud Pública, *versión On-line* ISSN 0864-3466, marzo 2007.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informe técnico marzo 2014, situación de la población adulta mayor. Disponible en: [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)
4. Análisis Situacional de Salud Tacna, 2012, Dirección Ejecutiva de Epidemiología, Región de Salud Tacna. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/132223402-ASIS-TACNA-2012.pdf>

5. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores N° 2006 – 8873, 1ra edición 2006, Av. Salaverry 801, impreso SINCO editores SAC, Lima, disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas\\_segunda%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf)
  
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y de más edad: reto para la salud pública, disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=&lang=es)
  
7. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. -- Lima: Ministerio de Salud, 2006. disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf)

8. Ministerio de Salud. Documento técnico: lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores N° 2006 - 6035, Av. Salaverry 801, impreso SINCO editores SAC, Lima.
9. Revista Cubana de Enfermería, versión online ISSN 1561 – 2961 ciudad de la Habana Oct. – Dic. 2010
10. Millán I. “evaluación de la capacidad de percepción de Autocuidado del adulto mayor en la comunidad en Holguín - Cuba”, disponible en:
11. Fernández A, Manrique F. “efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia en el año 2008.
12. Araneda, G. Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de chillan-chile,chile-2007.disponible en <http://www.index-f.com/cms/>

13. Baca, M y Aguilar, L. "Nivel de Conocimientos del Diabético sobre su Auto Cuidado México Junio 2008" Recuperado el <14 de Junio del 2010> Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/14691/14171>.
14. Manrique, D. "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Lima, Perú en el año 2010.
15. Huaraz, B. Apoyo Familiar y Autocuidado en el adulto mayor hipertenso (tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Huaraz: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008
16. Malca, G y Quilcate, P. Factores Demográficos y la Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital. Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2012.

17. Pacci, N. En la tesis factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tesis para optar Lic. en Enfermería, 2009.
18. Fernández .E. Influencia de la actitud del Adulto Mayor en su autocuidado del club adulto mayor del Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Enfermería. Tacna, 2006
19. Hernández, D. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 Años que Asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatlán [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad de San Carlos de Guatemala;
20. Psicología Online. Erick Erikson, definición de la vejez, el estadio VIII y la adultez tardía. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>

21. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores N° 2006 – 8873, 2da edición 2006, Av. Salaverry 801, impreso SINCO editores SAC, Lima
22. Rosario Mijares. Cambios fisiológicos en el adulto mayor, publicado el 06 de setiembre del 2012, disponible en: <http://es.slideshare.net/hassankuwait/cambios-fisiologicos-en-el-adulto-mayor-geriatria>
23. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales en los adultos mayores. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004
24. Ministerio de Salud de Chile. Manual de autocuidado. Santiago de Chile. [revista en internet] 2009. Disponible en: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_auto\\_cuidado.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_auto_cuidado.pdf)
25. Rodríguez, José. Geriatría. México D.F: Editorial Mc Graw –Hill, Interamericana; 2000
26. López, José. Fisiología del Ejercicio. Madrid: Editorial. Panamericana; 2006

27. Manrique, D. "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Lima, Perú en el año 2010.
28. Taylor SG. Dorothea E. Orem, "Teoría del Déficit De Autocuidado". En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: El sevier; 2007., p. 267-295
29. Ministerio de Salud. Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores Ministerio de Salud N° 2009 – 05508, Av. Salaverry 801 Lima.
30. Marriner, ANN Y COLS. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Editorial HarcourtBrace S.A; 2000.
31. Ventura, E Y Flores, E. Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en el Nivel de Conocimiento y Autocuidado del paciente Diabético del Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2008.]

# **ANEXOS**

## ANEXO 01

### INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN TEST EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO

**AUTOR:** Dina Manrique

**MODIFICADO POR:** Srta. Jessica Vilma Huallpa Cartagena

Estimado Sr. (a): El presente instrumento forma parte de un trabajo de Investigación, que tiene como objetivo conocer los conocimientos y actitudes acerca del autocuidado que tienen los adultos mayores de este Centro de Salud. Por lo que solicito su participación, a través de su respuesta valiosa e importante, expresándoles que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

El presente instrumento, consta de preguntas que Ud. debe contestar sinceramente, señalando la respuesta que le parezca correcta.

#### Datos generales

1. Nombre y Apellidos: .....
2. Cuántos años tiene? ..... 3. Sexo: a. ( ) F b. ( ) M
4. ¿Qué grado de instrucción tiene?
  - a). Sin instrucción, b). Primaria c). Secundaria d). Superior

#### I. NIVEL DE CONOCIMIENTOS

##### Datos específicos

1. ¿Por qué es importante la actividad física para el adulto mayor? Como bailar, practicar tai-chi, correr, etc.
  - a. Mejora la salud del corazón, de los pulmones, el sueño y la digestión.
  - b. Aumenta el sueño, e incrementa el cansancio.
  - c. Permite conocer a otras personas, pero disminuye el sueño.
  - d. No sabe/no opina
2. La actividad física como las caminatas. ¿Cada cuánto tiempo la debe realizar el adulto mayor?
  - a. Diario
  - b. Una vez a la semana
  - c. Una vez al mes
  - d. No sabe/no opina
3. ¿Cuánto tiempo debe durar esta actividad física?
  - a. Diez minutos.
  - b. Treinta minutos.
  - c. Dos horas.
  - d. No sabe/no opina

4. ¿Qué actividades considera Ud. que un adulto mayor debe realizar durante su tiempo libre?
- Realizar manualidades.
  - Ver la televisión o leer, escuchar radio
  - Dormir
  - No sabe/no opina
5. ¿Cuántos vasos de agua debe consumir diariamente un adulto mayor?
- Libre a la necesidad.
  - 2 a 4 vasos de agua (de medio a un litro de agua).
  - 6 a 8 vasos de agua (de un litro y medio a dos litros)
  - No sabe/no opina
6. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor debe consumir frutas y Verduras?
- Diario
  - Una vez a la semana
  - Una vez al mes
  - No sabe/no opina
7. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor debe consumir productos lácteos (leche, queso, yogurt)?
- Diario
  - Una vez a la semana
  - Una vez al mes
  - No sabe/no opina
8. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor debe consumir carnes blancas (Pescado, pavita y/o pollo)?
- Diario
  - Una vez a la semana
  - Una vez al mes
  - No sabe/no opina
9. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor debe consumir carnes rojas como la carne de res?
- Diario
  - Una vez a la semana
  - Una vez al mes
  - No sabe/no opina
10. ¿Cuántas horas debe dormir un adulto mayor durante la noche?
- Dos a Cuatro horas.
  - Seis horas a Ocho horas.
  - Diez horas.
  - No sabe/no opina
11. ¿Cuánto tiempo, considera Ud. que debe durar una siesta (dormir durante el día)?
- Media hora.
  - Una hora.
  - Dos horas.
  - No sabe/no opina

12. La frecuencia en la que un adulto mayor, debe bañarse en forma total (Lavarse la cara, cabello, boca, cuello, brazos, axilas, piernas y genitales) es de:
- Una vez por semana.
  - Dos o tres veces por semana.
  - Una vez al mes.
  - No sabe/no opina
13. La forma más apropiada para cortarse las uñas de los pies, es:
- En forma circular.
  - En forma recta.
  - Por los costados de las uñas, sacando los “uñeros”
  - No sabe/no opina
14. ¿En qué momentos el adulto mayor debe usar cremas (bloqueadores) y/o protectores solares (gorros, sombreros, etc.)?
- Cuando se expone al sol.
  - En todo momento, por los cambios climáticos.
  - Solo cuando se expone al sol entre las 10 am y las 3:00 pm.
  - No sabe/no opina

## ANEXO 02

### INTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN TEST DE CYPAC –AM (Capacidad y Percepción de autocuidado del adulto mayor)

AUTOR: Israel E. Millán Méndez

MODIFICADO POR: Srta. Jessica Vilma Huallpa Cartagena

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

Esta dispuesto a participar en la investigación y contestar con sinceridad las preguntas que se le formulen.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1. Dirección: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

3. ¿Pudiera decir los años que usted tiene cumplidos? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo usted percibe o considera su estado de salud?

\_\_\_\_\_ Supuestamente sano (Saludable) \_\_\_\_\_ Aparentemente enfermo (No saludable)

5. Señala con una "x" la alternativa que creas conveniente.

Donde **N**=Nunca, **RV**=Rara vez, **AV**= A veces, **AM**=A menudo, **S**=Siempre

N°	ITEMS	N	RV	AV	AM	S
1	Puede movilizarse sin ayuda					
2	Participa en el círculo de abuelos					
3	Practica ejercicios físicos frecuentemente (Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)					
4	Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras					
5	Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda					
6	Tiene establecido un horario fijo para comer					
7	Prefiere los alimentos sancochados					
8	Usted. Prefiere consumir frituras.					
9	Ingiera la dieta indicada aunque no le guste					
10	Puede controlar su período de sueño					
11	Con que frecuencia descansa durante el día					
12	Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer					
13	Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo					
14	Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas S/M)					
15	Puede mantener su higiene y confort sin ayuda					
16	Se baña diariamente, y a un horario establecido					
17	Acostumbra bañarse con agua tibia					
18	Usa una toallita independiente para secarse los pies					

### ANEXO N° 03

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE LOS VALORACIÓN DE LOS EXPERTOS

### Estadísticos total-elemento

N° Items	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	31,40	13,615	,813	,812
item2	31,74	14,246	,532	,828
item3	31,40	13,665	,818	,809
item4	31,40	13,662	,811	,807
item5	31,15	14,243	,323	,850
item6	31,00	16,661	,000	,862
item7	31,00	11,320	,721	,802
item8	31,15	10,917	,983	,765
item9	31,15	14,211	,321	,850

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,821	9

## VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento 1, se solicitó la opinión de 4 jueces, expertos; obteniéndose:

### VALORACION DE JUICIOS DE EXPERTOS

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	4	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	4	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,742	,744	9

#### Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,816	3,001	4,241	,754	1,211	,061	9
Varianzas de los elementos	,462	,210	,911	,664	3,664	,062	9
Correlaciones inter-elementos	,410	-,571	1,000	1,577	-1,731	,184	9

## VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento 2, se solicitó la opinión de 4 jueces, expertos; obteniéndose:

### VALORACION DE JUICIOS DE EXPERTOS

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	4	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	4	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,842	,849	9

#### Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,916	3,501	4,246	,750	1,214	,063	9
Varianzas de los elementos	,472	,250	,916	,667	3,667	,066	9
Correlaciones inter-elementos	,403	-,577	1,000	1,577	-1,732	,188	9

**ANEXO N° 04**  
**VALIDACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO**

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
p1	Grupo 1	1.00	17	.85	.50	.003
	Grupo 2	.00	3	.15		
	Total		20	1.00		
p2	Grupo 1	.00	7	.35	.50	.263
	Grupo 2	1.00	13	.65		
	Total		20	1.00		
p3	Grupo 1	1.00	11	.55	.50	.824
	Grupo 2	.00	9	.45		
	Total		20	1.00		
p4	Grupo 1	1.00	14	.70	.50	.115
	Grupo 2	.00	6	.30		
	Total		20	1.00		
p5	Grupo 1	.00	13	.65	.50	.263
	Grupo 2	1.00	7	.35		
	Total		20	1.00		
p6	Grupo 1	1.00	15	.75	.50	.041
	Grupo 2	.00	5	.25		
	Total		20	1.00		
p7	Grupo 1	1.00	11	.55	.50	.824
	Grupo 2	.00	9	.45		
	Total		20	1.00		
p8	Grupo 1	1.00	12	.60	.50	.503
	Grupo 2	.00	8	.40		
	Total		20	1.00		
p9	Grupo 1	1.00	6	.30	.50	.115
	Grupo 2	.00	14	.70		
	Total		20	1.00		
p10	Grupo 1	1.00	18	.90	.50	.000
	Grupo 2	.00	2	.10		
	Total		20	1.00		
p11	Grupo 1	1.00	9	.45	.50	.824
	Grupo 2	.00	11	.55		
	Total		20	1.00		
p12	Grupo 1	1.00	17	.85	.50	.003
	Grupo 2	.00	3	.15		

p13	Total		20	1.00		
	Grupo 1	1.00	12	.60	.50	.503
	Grupo 2	.00	8	.40		
	Total		20	1.00		

A. Hay más de dos valores para p14. No es posible calcular la prueba binomial.

Mediante la prueba binomial para verificar la dificultad de la prueba de conocimientos, podemos afirmar que alrededor del 50 % de las preguntas presentan un grado de dificultad aceptable ( $p > 0,05$ ) por lo tanto el instrumento de conocimientos es válido

**PRUEBA DE CONFIABILIDAD**  
**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.653	23

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
c1	66.6500	38.766	.237	.596
c2	66.4000	44.147	-.248	.642
c3	67.3500	35.397	.395	.568
c4	67.3500	34.661	.537	.548
c5	66.6500	40.871	.057	.620
c6	66.7500	39.039	.215	.599
c7	67.0500	42.471	-.076	.638
c8	68.2500	35.987	.189	.615
c9	67.5500	37.524	.351	.581
c10	67.6000	35.200	.528	.552
c11	67.6500	39.924	.176	.604
c12	68.0500	40.682	.045	.625
c13	67.3500	35.397	.543	.552
c14	67.6500	37.713	.243	.595
c15	66.5000	38.579	.411	.582
c16	67.0500	45.524	-.330	.662
c17	67.3500	37.503	.320	.584
c18	66.3500	37.713	.498	.572

Mediante la prueba de alfa de Cronbach para ver la confiabilidad, podemos afirmar que el valor es mayor a 0,60 por lo tanto el instrumento es confiable.

**ANEXO N° 05**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

**INSTRUCCIONES:**

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL  
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB DE  
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO DE GREGORIO  
ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2014**

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... .....					

---

Firma del experto

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.105(a)	4	.392
Razón de verosimilitudes	4.193	4	.381
Asociación lineal por lineal	3.788	1	.052
N de casos válidos	60		

A 6 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

la frecuencia mínima esperada es .45.