

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU INFLUENCIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB
ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD
NUEVA TACNA - 2009**

TESIS

Presentada por:

Bach. Nilda Elsa Pacci Romero

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Enfermería

FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU INFLUENCIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL
CLUB ADULTO MAYOR FUNDADORES
DE CIUDAD NUEVA
TACNA-2009

TESIS

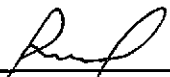
Presentada por:

BACH. NILDA ELSA PACCI ROMERO.

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA


Aprobado por Mayoría, ante el siguiente Jurado



Dra. Victoria Nora Vela Paz
Presidenta



Lic. Elide Eufemia Tipacti Sotomayor
Miembro



Mgr. Ruth Rosario Salinas Lunario
Miembro



Lic. Wender Condori Chipana
Asesor

DEDICATORIA

El presente estudio va dedicado a

*Dios por darme la dicha de
vivir, por ser mi guía espiritual,
mi fortaleza y mi fuerza en mi*

Camino.

AGRADECIMIENTO

- *A mis docentes de la FAEN quienes me apoyaron, brindaron todos sus conocimientos, enseñanzas en la formación durante el transcurso de mis años de estudios para lograr ser una gran profesional.*
- *A mi asesor de tesis Lic. Wender Condori Chipana, por su apoyo continuo durante el proceso de investigación.*
- *Mi gratitud y agradecimiento al Lic. Luís López Puycan, por su asesoría en cuanto a los datos estadísticos de mi trabajo de investigación.*
- *A mis queridos padres Luís y Luzmila, a quienes le debo la existencia y todo lo que soy, depositando en mi su amor y confianza e inculcándome los valores, cristalizando así una de mis grandes aspiraciones, ser una profesional.*
- *Con cariño y eterna gratitud a la memoria de Eduardo, mi hermano porque su recuerdo constituye siempre una fuerza de superación.*

CONTENIDO

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA

1.2 Introducción.....	1
1.1 Marco teórico.....	4

1.2 CAPÍTULO II: DE LA METODOLOGÍA

2.1 Diseño de investigación.....	43
2.2 Población de estudio.....	43
2.3 Variables de estudio.....	43
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
2.5 Métodos y técnicas de recolección de datos.....	44
2.6 Procedimiento para la recolección de datos.....	46
2.7 Control de calidad de datos.....	46
2.8 Procesamiento y análisis de datos.....	47

CAPÍTULO III: DE LOS RESULTADOS

3.1 Resultados.....	48
3.2 Discusión.....	64

Conclusiones

Recomendaciones

Referencias bibliográficas

Anexos

RESUMEN

El aumento de la población adulta mayor a consecuencia de la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer, a generado problemas sociales como: inequidad socioeconómica, desigualdad en la distribución del ingreso económico y exclusión social; siendo esto un problema y un reto para la salud pública. Teniendo en cuenta estas premisas se realizó la presente investigación titulada: "Factores socioculturales y su influencia en el autocuidado del Adulto Mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva, Tacna-2009", con el objetivo de determinar la influencia de los factores socioculturales en el autocuidado del Adulto Mayor, investigación de tipo, transversal, descriptivo y correlacional, donde se aplicó una encuesta al 100% de socios del club. Las variables factores socioculturales y autocuidado en el adulto mayor, se midieron mediante instrumentos validados por expertos en el área y para la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba χ^2 -cuadrado. Se llegó a la conclusión de que los factores socioculturales tales como; estado civil, lugar de nacimiento, ocupación laboral actual, ingreso económico mensual promedio, grado de instrucción y el tipo de alimentos que consumen diariamente, influyen significativamente en el autocuidado del adulto mayor.

ABSTRACT

The increase in the older population as a result of declining birth rates and increasing life expectancy at birth, to social problems such as socioeconomic inequality, inequality in income distribution, economic and social exclusion, being this a problem and a challenge for public health. Given these premises was carried out this research entitled "Socio-cultural factors and their influence on self-care for the Elderly Elderly Founders Club of New Town, Tacna-2009", aimed to determine the influence of sociocultural factors in Self-Care for the Elderly, type of research, cross-sectional descriptive correlational study, which surveyed 100% of club members. Sociocultural variables and self-care in the elderly, were measured using validated instruments by experts in the field and for hypothesis testing was used chi-square test. It concluded that sociocultural factors such as, marital status, place of birth, occupation, current employment, average monthly-income, education level and type of food they consume daily, significantly influence self-care of the elderly.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1.1 INTRODUCCIÓN

Estudiar al adulto mayor implica un compromiso fundamental con la realidad inevitable que está siendo cada vez mayor. La palabra envejecimiento quizá suena algo dura para muchos oídos, pero es bien sabido que la sana psicología recomienda evitar eufemismos, y prefiere llamar las cosas por su nombre. El envejecimiento de las personas es un proceso natural, universal, progresivo e irreversible, que dura toda la vida.

Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, Organización Mundial de la Salud). En 1994 la Organización Panamericana de la Salud ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor.

En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. 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.

Actualmente el 7,2 % de la población peruana esta integrada por personas de 60 a más años de edad y se estima para el 2025 el ascenso del 12,6 % por la cual necesita de una política de promoción y protección de la salud a este grupo humano, por ser vulnerables a sufrir trastornos de salud, con más facilidad que otros grupos etáreos, a consecuencia del deterioro funcional y progresivo de su organismo así como las alteraciones psicoemocionales que lo vuelve dependiente.

En consecuencia esperamos se incremente la demanda de atención y costo para proveer servicios en el ámbito de la salud a los grupos cada vez más numerosos de adultos mayores, ya que el envejecimiento trae consigo un conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas y biopsicosociales que aparecen con el transcurso del tiempo en los seres vivos.

Ante este contexto nos planteamos el presente trabajo de investigación a fin de conocer los factores socioculturales y su influencia en el autocuidado del adulto mayor. Reconocemos los factores socioculturales como característica del medio donde se desarrolla el adulto mayor y consideramos al autocuidado como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

A este propósito intenta servir el presente trabajo el cual se divide en tres capítulos.

El capítulo I, del problema da referencia a; introducción, descripción del problema, antecedentes del problema, fundamento teórico, hipótesis y objetivos de la investigación.

El capítulo II, de la metodología bosqueja; diseño de la investigación, población de estudio, variables, método y técnica de recolección de datos, control de calidad de datos y, procesamiento y análisis de datos.

El capítulo III, de los resultados; fija los resultados, discusión, conclusión, recomendaciones, referencias bibliográficas y finalmente anexos.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Descripción del problema

Los organismos internacionales hacen constante referencia al crecimiento sostenido de la población de 60 años y más en los países de América Latina y el Caribe, considerándose adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, Organización Mundial de Salud).

En el pasado la expectativa de vida no era mayor de 50 años la gente no envejecía y moría, pero hoy sin embargo cerca de 21 millones de americanos celebran su 65 cumpleaños; en el Perú también se está manifestando esta transición demográfica. Así mismo, el envejecimiento se relaciona con el lugar donde habita la persona, caracterizándose más rápido en países en vías de desarrollo que países desarrollados, por darse en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas y de género, que en algunos casos se acentúan.

El grupo adulto mayor no sólo esta aumentando en número y porcentaje de la población, sino que también esta envejeciendo

como grupo, cabe resaltar que el incremento de la población anciana es un resultado principal de la mejoría del saneamiento básico, la prevención de enfermedad y los cuidados de salud de este siglo.

El envejecimiento de las personas es un fenómeno universal, donde ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales; consecuencia de los cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influida tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas; en el ser humano se manifiesta con el deterioro progresivo e irreversible del organismo hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno, pero estos cambios no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anátomo-fisiológicas normales.

LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – ONU (2007), estimó 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. (28)

LA COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL (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. (21)

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.

EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA - INEI (2005), refiere que en el Perú, la población adulta mayor representa el 7,2% de la población general (25 661 690 personas) estimando para el 2025, a 4 millones 479 mil personas, lo que representará el 12,6% de la población general. (14)

EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA - INEI (2008), hace referencia que en el Perú, la población entre 15 y 64 años aumentaron de 58% a 63%. Por su parte, el grupo de 65 años a más se incrementó de 4,7% a 6,4%. (14)

EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA - INEI (2006), menciona que en Tacna, la población de adultos mayores en el 2002 fue de 12 545, que representa el 4,3% (de 248 281 personas, población total) y en el 2005 fue de 16 247 que representa el 5,2% de la población total de Tacna. (14)

Podemos afirmar que la población mundial está envejeciendo progresivamente, dando al fenómeno del envejecimiento un relieve sin precedentes, constituyéndose la situación del adulto mayor en un tema relevante y emergente de la sociedad contemporánea. Asimismo los adultos mayores en nuestra sociedad son considerados como seres improductivos, que no aportan ningún beneficio, puesto que ya cesó la época de haber participado en el proceso económico, a pesar que este grupo etéreo aún mantienen sus capacidades físicas y mentales para conservar su autonomía y ser independiente, no se considera incorporar las actividades básicas de autocuidado dentro de su vida diaria, debido al desconocimiento de su importancia de las actividades básicas de autocuidado.

OREM D, define el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar" (4)

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, contribuyendo a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta que se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

El presente estudio se realizó en el Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva, donde la mayoría de la población proviene del departamento de Puno, quienes mantienen costumbres arraigadas del lugar de origen.

1.2.2 Antecedentes del problema

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (2004), en un estudio sobre "Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor", con una muestra de 150 personas, reportó que el análisis bivariado arroja correlaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión ($r = -0,634$, $p = 0,000$), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ($r = 0,665$, $p = 0,000$); bienestar subjetivo y salud percibida ($r = 0,278$, $p = 0,001$). También aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ($r = -0,454$, $p = 0,000$); depresión y apoyo social percibido ($r = -0,601$, $p = 0,000$) entre salud percibida y apoyo social

percibido ($r = 0,305$, $p = 0,000$). En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado en un 54,3% por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión. (27)

VARELA PINEDO Luis, CHAVEZ JIMENO Héller, GALVEZ CANO Miguel, MENDEZ SILVA Francisco (Lima - 2005), realizaron un estudio sobre, "Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional", que tuvo el objetivo de determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos, en base a la información del estudio "valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional", que incluyó 400 pacientes de 60 años o más; se evaluó las características de la funcionalidad y se comparó los resultados de la funcionalidad con los principales síndromes y problemas geriátricos. Con estos resultados encontraron una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las actividades básicas de la vida diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión. Por lo que concluyeron que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la

población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad, más presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional. (30)

ARANEDA PAGLIOTTI, Gloria (Chile-2007) en su estudio sobre capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillán-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 independientes 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 éstos, el 76% son independientes. La escolaridad es directamente proporcional con la capacidad de autocuidado; e indirecta con número de hospitalizaciones. 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.

En relación a conocimientos en salud: 85% sabe poco de su enfermedad, el 50% conoce acción y horarios 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. (23)

ORTS POVEDA, María del Carmen. (Perú - 2006), en un estudio de los factores socio-culturales que influyen en la salud familiar y en la utilización de los servicios en grupos poblacionales de las ciudades de Iquitos y Lima Metropolitana. Se diseñó una encuesta y se estudió a 250 familias en cada ciudad, se observó una mayor frecuencia de enfermedad en las familias de Iquitos, (63,2%) así como una mayor concentración de problemas de salud por familia. Existe un menor grado de instrucción y menor nivel de ocupación en los jefes del hogar de Iquitos donde se presentan características de las viviendas más deficitarias y son familias de mayor tamaño. El perfil patológico hallado es predominantemente de enfermedades infecciosas y agudas en Iquitos, mientras que en Lima son las crónicas y degenerativas. En relación a los servicios de salud se ha encontrado que los del Instituto Peruano de Seguridad Social, son utilizados en la misma proporción en ambas ciudades. Los servicios

estatales y otros, que son más utilizados en Iquitos, y los servicios privados en Lima. (30)

LITEVAK, L. (Cajamarca-2000), en su estudio "Necesidades biopsicosociales para el autocuidado en personas de la tercera edad", determinaron que el 81% refirieron que la atención recibida por parte de sus familiares es realizada con gusto, situación que sugeriría la importancia de educar a la familia para el autocuidado del anciano, el hecho de compartir su espacio físico con un familiar, constituye un factor importante para la educación del autocuidado.

FERNANDEZ MAMANI, E. (Tacna-2006), "Influencia de la actitud del adulto mayor en su autocuidado", con una 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. (6)

Considerando que una de las áreas de trabajo del profesional de Enfermería es el cuidado de la salud del adulto mayor y sus repercusiones, razón por la cual me formulé la siguiente interrogante:

¿Influyen los factores socioculturales en el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009?

1.2.3 Fundamento teórico

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores socioculturales en el adulto mayor, son características que permite establecer la relación entre el adulto mayor y el entorno social que le rodea. El conocimiento de la funcionalidad social del adulto mayor es sumamente importante para un abordaje integral adecuado, ya que permite: Identificar conductas o hábitos no adecuados, recursos reales y potenciales que pueden constituirse en el soporte necesario. (2)

Al realizar la valoración sociocultural debemos hacer una selección y decidir qué factores socioculturales son los más importantes para un correcto manejo de las situaciones que enfrenta el adulto mayor.

Los factores sociales “son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad del adulto mayor, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la

intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto". (4)

El envejecimiento poblacional conlleva una creciente demanda de servicios y atenciones que son propios de las necesidades que generan los adultos mayores, las que se enmarcan en áreas diversas como la economía, vivienda y urbanismo, salud, participación social y educación, constituyentes de los factores sociales.

Los factores sociales que se consideró en la presente investigación son: edad, sexo, estado civil, personas con quien vive, lugar de nacimiento, tiempo de residencia, ocupación laboral actual, dependencia económica, ingreso económico mensual promedio, en qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con sus vecinos y comunidad, y en qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con sus familiares.

Los Factores culturales son "características de la cultura", y ésta es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, normas y reglas de la manera de ser, vestirse, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista podríamos decir que la cultura es toda la información

y habilidades que posee el ser humano. El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad, en especial para la antropología y la sociología.

LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA CIENCIA, LA EDUCACIÓN Y LA CULTURA (UNESCO), declaró que “la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden”.

Asimismo los factores culturales que consideramos en el presente estudio son: grado de instrucción, religión, participa en eventos religiosos de su comunidad, participa en actividades recreativas organizados por su comunidad, en caso de enfermedad o accidentes ¿a dónde acude?, tipo de alimentos que consume diariamente.

AUTOCUIDADO

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: **Auto** del griego que significa "propio" o "por uno mismo", y **cuidado** del latín *cogitātus* que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería.

Existen teorías del Autocuidado, y una de la teorista es Dorotea Orem, nacida en Baltimore, Estados Unidos. Su primer libro fue escrito en 1971 y desde allí en adelante desarrolla las teorías y subteorías que componen este modelo de gran difusión y aplicación en nuestra época. (4)

DOROTHEA OREM logró conceptualizar la Teoría General de Enfermería la cual se constituye a su vez de 3 subteorías, estas son:

- a) Teoría del Autocuidado
- b) Teoría del Déficit de Autocuidado
- c) Teoría de los Sistemas de Enfermería

D. OREM define el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". (4)

El concepto básico desarrollado por Orem, es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

Por tanto podemos afirmar que el autocuidado se define como el conjunto de actividades que realizan las personas, familia o la comunidad para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud. Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades, transformándose en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar.

Propósito para nuestro bienestar

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según Dorothea Orem existen tres grandes grupos de requisitos: los Requisitos Universales, los Requisitos del Desarrollo y de Alteraciones o Desviaciones de Salud.

❖ **Requisitos Universales:** son comunes a todos los seres humanos e incluyen el mantenimiento del agua, la comida, la eliminación, la actividad y el descanso, la interacción solitaria y social, la prevención de accidentes y el fomento del funcionamiento humano.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y trato del logro de la Normalidad.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

Factores Condicionantes Básicos:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación socio-cultural
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de recursos
- Patrón de vida

❖ **Los Requisitos del Desarrollo:** son etapas específicas del Desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados por el ciclo vital. El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente ese crecimiento.

Las etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Lactancia
- Pre-escolar
- Escolar
- Adolescencia
- Adulto Joven

- Adulto Medio
- Adulto Mayor

❖ **Alteraciones o desviaciones de Salud:** comprende el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas:

- Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología.
- Atención a los resultados de los estados patológicos.
- Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología.
- Atención a los efectos molestos de la terapia médica.
- Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario.
- Aprender a vivir con la patología.
- Teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse con la atención de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad

no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento (pro) saludable. Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

Capacidades del autocuidado

❖ Autosuficiente (Lo hace)

Intervención: apoyo educativo orientación y guía

Resultado: salud con armonía racionalizada.

❖ Parcialmente dependiente (requiere ayuda)

Intervención: ayuda compensatoria parcial. Indicar los cuidados requeridos.

Resultado: autosuficiencia para el autocuidado universal.

❖ Totalmente dependiente (no lo hace)

Indica complejidad del problema que desencadenó la dependencia.

Intervención: cuidados y ayuda compensatoria total. Indicar tipos y complejidad de los cuidados requeridos y tecnología a utilizar.

Resultado: llevarlo hacia un autocuidado compensatorio parcial.

Teoría de los Sistemas de Enfermería

❖ Sistema compensatorio

- Realiza el cuidado terapéutico del paciente
- Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado.
- Apoya y protege al paciente

❖ Sistema parcialmente compensatorio

- Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.
- Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.
- Ayuda al paciente en lo que necesite.
- Regula la acción de autocuidado. Realiza algunas de las medidas de autocuidado.
- Regula la acción del autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.

Autocuidado en el adulto mayor

De todas las definiciones que se dieron sobre autocuidado, podemos afirmar, que el autocuidado en el adulto mayor son las medidas que aplica activamente el individuo, apoyándose en la

familia y en la comunidad para prevenir o controlar sus padecimientos, así como para alcanzar el mayor bienestar posible. Por tal motivo, para ejercer el autocuidado es indispensable conocer y utilizar los recursos (físicos, humanos y financieros) individuales, familiares y sociales con el fin de hacer óptimo su uso.

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios.

Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años.

En el adulto joven, existe una gran capacidad de reserva y adaptación frente a las exigencias. El aparato respiratorio es capaz de trabajar más cuando se asciende una altura; el sistema circulatorio es más eficiente cuando se realiza un esfuerzo físico; el sistema nervioso es capaz de retener más información, por ejemplo, cuando se prepara un examen la noche anterior a un certamen.

- El envejecimiento es inevitable.
- La calidad del envejecimiento dependerá, en gran medida, de cómo hayamos vivido.
- Existen aspectos positivos de la vejez, debemos aprender a aprovecharlos.

Con el envejecimiento la capacidad de reserva y adaptación a la exigencia se va perdiendo. El adulto mayor puede respirar normalmente y caminar sin problemas, es capaz de estudiar con calma, pero al aumentar las exigencias no le es posible rendir como él quisiera. Aparece disnea (sensación de ahogo) al subir escaleras o si intenta correr; es incapaz de memorizar un tema con tanta facilidad como lo hacía antes.

Existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte. En cambio, suele hacerse menos hincapié en los aspectos positivos: la acumulación de experiencia y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional a pesar de las enfermedades, el tiempo libre que permite hacer lo que se desea.

La proximidad de la muerte puede ser vivida como algo terrible, angustioso, o como un proceso natural que puede ser asumido con tranquilidad.

Mediante el autocuidado el adulto mayor podrá ejercer un mayor control sobre su salud y su micro ambiente, estará más capacitado para optar todo lo que contribuya con su bienestar general.

El adulto mayor debe pedir al profesional de salud que le ayude a prevenir o detectar precozmente sus enfermedades, y que lo atienda considerando su situación global, biológica y biográfica.

El adulto mayor está expuesto a muchas enfermedades que, en su mayoría, no comienzan de un modo repentino sino que en forma insidiosa: glaucoma, hipertensión arterial, diabetes mellitus, arteriosclerosis, osteoporosis, depresión, obesidad, insuficiencia respiratoria, y otras. Cuando los síntomas son evidentes y lo obligan a consultar, la enfermedad suele estar bastante avanzada y el tratamiento va a ser más paliativo que preventivo. Por eso, es muy necesario el control médico del adulto mayor que se supone sano, para detectar precozmente esas patologías y para enseñarle a vivir sanamente. Antes de los 70 años, se recomienda un control anual; después de los 70, un control cada 6 meses.

Un peligro que siempre existe es el de la polifarmacia, y se podría decir que es mejor médico el que indica cuál medicamento podría suprimirse que el que agrega otra receta a las que ya traía el paciente.

El profesional de salud siempre debe estar alerta a la patología psicosocial: al aislamiento que lleva a una depresión, al deterioro cognitivo que puede llevar a accidentes y conflictos.

El personal de salud ideal debiera tener tiempo para explicar bien el tratamiento; escribir con buena letra sus indicaciones en la receta y/o en el cuaderno de salud del adulto mayor, ser ubicable y tener tiempo para ser consultado por teléfono en caso de dudas, tratar de recetar lo indispensable, evitar la solicitud de exámenes innecesarios, y ser capaz de imaginarse él mismo en el lugar del paciente.

Un adulto mayor debe tener controles de salud cada año por lo menos. El médico debe conocer a la persona y su familia. Debe pedirle al médico que explique y/o escriba cuáles son las enfermedades que encuentra y las recomendaciones que da.

Aspectos a Valorar al adulto mayor

a. Salud Física

1. Antecedentes de enfermedades.
2. Enfermedades actuales (grandes síndromes geriátricos).
3. Dieta y nutrición.
4. Consumo de fármacos.
5. Autopercepción de la salud.
6. Otros: Valoración funcional

b. Salud Psíquica

1. Función Cognitiva.
2. Función afectiva.
3. Conducta.

c. Salud Social

1. Vivienda.
2. Grupo familiar (familia).
3. Accesibilidades (familia, amigos, otros).
4. Necesidades de cuidado.
5. Ingresos económicos.

d. Salud Espiritual

1. Situación espiritual.
2. Actitud ante la edad.
3. Actitudes religiosas.

e. Ancianos con alto grado de vulnerabilidad

Consideramos ancianos con alto grado de vulnerabilidad a aquellos que presentan una de las siguientes características.

1. Edad avanzada (mayor de 85 años).
2. Vivir sólo.
3. Polipatología (muchas enfermedades).
4. Deterioro cognitivo.

5. Discapacidades adquiridas.
6. Antecedentes de caídas.
7. Incontinencias.
8. Enfermedades sociales. (pobreza, marginación, etc.).

g. Valoración física y funcional

La valoración estrictamente física se lleva adelante con la historia clínica del anciano y depende del equipo profesional de salud. La valoración funcional determina o mide la capacidad de una persona para adaptarse a los problemas cotidianos y se efectuará a través de la medición de las actividades de la vida diaria.

VALORACION FUNCIONAL PARA LA CAPACIDAD DE CUIDARSE ASI MISMO

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son las actividades del autocuidado como por ejemplo bañarse, vestirse, caminar, etc.

Para valorar estas actividades básicas de la vida diaria se utilizó el Índice de Katz, adecuado de acuerdo a la población estudiada.

El Índice de Kats es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación, tiene 6 temas ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades. Se clasifican en grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse. Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización.

Cada elemento tiene tres posibles respuestas. Según la puntuación total los pacientes quedan clasificados en 8 grupos.

Fue construida para uso específico en población adulto mayor. Es de fácil administración (habitualmente menos de 5 minutos).

Aunque la corrección de la escala se realiza sobre una base dicotómica "independiente/dependiente", las instrucciones y el protocolo de observación permite también diferenciar entre

aquellas personas mayores que ejecutan la actividad con ayuda humana y aquellas que lo hacen sin aquel tipo de asistencia. Para efectos de puntuación, solamente estos últimos son evaluados como independientes.

Índice de Katz

- A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.
 - B. Independiente: todas estas funciones excepto una.
 - C. Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.
 - D. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.
 - E. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.
 - F. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.
 - G. Dependiente para las seis funciones básicas.
- Otros; Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F

Términos empleados

Independiente: sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se listan a continuación. Un

paciente que se niega a hacer una función, se considere incapaz de hacerla.

Bañarse: aunque necesite ayuda para lavarse una sola parte (espalda o extremidad incapacitada).

Vestirse: coge la ropa de los cajones, se la pone y se abrocha cremalleras (el nudo de zapatos no cuenta).

Usar el retrete: si llega solo, entra y sale de él, se arregla la ropa y se limpia (puede usar orinal de noche).

Movilidad: entra y sale solo de la cama, se sienta y levanta sin ayuda (con o sin soportes mecánicos).

Continencia: control completo de la micción y defecación.

Alimentación: lleva la comida del plato u otro recipiente a la boca (se excluye cortar la carne o untar mantequilla en el pan).

Limitaciones del Índice de Katz

- Las limitaciones principales son aquellas tareas dependientes, en gran medida de las extremidades superiores y su escasa sensibilidad al cambio.
- En general es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda. Este problema se ha intentado paliar realizando modificaciones

sobre la escala inicial, suprimiendo algunas AVD básicas (continencia o ir al servicio) y sustituyéndolas por actividades instrumentales (como ir de compras o utilización del transporte).

- Además la capacidad funcional valorada por el índice es independiente de la severidad de las enfermedades que sufre el paciente y del dolor percibido en su realización.

Utilidad actual

- Describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones
- Predecir la necesidad de rehabilitación.
- Comparar el resultado de diversas intervenciones.
- Seguir la evolución de los pacientes.
- Seguir la evolución del tratamiento.
- Con fines docentes.
- Predice la necesidad de institucionalización , el tiempo de estancia hospitalaria y la mortalidad de pacientes agudos.
- Forma parte de la evaluación interdisciplinario en unidades de geriatría.
- En rehabilitación, es útil en el establecimiento de la situación basal y la monitorización del curso clínico.

- Predice el coste de un paciente en una residencia de ancianos.
- Se ha usado en estudios poblacionales masivos de pacientes institucionalizados.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Indican la capacidad que tiene la persona para llevar adelante una vida independiente en la comunidad (hablar por teléfono, efectuar las compras, manejar sin medicamentos, etc.)

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): Implican actividades complejas y relacionadas con la voluntad de integración comunitaria (actividades lúdicas, relaciones sociales, etc.).

Relaciones entre Enfermedad y Función

La incapacidad funcional representa el punto final común de la mayor parte de las enfermedades de la vejez y viceversa, puede ser la manifestación inicial de las enfermedades.

Considerar

Deficiencia: representa la alteración de la función de un órgano o tejido o miembro del cuerpo humano.

Discapacidad: representa la consecuencia de una deficiencia en la realización de las actividades de la vida diaria. Implica una alteración funcional.

Minusvalía: supone una discapacidad para cumplir con un rol habitual para la edad, sexo, etc.

Ejemplo: la artritis implica una deficiencia física que genera una discapacidad y por ende una minusvalía para el desarrollo de actividades físicas deportivas.

Cuando se evalúa funcionalmente a un adulto mayor se puede hacer pidiéndole que ejecute determinados ABVD o simplemente preguntándole a él o a su cuidador si es capaz de llevarlas a cabo y con qué dificultad.

Dependiendo del grado de ayuda que necesita una persona para las ABVD se puede clasificar al individuo en dependiente, semidependiente y autoválido para las tareas en cuestión.

h. Valoración social

La valoración social es la parte de la valoración geriátrica que se ocupa de la relación que existe entre el anciano y su entorno (medio social en que se desenvuelve), estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilicen de forma adecuada.

ROL DE LA ENFERMERA

Enfermería es “la ciencia del cuidado profesional”, lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. (4)

El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías, también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores. (28)

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de

envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias. (28)

Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.

ADULTO MAYOR

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). Define a adulto mayor como la etapa final de la vida, conocida también como la tercera edad, se inicia aproximadamente a los 60 años, caracterizándose por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental. (20)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). Considera a los adultos mayores, a los de más de 60 años para los que viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1996 la

Organización Panamericana de la Salud ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor, manteniendo la anterior premisa.

La declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices, y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos.

El adulto mayor va perdiendo el interés por las cosas de la vida, y viviendo cada vez más en función del pasado, el mismo que evoca constantemente, ya que el presente y el futuro le ofrecen pocas perspectivas. Por eso es predominantemente conservador y opuesto a los cambios, pues así se siente seguro.

Como consecuencia de la declinación biológica, y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones intelectuales (inteligencia, memoria, pensamiento, etc). Pero este deterioro es muy distinto en las diversas personas, dándose el caso de ancianos de avanzada edad que se conservan en excelente forma.

PAPALIA Y WENDKONS (2004). La etapa del adulto mayor, es un periodo de vida que comienza a los 60 años. Los gerontólogos dividen a los adultos mayores en esta etapa en dos bloques: Los adultos mayores jóvenes (entre 60 y 74 años) y los adultos mayores viejos (a partir de los 75). Los rasgos de la personalidad y del carácter se van modificando. Los adultos mayores que han tenido una adultez inmadura no saben adaptarse con facilidad a sus nuevas condiciones de vida. Manifiestan entonces una marcada tendencia a la desconfianza, el egoísmo, la crítica aguda (especialmente a los jóvenes) y reaccionan agriamente contra sus familiares y el ambiente social.

En cambio, otros adultos mayores, que fueron adultos maduros, se adaptan mejor a su nueva situación y muchos hasta parecen exagerar el optimismo, buen humor y generosidad. Esto se debe a que, en el fondo, en la vejez se acentúan los rasgos que distinguieron el carácter en la adultez, por lo mismo que el individuo ya no es capaz de ejercer un completo control y dominio de sus manifestaciones psicológicas. En los individuos especialmente dotados, la ancianidad es una etapa de gran comprensión, equilibrio y productividad. Tal es el caso de personalidades ilustres que siguieron contribuyendo activamente a

la vida social y cultural de su época cuando ya la mayor parte de sus coetáneos descansaban en sus cuarteles de invierno.

Existen diversas teorías y clasificaciones de la vejez, no siempre centradas en el número de años.

Proceso de envejecimiento: Leiton (2006). El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo y hasta el momento inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de los factores genéticos, sociales, culturales, estilo de vida y presencia de enfermedades.

Erickson pone énfasis en los estadios de la adultez y relaciona en su teoría la edad de la madurez con la integridad del Yo v/s la desesperación, en la cual la persona se acepta con sus éxitos, fracasos y limitaciones. Está integrada cuando busca trascendencia en su vida, otorgándole conocimientos y experiencia; por el contrario, cuando hay desintegración del yo, este proceso lleva al adulto mayor a un estado de desesperación por el tiempo que pasa y por la imposibilidad de comenzar nuevamente la vida.

(2)

Según **Erickson** los logros de esta etapa son adquirir la aceptación del ciclo de vida y de la muerte. De esta manera se adquieren las virtudes de aceptación y sabiduría. La no consecución de estas tareas del desarrollo trae como consecuencia temor a morir, desesperanza, negación, rebeldía, malestar y desesperación. Quizás la última tarea evolutiva sea aceptar la muerte como algo inevitable, pero con una actitud positiva (merecido descanso).

1.2.4 Objetivos

Objetivo general

Determinar la influencia de los factores socioculturales en el autocuidado del Adulto Mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009.

Objetivos específicos

- Caracterizar los factores sociales del Adulto mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva.
- Caracterizar los factores culturales del Adulto mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva.
- Establecer la influencia de los factores socioculturales en el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva.

1.2.5 Hipótesis

Existe influencia significativa de los factores socioculturales en el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva Tacna - 2009.

CAPÍTULO II

DE LA METODOLOGIA

2.1 Diseño de investigación

El presente estudio es de diseño: **transversal**, porque se estudió las dos variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; **descriptivo**, porque buscó especificar las propiedades importantes de la población en nuestro estudio y **correlacional**, porque tuvo como propósito evaluar la relación entre dos o más variables en un contexto particular.

2.2 Población de estudio

La población estuvo constituida por el total de 60 adultos mayores pertenecientes al Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva.

2.3 Variables de estudio

Variable Independiente: factores socioculturales

Variable Dependiente: autocuidado en el adulto mayor

(Ver anexo N° 03)

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores cuyas edades sean más de 60 años.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores pertenecientes al Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores cuyas edades sean menos de 60 años.
- Adultos mayores que no pertenecieron al Club Adulto Mayor
- Adultos mayores con alteraciones de la memoria.
- Adultos mayores que no desearon ser entrevistados.

2.5 Métodos y técnicas de recolección de datos

Para la variable independiente factores socioculturales; se utilizó la técnica entrevista y de instrumento la encuesta creada por la autora, que fue valorada con respuestas múltiples y se detallan a continuación: Los factores sociales constan de 11 items que valoraron lo siguiente; edad, sexo, estado civil, personas con quien vive, lugar de nacimiento, tiempo de residencia, ocupación laboral actual, dependencia económica, ingreso económico mensual promedio, en qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con

sus vecinos/comunidad y; en qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con sus familiares.

En cuanto a los factores culturales consta de 6 items que valoraron; grado de instrucción, religión, participa en eventos religiosos de su comunidad, participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad, en caso de enfermedades y accidentes ¿dónde acude?; y el tipo de alimentos que consume diariamente. (Ver Anexo N° 01).

Para valorar la variable dependiente: Autocuidado; se utilizó la técnica entrevista, e instrumento la escala para valorar la capacidad de cuidarse así mismo según Katz y modificado por la autora. Estuvo compuesto por 6 ítems medida en un nivel de intensidad graduada, teniendo una puntuación de 1 (lo hace), 2 (requiere ayuda) y de 3 puntos (No lo hace). (Ver Anexo N° 02).

Escala de calificación:	Puntuación
- Autosuficiente	0 a 6 puntos.
- Parcialmente dependiente	7 a 12 puntos.
- Totalmente dependiente	13 a 18 puntos.

2.6 Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se coordinó con la enfermera que estuvo a cargo del programa adulto mayor de la jurisdicción del Centro de Salud de Ciudad Nueva.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora, durante los meses de mayo y junio del 2009 utilizando los instrumentos antes mencionado.

2.7 Control de calidad de datos

Prueba piloto: los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 6 adultos mayores (representan el 10% de la población estudiada) con las características similares a la población estudiada. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes.

Validez: los instrumentos fueron validados a través de la aprobación de expertos en el área como ser: Psicólogo, Geriatra, Enfermera y Estadista. (Ver Anexo Nro 04).

Confiabilidad: la confiabilidad se determinó a través del coeficiente de Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto.

(Ver anexo Nro. 05)

2.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recopilados fueron procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales). Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba estadística ji cuadrado. Se utilizó patrones de calificación simple como la tabulación nominal y porcentual. Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos, complementados con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPÍTULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1 Resultados

En este capítulo se presentan los resultados en tablas y gráfico, que corresponden a la información obtenida como resultado de la investigación.

TABLA N° 01

FACTORES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR DEL "CLUB ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA", TACNA-2009

Factores	Nº	%
1. Edad		
60 a 69 años	31	51,7
70 a 79 años	22	36,7
80 a más	7	11,7
2. Sexo		
Femenino	42	70,0
Masculino	18	30,0
3. Estado Civil		
Casado	19	31,7
Soltero	8	13,3
Viudo	33	55,0
4. Personas con quien vive		
Con pareja e hijos	50	83,3
Otros familiares y/o cuidadores	3	5,0
Solo	7	11,7
5. Lugar de nacimiento		
Tacna	2	3,3
Puno	55	91,7
Otros	3	5,0
6. Tiempo de residencia		
6 a más año	50	83,3
De 2 a 5 año	7	11,7
Menos de 2 años	3	5,0
7. Ocupación laboral actual		
Si tiene	14	23,3
Su casa	35	58,3
No tiene	11	18,3
8. Dependencia económica		
Jubilación o pensionista	1	1,7
Rentas propias o de familia	56	93,3
Sin pensión, sin otros ingresos	3	5,0
9. Ingreso económico mensual promedio		
Menos de 550 ns	36	60,0
No tiene	24	40,0
10. Satisfecho con sus relaciones sociales con vecino y comunidad		
Satisfecho	53	88,3
Poco satisfecho	6	10,0
Insatisfecho	1	1,7
11. Satisfecho con sus relaciones familiares		
Satisfecho	53	88,3
Poco satisfecho	7	11,7

Fuente: Encuesta aplicada May. - Jun. 2009

Interpretación:

En la tabla N° 01, observamos que entre los adultos mayores, aquellos comprendidos entre 60 a 69 años agruparon el mayor volumen de la población de estudio con 51,7%, le sigue los de 70-79 años con 36,7%. Con relación al género, las mujeres predominaron (70%) respecto a los hombres (30%).

Según el estado civil, el 55% fueron viudos, mientras que los casados representaron el 31,7% y los solteros el 13,3%.

En cuanto a las personas con quien vive el adulto mayor, el 83,3% refirieron convivencia con pareja e hijos y 11,7% manifestaron vivir solos.

Según al lugar de nacimiento, la mayoría (91,7%) refirió a Puno como lugar de nacimiento y solo el 3,3% nacieron en Tacna y 5% en otros lugares. El 83,3% manifestó un tiempo de residencia de 6 a más años y 11,7% de 2 a 5 años y 5% menos de dos años. Considerando la ocupación laboral actual, observamos que el 58,3% se dedica a su casa y 18,3% no refirieron ocupación alguna.

El 93,3% dependen económicamente de sus rentas propias o de familia y 5% refirieron no tener pensión ni otros ingresos, en cuanto al ingreso económico mensual promedio, el 60% de esta población

estudiada manifestaron percibir menos de 550 nuevo soles y el 40% no reciben ningún tipo de ingreso económico.

Con relación a la satisfacción de las relaciones sociales con sus vecinos y comunidad, el 88,3% refirió encontrarse satisfecho y 1,7% insatisfecho. Por último, el 88,3% de los encuestados se encontraron satisfechos con sus relaciones sociales con su familia y 11,7% poco satisfecho.

TABLA N° 02

**FACTORES CULTURALES DEL ADULTO MAYOR DEL "CLUB
ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA",
TACNA-2009**

Factores culturales	Nº	%
1. Grado de instrucción		
Secundaria	1	1,7
Primaria	11	18,3
Sin instrucción	48	80,0
2. Religión		
Evangélica	23	38,3
Católica	32	53,3
Otra	5	8,3
3. Participa en eventos religiosos de su comunidad		
Si	42	70,0
A veces	13	21,7
No	5	8,3
4. Participa en Activ. Recreativas organizadas por su comunidad		
Si	42	70,0
A veces	18	30,0
5. En caso de enfermedad, accidentes ¿dónde acude?		
Establecimiento de salud	32	53,3
Curandero, huesero	13	21,7
Automedicación: Remedios caseros – medicamentos	15	25,0
6. Tipo de alimentos que consume diariamente		
Carbohidratos, proteínas y vitaminas	24	40,0
Carbohidratos y proteínas	35	58,3
Carbohidratos	1	1,7

Fuente: Encuesta aplicada May.-Jun. 2009.

Interpretación:

Analizando los factores culturales, la tabla N° 02, muestra la distribución de cada uno de ellos, donde, el 80% de los adultos mayores se encontró sin instrucción y solo uno alcanzó la secundaria, el 53,3% de este grupo etareo refirieron ser católicos, 38,3% de iglesias evangélicas y 8,3% de otras religiones. También denotamos que el 70% participan en eventos religiosos y actividades recreativas organizadas por su comunidad.

El 53,3% refirió acudir al establecimiento de salud en caso de enfermedad o accidente y el 21,7% al curandero o huesero y una moderada proporción manifiesta automedicarse o utilizan remedios.

Finalmente, el mayor consumo de alimentos en forma diaria por los adultos mayores fueron los carbohidratos y proteínas con 58,3% y el consumo de sólo carbohidratos se observó en el 1,7%.

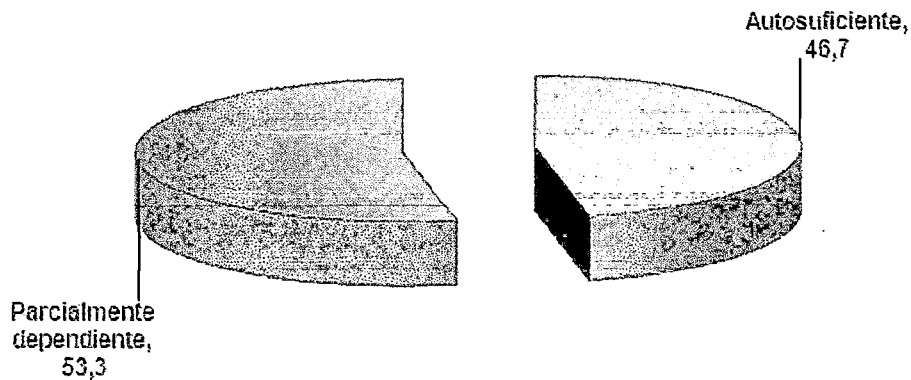
TABLA N° 03

NIVELES DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL "CLUB ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA" TACNA-2009

Niveles	Nº	%
Capacidad de cuidarse así mismo		
Autosuficiente	28	46,7
Parcialmente dependiente	32	53,3
Totalmente dependiente	0	0,0
Total	60	100,0

GRÁFICO N° 01

EXPRESION PORCENTUAL DE NIVELES DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR, TACNA-2009



Fuente: Tabla N° 03

Interpretación:

En la tabla N° 03, expresamos los resultados de los niveles de autocuidado de los adultos mayores, en ello, observamos que predominó los que se encontraron parcialmente dependientes con 53,3%, sin embargo; un grupo importante, manifestaron tener capacidad autosuficiente de cuidarse así mismo con 46,7%. Además, es relevante haber encontrado, que ningún adulto mayor presento condiciones que les permita ser totalmente dependientes en su cuidado.

En el gráfico N° 01, apreciamos la comparación de distribución porcentual de esta característica.

TABLA Nº 04

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL "CLUB ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA" TACNA – 2009

Factores sociales	Niveles de autocuidado		Capacidad de cuidarse así mismo		Total		X ²	Valor (p)
	Auto-suficiente	Parcialmente	Nº	%	Nº	%		
1. Edad								
60 a 69 años	14	23,3	17	28,3	31	51,7	(0,17)	(0,92)
70 a 79 años	11	18,3	11	18,3	22	36,7		
80 a más	3	5	4	6,7	7	11,7		
2. Sexo								
Femenino	13	21,6	29	48,3	42	70	(1,39)	(0,56)
Masculino	15	24,9	3	5	18	30		
3. Estado Civil								
Casado	10	16,6	9	15	19	31,7	(13,89)	(0,00)
Soltero	4	6,7	4	6,7	8	13,3		
Viudo	14	23,3	19	22,2	33	55		
4. Personas con quien vive								
Con pareja e hijos	25	41,6	25	45	50	83,3	(1,36)	(0,51)
Otros fam. y/o cuidadores	1	1,7	2	3,3	3	5		
Solo	2	3,3	5	8,3	7	11,7		
5. Lugar de nacimiento								
Tacna	1	1,7	1	1,7	2	3,3	(23,10)	(0,03)
Puno	26	43,3	29	48,3	55	91,7		
Otros	1	1,7	2	3,3	3	5		
6. Tiempo de residencia								
6 a más años	23	38,3	27	45	50	83,3	(0,53)	(0,77)
De 2 a 5 años	4	6,7	3	5	7	11,7		
Menos de 2 años	1	1,7	2	3,3	3	5		
7. Ocupación laboral actual								
Si tiene	8	13,3	6	10	14	23,3	(11,17)	(0,02)
Su casa	13	21,6	22	36,6	35	58,3		
No tiene	7	11,7	4	6,7	11	18,3		
8. Dependencia económica								
Jubilación o pensionista	0	0	1	1,7	1	1,7	(3,75)	(0,15)
Rentas propias o de familia	28	46,6	28	46,6	56	93,3		
Sin pensión, sin otros ingresos	0	0	3	5	3	5		
9. Ingreso económico mensual promedio								
Más de 550 ns	0	0	0	0	0	0	(17,90)	(0,01)
Menos de 550 ns	16	26,6	20	33,3	36	60		
No tiene	12	20	12	20	24	40		
10. En qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con sus vecinos y comunidad								
Satisfecho	23	38,3	30	50	53	88,3	(0,17)	(0,18)
Poco satisfecho	4	6,7	2	3,3	6	10		
Insatisfecho	1	1,7	0	0	1	1,7		
11. En qué medida está satisfecho sus relaciones familiares								
Satisfecho	23	38,3	30	50	53	88,3	(1,95)	(0,16)
Poco satisfecho	5	8,3	2	3,3	7	11,7		
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0		

Fuente: Encuesta aplicada May.-Jun. 2009.

X² = Estadístico Ji-cuadrado

Valor p significativo a nivel p < 0.05

Interpretación:

Con relación a los factores sociales inherentes a los adultos mayores, la tabla N° 04 nos muestra, que los de 60 a 69 años representaron la mayor proporción con autocuidado parcialmente dependiente (28,3%); también en ellos predominó los que son autosuficientes con 23,3%. Respecto al sexo, el 48,3% de las mujeres fueron parcialmente dependientes y los hombres con 5%.

Según el estado civil, era de esperar encontrar que los adultos mayores viudos padecen más de la dependencia en el cuidado con 22,2% respecto a los casados (15%) y los solteros (6,7%), sin embargo, es importante destacar, que ellos también son los que mas se cuidan, es decir, son autosuficientes en una proporción de 23,3%. Los adultos mayores que viven con pareja e hijos, en su mayoría presentaron un estado de dependencia parcial con 45% y de autosuficientes con 41,6%. De acuerdo al lugar de nacimiento, los que son de Puno predominaron tanto en los parcialmente dependientes y los autosuficientes con 48,3% y 43,3% respectivamente.

El 45% de adultos mayores con dependencia parcial tuvieron más de 6 años de tiempo de residencia en Tacna, pero no se encontró influencia con el autocuidado ($\chi^2=0,53$; $P>0,05$).

Respecto a la ocupación laboral, la mayoría de este grupo de edad, permanecen en su casa y son parcialmente dependientes en el 36,6% del total, este ítem influyó significativamente en el autocuidado ($X^2=11,17$; $P<0,05$). La dependencia económica no representó asociación con la variable de interés, pero sí, se ha encontrado que las rentas propias o de familia son en su mayoría (46,6%) el sustento de los adultos mayores parcialmente dependientes y autosuficientes.

Destacamos que la mayor frecuencia de ingreso económico mensual promedio fue menos de 550 nuevo soles con 33,3% en los parcialmente dependientes y 26,6% en los autosuficientes, manifestando una influencia significativa al autocuidado del adulto mayor ($X^2=17,90$; $P<0,05$).

El 50% de adultos mayores parcialmente dependientes se encontró satisfecho con sus relaciones sociales con vecinos, comunidad y familia, sin embargo; estos factores no resultaron con influencia en el autocuidado de los adultos mayores.

Los factores sociales como: el estado civil, lugar de nacimiento, ocupación laboral actual e ingreso económico mensual promedio resultaron con influencia en el autocuidado, dado que arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

TABLA N° 05

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES EN EL
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL "CLUB ADULTO
MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA"
TACNA-2009**

Niveles de autocuidado	Capacidad de cuidarse así mismo				Total		X ²	Valor (p)
	Autosuficiente		Parcialmente Dependiente					
Factores culturales	N°	%	N°	%	N°	%		
1. Grado de instrucción								
Secundaria	1	1,7	0	0,0	1	1,7		
Primaria	7	11,7	4	6,7	11	18,3	(28,98)	(0,02)
Sin instrucción	20	33,3	28	46,6	48	80,0		
2. Religión								
Evangélica	10	16,6	13	21,6	23	38,3		
Católica	15	24,9	17	28,3	32	53,3	(0,45)	(0,79)
Otra	3	5,0	2	3,3	5	8,3		
3. ¿Participa en eventos religiosos de su comunidad?								
Si	21	35,0	21	35,0	42	70,0		
A veces	5	8,3	8	13,3	13	21,7	(0,63)	(0,73)
No	2	3,3	3	5,0	5	8,3		
4. Participa en actividades recreativas organizados por su comunidad								
Si	20	33,3	22	36,6	42	70,0		
A veces	8	13,3	10	16,6	18	30,0	(0,05)	(0,82)
No	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
5. En caso de enfermedad, accidentes acude a:								
Establecimiento de salud	15	33,3	17	28,3	32	53,3		
Curandero, huesero	5	8,3	8	13,3	13	21,7	(0,62)	(0,73)
Automed: Rem. caseros—medicamentos	8	13,3	7	11,7	15	25,0		
6. Tipo de alimentos que consume diariamente								
Carbohidratos, proteínas y vitaminas	9	15,0	15	24,9	24	40,0		
Carbohidratos y proteína	19	30,0	17	28,3	35	58,3	(27,20)	(0,03)
Carbohidratos	1	1,7	0	0,0	1	1,7		

Fuente: Encuesta aplicada May.-Jun. 2009.

X² = Estadístico Ji-cuadrado

Valor p significativo a nivel p < 0,05

Interpretación:

La tabla N° 05, nos muestra los factores culturales y su influencia en el autocuidado del adulto mayor, donde observamos que el mayor porcentaje se encontró en los parcialmente dependientes sin ninguna instrucción con 46,6% y 33,3% en los autosuficientes.

Respecto a la religión el 28,3% de parcialmente dependientes fueron católicos; los que son autosuficientes también predominó en este grupo con 24,9%. Respecto a los que sí participan en eventos religiosos de su comunidad, tanto los que fueron parcialmente dependientes y los autosuficientes representaron el 35% cada uno.

En cuanto a los que participan en actividades recreativas organizadas por su comunidad, el 36,6% se encontró en aquellos con dependencia parcial y 33,3% en los autosuficientes.

La mayor proporción de adultos mayores con dependencia parcial en el autocuidado tiene más preferencia en atenderse en el establecimiento de salud (28,3%), de forma similar los que son autosuficientes con 33,3%. Por último, referente a los alimentos, los que tienen cierta dependencia manifestaron en su mayoría el consumo de sólo carbohidratos y proteínas con 28,3% y otros con adición de vitaminas (24,9%).

Al comparar las proporciones de cada uno de los factores culturales respecto a la capacidad de cuidarse así mismo, encontramos que existió influencia del grado de instrucción y tipo de alimentos con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), mientras que: la religión, sí participa en eventos religiosos y en actividades recreativas organizadas por su comunidad, así como la preferencia de acudir al establecimiento de salud en caso de accidentes, no mostraron influencia con la variable de autocuidado ($p > 0,05$).

TABLA N° 06

RESULTADOS DEL ANALISIS MULTIVARIADO POR REGRESION LOGISTICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA, TACNA-2009

	Autocuidado	B	Wald	Sig.
Factores sociales				
3. Estado Civil		0,12	0,12	0,72
5. Lugar de nacimiento		0,83	0,67	0,41
7. Ocupación laboral actual		-0,33	0,33	0,56
9. Ingreso económico mensual promedio		-0,04	0,00	0,95
Factores culturales				
3. Grado de instrucción		1,66	3,83	0,05
5. Tipo de alimentos que consume diariamente		-0,93	2,27	0,13

Fuente: Ficha de investigación

Interpretación:

En la Tabla N° 06, se realizó el análisis multivariado por regresión logística, donde se ha incluido las variables independientes (factores sociales y culturales) que en la primera evaluación resultó con asociación significativa al autocuidado del adulto mayor (VD). En este segundo momento de análisis, el grado de instrucción (Factor cultural) fue el único factor que se mantuvo asociado (Wald=3,83; P=0,05) al autocuidado del adulto mayor, sin embargo, el estado civil, lugar de nacimiento, ocupación laboral actual, ingreso económico mensual, tipo de alimentos que consume diariamente tendrían una sobre estimación con el Ji cuadrado.

3.2 Discusión

El presente estudio demostró que el problema del autocuidado en el adulto mayor refleja una importante preocupación en la salud pública, debido a que más de la mitad (53,3%) de la población evaluada se encontró con un nivel parcialmente dependiente de sus actividades de la vida diaria, aunque un grupo importante estuvieron autosuficientes para realizar sus actividades. Esta situación, ha sido influenciada por factores sociales principalmente; el estado civil, lugar de nacimiento y ocupación laboral actual e ingreso económico mensual promedio ($p < 0,05$), sumado a ello, los factores culturales como el grado de instrucción y el tipo de alimentos que consume diariamente ($p < 0,05$).

Antes de continuar con las evidencias encontradas en este trabajo, es importante destacar que durante el proceso de investigación, se ha presentado algunas limitaciones que han sido absueltas en su debido momento. La primera y una de las más importantes fue el idioma de los adultos mayores, aunque pocos, algunos encuestados únicamente hablaban el aymará, para ello, se tuvo que recurrir al apoyo de una persona bilingüe perteneciente al mismo Club Adulto Mayor que ha sido objeto de nuestro estudio.

Segundo, hemos tenido conocimiento previo de algunas variables sociales como culturales y hemos visto que no existen diferencias en su composición dentro de los adultos mayores.

Cabe resaltar que en este estudio se logró una tasa de respuesta de 100%, que al comparar la respuesta de otros estudios, la obtenida en este trabajo consideramos que fue muy aceptable, por lo tanto, los resultados obtenidos en nuestro trabajo refleja la realidad al que se ha abordado caracterizar.

Un hecho que ha podido influir en la alta tasa de respuesta es que a todos los adultos mayores, previo a la recolección de la información fueron sensibilizados con dos sesiones de relajación, donde se dio a conocer el principal objetivo y los beneficios que podría generar el presente estudio, por los cuales, se logró el consentimiento y aprobación del 100%.

En la Tabla N° 03, observamos que predominantemente la población estudiada (53,3%) se encontró con capacidad de autocuidado parcialmente dependiente, sin embargo, es importante destacar que una moderada proporción (46,7%) manifestaron ser autosuficientes, estos resultados fueron a causa de la influencia de la variable independiente.

Con estos resultados damos claridad de la situación analizada y es coherente con nuestro primer objetivo. Ante estas evidencias, podemos decir en primer lugar, que la bibliografía esta llena de aportaciones referentes a los factores socioculturales y el autocuidado en los adultos mayores, aunque no todos los factores se asocian a la variable de estudio.

Se revisaron otros estudios similares al tema, el cual encontramos disparidad y semejanza de resultados en lo que concierne a los factores socioculturales y su influencia en el autocuidado.

En el estudios realizados por la UNESCO, en 1992 – INEI 2007. Coincidieron que los Factores culturales son “Características de la cultura que en conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano”.

Las expresiones culturales de éste grupo poblacional estudiado, son las habilidades del ser humano, que también pueden resultar condicionantes a la salud del individuo.

En estudios realizados por AYALA (2005). “El conocimiento de la funcionalidad social del adulto mayor es sumamente importante para un abordaje integral adecuado, ya que permite: Identificar conducta o hábitos no adecuados. Identificar recursos reales y potenciales que pueden constituirse en el soporte necesario”.

Es así como apreciamos que las personas parcialmente desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Pero resulta preocupante ya que lo hacen parcialmente, es decir que puede estar afectándoles o limitándoles alguna enfermedad o factores situacionales.

En la tabla N° 04 y 05, podemos observar los factores que se asociaron a la variable dependiente, inmerso en los factores sociales tenemos: estado civil, lugar de nacimiento, ocupación laboral actual e ingreso económico mensual promedio; así mismo el grado de instrucción y el tipo de alimentos pertenecientes a los factores culturales ya que arrojaron como resultado un $p < 0,05$, por lo que existe influencia significativa entre las variables, por tanto el

autocuidado del adulto mayor es influenciado por algunos factores socioculturales.

En el estudio de ORTS POVEDA, María del Carmen. (2007) "Factores socio-culturales que influyen en la salud familiar y en la utilización de los servicios en grupos poblacionales de las ciudades de Iquitos y Lima Metropolitana". Se observó una mayor frecuencia de enfermedad en las familias de Iquitos, (63,2%), así como una mayor concentración de problemas de salud por familia. Existe un menor grado de instrucción y menor nivel de ocupación en los jefes del hogar de Iquitos donde se presentan características de las viviendas más deficitarias y son familias de mayor tamaño. Según las patologías, en Iquitos encontró predominantemente las enfermedades infecciosas y agudas, mientras que en Lima son las crónicas y degenerativas. En relación a los servicios de salud encontró que los del Instituto Peruano de Seguridad Social, son utilizados en la misma proporción en ambas ciudades. Los servicios estatales y otros, que son más utilizados en Iquitos, y los servicios privados en Lima.

El entorno y la realidad, son factores que pueden de alguna manera influir en la salud física, psicológica, funcional, ya que nosotros somos un todo, que nos vemos íntimamente relacionados

con el medio externo. Esto se corrobora con los resultados a este grupo poblacional, que posee sus características propias, que pueden resultar protectores o de riesgo “condicionantes”.

Resultados se asemejan a lo que dice la Organización Mundial de la Salud (2007), “como consecuencia de la declinación biológica y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones intelectuales (inteligencia, memoria, pensamiento, etc). Pero este deterioro es muy distinto en las diversas personas, dándose el caso de ancianos de avanzada edad que se conservan en excelente forma”

Las características propias de este grupo poblacional son congruentes, ya que ello encontramos en la realidad percibida. Estas características podrían resultar determinantes en la salud física o psicológica del adulto mayor.

Existe una cierta relación con el estudio de investigación de PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (2004). “Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor”, obtuvo como resultado, según “El análisis bivariado arroja correlaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión ($r = -0,634$, $p = 0,000$), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ($r = 0,665$, $p = 0,000$) y bienestar subjetivo y salud percibida ($r = 0,278$, p

= 0,001). También aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ($r = -0,454$, $p = 0,000$), depresión y apoyo social percibido ($r = -0,601$, $p = 0,000$) y entre salud percibida y apoyo social percibido ($r = 0,305$, $p = 0,000$) y según el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado en un 54,3% por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión. (27)

Asimismo los resultados de la presente investigación concuerda con los estudios efectuados por Medina Pereyra Karin Janet, (2006), realizado en el Puesto de Salud Miraflores Alto – Chimbote, Depresión y Autocuidado en el Adulto Mayor. Obtuvo como resultado que los adultos mayores de 60 años según el nivel de depresión del total de evaluados el 50% reporta que no presenta depresión, el 42,86% una depresión leve y solamente 7,14% de dichos adultos manifiestan depresión moderada, según el nivel de autocuidado que el 80% presentan un autocuidado bueno, el 17,14% un autocuidado regular y solo el 2,86% un autocuidado deficiente, lo cual indica que existe relación significativa entre el nivel de depresión y el nivel de autocuidado, ($p < 0,01$), lo que indica que a medida que aumenta el nivel de depresión tiende a disminuir el nivel de auto cuidado.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

Es importante destacar que cuando se realizó el análisis multivariado por regresión logística de los factores asociados, los resultados mostraron que las variables sociales como estado civil, ocupación laboral actual e ingreso económico mensual tendrían una sobre estimación con el Ji cuadrado, de igual forma el factor, tipo de alimentos que consume diariamente, considerada como variable cultural, también presentó una sobre estimación, reconvirtiéndose este último en un factor de protección eficaz para el autocuidado del adulto mayor ($\text{Exp}(B)$: 0,0 a 0,5).

Mucho más importante es haber encontrado que el grado de instrucción (factor cultural) y el lugar de nacimiento de los adultos mayores (factor social) en este segundo momento de análisis se mantienen con una asociación significativa y además muestran un alto riesgo ($\text{Exp}(B) > 2,5$) de producir un efecto negativo en el autocuidado del adulto mayor del "Club Adulto Mayor Fundadores de Ciudad Nueva".

Conclusiones

- Los factores sociales con mayor porcentaje corresponden al grupo etareo de 60 a 69 años de edad, sexo femenino, estado civil viudo y que vive con su pareja e hijos. Asimismo con respecto al lugar de nacimiento provienen de la ciudad de Puno teniendo residencia mas de 6 años en nuestra ciudad, cuya ocupación laboral actual es su casa, lo cual dependen económicamente de sus rentas propias o familia, siendo sus ingresos económicos menos de S/. 550 nuevos soles, estando satisfechos con sus relaciones sociales con familia, vecinos y comunidad.
- Respecto a los factores culturales, se determinó que el mayor porcentaje de la población estudiada señaló ser sin instrucción, los cuales son pertenecientes a la religión católica, participan en eventos religiosos y recreativos de su comunidad; en caso de enfermedad o accidentes acuden al establecimiento de salud; en cuanto a la alimentación diaria manifestaron en su alimentación basada en carbohidratos y proteínas.
- Se determinó estadísticamente que los factores socioculturales como: estado civil, lugar de nacimiento, ocupación laboral actual, ingreso económico mensual promedio, grado de instrucción y el

tipo de alimentos que consume diariamente, influyeron significativamente en el autocuidado del adulto mayor.

Recomendaciones

- Fortalecer e incrementar redes sociales de adultos mayores para que estos participen con eficacia y autonomía dentro de su comunidad.
- Realizar estudios similares en otra población, ya que puede permitir realizar generalización y/o inferencia de los resultados.
- Fomentar la capacitación de profesionales de la salud y educación en el campo de la gerontología.
- Incrementar proyectos de capacitación dirigidos al adulto mayor, referente al autocuidado con el fin de mejorar su calidad de vida.

Referencias

1. Burke & Walsh. Enfermería Gerontológica. 2da ed. España Editorial; Harcourt Brace, 1998. Pág 24-56.
2. Canda. Psicología Evolutiva. 3era ed. España. Editorial; Ateneo, 2004. Pág. 25-89.
3. Canda. (Psicología Pedagógica. 2da ed. México. Editorial; Interamericana, 2007. Pág. 35-45.
4. Cavanagh, S. Modelo de Orem, aplicación y práctica de Enfermería. España. Editorial; Masson, 2005. Pág. 36-245.
5. Du GAS. Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 5ta edic. México. Editorial; Interamericana, 2004. Pág.56.
6. Fernandez M. 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.
7. Guirao-Goris J. A. La Agencia de Autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. España, 2003. Pág.21 -27

8. Hernandez, R. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México Editorial; McGraw Hill., 2005. Pág. 2-78.
9. Montesinos, L. La vejez: Desafíos para la Psicología de la Salud. Argentina, 2006. Pág. 789.
10. Papalia, D. Wendkos, R. Psicología. 2da edic. México. Editorial; McGraw Hill., 2002. Pág. 35-89.
11. Salinas, T. Nociones de Psicología. Perú. Editorial; Adunk SRL. 2003. Pág. 45 -58.
12. Villanueva M. Esperanza Z., Perfil del Adulto Mayor. Universidad Nacional de Trujillo. Organización Panamericana de la Salud. Trujillo-Perú. 2007. Pág. 25-27.
13. Canto, P., Guadalupe, H. y Castro, R. y Eira . Depresión, Autoestima y Ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. México, 2004. Vol. 9, Nro2- 257-270.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática, (Estudio de la Población Peruana. Boletín Informativo. Perú, 2005-2008. Nro 37. Pág. 38.
15. Miranda Luizaga Jorge. Aportes sobre Cultura y Filosofía Andina. Publicaciones Siwa. Bolivia, 2001. Pág. 57.

16. Ministerio de Educación. Estudio de la educación. Artículo Único. Perú, 2000. Pág. 2.
17. Ministerio Nacional de Salud Atención Integral del adulto. Módulo 03. Perú, 2000. Pág. 56
18. . Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Por un envejecimiento activo productivo y saludable. Perú, 2006.
19. Organización Mundial de la Salud. Investigación científica de Herrera Adela, Geriatra internista. Universidad de Chile. Chile, 2003.
20. Organización Mundial de la salud. Situación sanitaria en el mundo, reducir las desigualdades. Foro Mundial de la Salud. Nicaragua, 2005. Pág. 430 - 440.
21. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Serie de Informes Técnicos 841 Ginebra – Suiza, 2007. Pág.69
22. Santander T. Depresión en el Adulto Mayor. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile. 2000 Vol.29. Nro. 1-2.
23. Araneda Pagliotti, Gloria. capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital

- Herminda Martín de Chillán-Chile, Chile-2007. disponible en <http://www.index-f.com/cms/>
24. Emilio Morales López, Los factores Socio-ambientales y la salud del adulto mayor. Propuesta de intervención comunitaria. Argentina, 2001. Disponible en: <http://www.mundoenfermero.com/tesis/amorales/>
25. Colegio de Enfermeros del Perú. 2009. Disponible en: www.cep.com.pe
26. Medina Pereyra, K. Depresión y Autocuidado en el Adulto Mayor, Universidad Los Ángeles de Chimbote. 2006. Disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/48-52>
27. Mella R. González L. Maldonado I. Fuenzalida A. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Chile, 2004. Disponible en: www.medwaave.cl/congresos/geriatria/2003/depresión
28. Ministerio Nacional de Salud. 2007. Disponible en: www.minsa.gob.pe.2007.
29. Organización de las Naciones Unidas. 2007. Disponible en: www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp.
30. Varela Pinedo Luis, Chavez Jimeno Héller, Galvez Cano Miguel, Mendez silva Francisco. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su

hospitalización a nivel nacional. Lima – 2005. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/16-3/v16n3ao1.htm>

ANEXOS

ANEXO Nº 01

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE ENFERMERIA

ENCUESTA

VALORACION DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES, CREADA POR LA AUTORA

FECHA: _____

INTRODUCCION:

Estimado Sr. (a), estoy llevando a cabo una investigación para el cual pido que respondas con sinceridad ya que es de carácter anónimo.
Anticipadamente gracias por su colaboración.

INSTRUCCIÓN:

Marca con un aspa (x) la respuesta que creas conveniente.

I. FACTORES SOCIALES

1. EDAD

- a. 60 a 69
- b. 70 a 79
- c. 80 a más

2. SEXO

- a. Femenino
- b. Masculino

3. ESTADO CIVIL

- a. Casado (a)
- b. Soltero (a)
- c. Viudo (a)

4. PERSONAS CON QUIEN VIVE

- a. Con pareja e hijos
- b. Otros familiares y/o cuidadores
- c. Solo

5. LUGAR DE NACIMIENTO

- a. Tacna
- b. Puno
- c. Otros

6. TIEMPO DE RESIDENCIA

- a. 6 a más años
- b. De 2 a 5 años
- c. Menos de 2 años

7. OCUPACION LABORAL ACTUAL

- a. Si tiene
- b. Su casa
- c. No tiene

8. DEPENDENCIA ECONOMICA

- a. Jubilación o pensionista
- b. Rentas propias o de familia
- c. Sin pensión, sin otros ingresos

9. INGRESO ECONOMICO MENSUAL PROMEDIO

- a. Mas de 550 nuevo soles
- b. Menos de 550 nuevo soles
- c. No tiene

10. ¿EN QUE MEDIDA ESTA SATISFECHO SUS RELACIONES SOCIALES CON SUS VECINOS Y COMUNIDAD?

- a. Satisfecho
- b. Poco satisfecho
- c. Insatisfecho

11. ¿EN QUE MEDIDA ESTA SATISFECHO SUS RELACIONES SOCIALES CON SUS FAMILIARES?

- a. Satisfecho
- b. Poco satisfecho
- c. Insatisfecho

II. FACTORES CULTURALES

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a. Secundaria
- b. Primaria
- c. Sin instrucción

2. ¿A QUE RELIGIÓN PERTENECE?

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Otra

3. ¿PARTICIPA EN EVENTOS RELIGIOSOS DE SU COMUNIDAD?

- a. Si
- b. A veces
- c. Nunca

4. ¿PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS ORGANIZADAS POR SU COMUNIDAD?

- a. Si
- b. A veces
- c. Nunca

5. EN CASO DE ENFERMEDAD, ACCIDENTES, ¿DÓNDE ACUDE?

- a. Establecimiento de salud
- b. Curandero, huesero
- c. Automedicación: Remedios caseros – medicamentos

6. ¿QUE TIPO DE ALIMENTOS CONSUME DIARIAMENTE?

- a. Carbohidratos, proteínas y vitaminas
- b. Carbohidratos y proteína
- c. Carbohidratos

ANEXO Nº 02

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA DE VALORACION DE LA CAPACIDAD DE CUIDARSE ASÍ MISMO, SEGÚN KATS (MODIFICADO POR LA AUTORA)

Nro.	Ítems.	Valor		
		Lo hace (1)	Requiere ayuda (2)	No lo hace (3)
01	¿El adulto mayor es capaz de realizar su aseo personal? (Lavarse)			
02	¿El adulto mayor es capaz de elegir su ropa y ponérsela adecuadamente?			
03	¿El adulto mayor es capaz de utilizar los servicios higiénicos adecuadamente?			
04	¿El adulto mayor es capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?			
05	¿El adulto mayor es capaz de controlar la micción?			
06	¿El adulto mayor es capaz de comer utilizando cubiertos adecuadamente?			

ANEXO N° 03

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores sociales</p>	<p>Son características que permiten identificar el riesgo social y la vulnerabilidad del adulto mayor, la influencia del ambiente en la situación problema, así como la viabilidad de la intervención, de acuerdo con las potencialidades y los recursos de la persona y del contexto</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Sexo -Estado civil -Personas con quién vive -Lugar de nacimiento -Tiempo de residencia -Ocupación laboral actual 	<ul style="list-style-type: none"> 60 a 69 -70 a 79 - 80 a más -Femenino -Masculino -Casado -Soltero -Viudo -Con pareja e hijos -Otros familiares y/o cuidadores -Solo -Tacna -Moquegua -Otros - 6 a más años -2 a 5 años -Menos de 2 años -Si tiene -Su casa -No tiene 	<p>Ordinal</p>

<p>Factores culturales</p>	<p>Características de la cultura es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, normas y reglas de la manera de ser, vestirse, religión, rituales, normas de comportamiento y</p>	<p>-Dependencia económica</p> <p>-Ingreso económico mensual promedio</p> <p>-En qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con sus vecinos y comunidad</p> <p>-En qué medida está satisfecho sus relaciones sociales con sus familiares.</p> <p>-Grado de instrucción</p> <p>-A que religión pertenece</p> <p>-Participa en eventos religiosos de su comunidad</p>	<p>-Jubilación o pensionista -Rentas propias o de familia -Sin pensión, sin otros ingresos</p> <p>-Más de 550 nuevo soles -Menos de 550 nuevo soles - no tiene</p> <p>-Satisfecho -Poco satisfecho -Insatisfecho</p> <p>-Satisfecho -Poco Satisfecho -Insatisfecho</p> <p>-Secundaria -Primaria -Sin instrucción</p> <p>-Católica -Evangélica -otra</p> <p>-Si -A veces -Nunca</p>	
-----------------------------------	--	--	--	--

	<p>sistemas de creencias. Desde otro punto de vista podríamos decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano. El concepto de cultura es fundamental para las disciplinas que se encargan del estudio de la sociedad, en especial para la antropología y la sociología.</p>	<p>-Participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad</p> <p>-En caso de enfermedad, accidentes ¿acude a?</p> <p>-Alimentos que consume diariamente</p>	<p>-Si -A veces -Nunca</p> <p>-Establecimiento de salud -Curandero , huesero -Automedicación: remedios caseros – medicamentos</p> <p>-Carbohidratos, proteínas y vitaminas -Carbohidratos y Proteínas -Carbohidratos</p>	
<p>VARIABLE DEPENDIENTE Autocuidado</p>	<p>D. OREM define el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar".</p>	<p>Capacidad de cuidarse así mismo en la valoración funcional</p>	<p>-Autosuficiente -Parcialmente dependiente -Totalmente dependiente</p>	<p>Nominal</p>

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA VALIDADA SEGÚN CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CLUB ADULTO MAYOR FUNDADORES DE CIUDAD NUEVA TACNA-2009

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

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítems	Expertos				Promedios
	A	B	C	D	
01	4	4	4	4	4.00
02	5	5	4	5	4.75
03	5	5	5	5	5.00
04	4	4	5	5	4.50
05	5	5	5	4	4.75
06	5	5	5	5	5.00
07	5	5	5	4	4.75
08	4	4	4	5	4.25
09	5	5	5	5	5.00

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

Donde:

X : Valor máximo de la escala concebida para cada ítem.

Y : El promedio de cada ítem

En el presente estudio la distancia de puntos múltiples DPP es de 2,30

3. Se determinó la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D \text{ máx} = V(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2$$

$$D_{\text{max}} = 11,5$$

Donde

X=Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y=Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

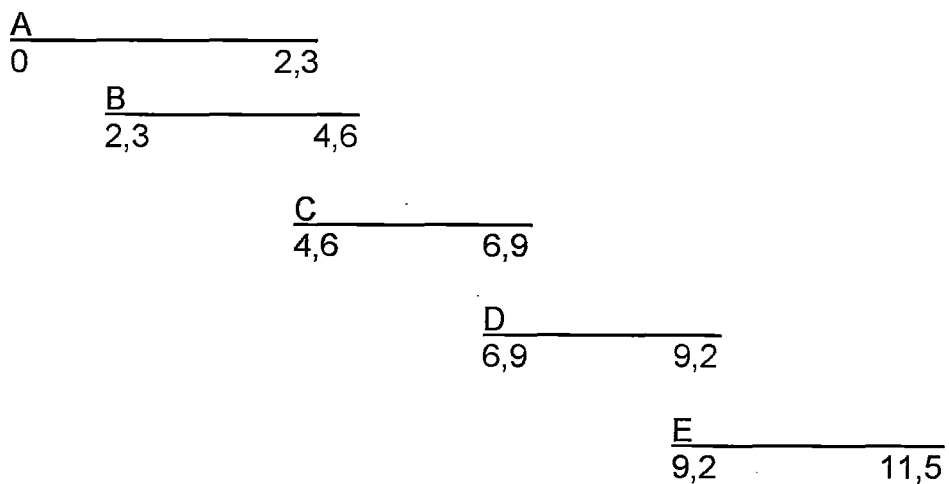
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración o modificación, luego se somete nuevamente a juicio de expertos.

El valor hallado del DPP fue 2.30 cayendo en el punto B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO	CONFIABILIDAD	
	PILOTO (10 ENCUESTAS)	
- CUESTIONARIO IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES	0,78	ADECUACIÓN TOTAL
- VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE CUIDARSE ASÍ MISMO	0,90	ADECUACIÓN TOTAL