

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

**FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN
EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN
PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016**

TESIS

Presentada Por:

Bach. Hossana Zolams Saavedra Olaya

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**TACNA – PERU
2016**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

**FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN
EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN
PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016**

TESIS

Presentada por:

BACH. HOSSANA ZOLAMS SAAVEDRA OLAYA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por; Unanimidad. ante el siguiente jurado



Dra. Victoria Nora Vela Paz De Córdoba
PRESIDENTE



Dra. Silvia Quispe Prieto
MIEMBRO



Mgr. Wender Florencio Condori Chipana
MIEMBRO



Dra. María del Carmen Silva Cornejo
ASESORA

DEDICATORIA

A DIOS:

*Por permitirme vivir, ser
mi guía espiritual y fortaleza
en cada uno de los pasos
dados día a día.*

A MI MADRE LUZ MARIA

*Mi más grande tesoro,
por ser ejemplo de fortaleza,
lucha constante y
optimismo.*

A MIS HERMANOS:

*Albert, Hypatia, Leonardo,
Hans y Guadalupe por su apoyo
incondicional y darme el aliento
siempre para cumplir con mis metas.*

AGRADECIMIENTOS

- A la Escuela Académica Profesional de Enfermería por permitirme ser parte de esta extensa familia y a los docentes por sus valiosos aportes, enseñanzas, muestras de cariño y escucha durante toda mi formación académica.
- A mi asesora Dra. María del Carmen Silva Cornejo quien dedico parte de su valioso tiempo para la asesoría y revisión del presente trabajo de investigación.
- A la Lic. María del Pilar Cornejo, Lic. Ada Maldonado, Lic. Wender Condori y la Medico Geriatra Elizabeth Aliaga Díaz quienes aportaron con sus conocimientos exitosamente en la investigación mediante la validación de instrumentos y revisión del trabajo.
- Al Ing. Mario Cauna, quien me apoyo con la parte estadística del trabajo, por su paciencia y responsabilidad.
- A la gerente y el personal de enfermería del centro de salud La Natividad que me apoyaron desinteresadamente durante la ejecución de tesis.
- A los adultos mayores del Club Juan Pablo II que fueron participes de la presente investigación, ya que sin su apoyo, nada de esto hubiera sido posible
- A mis incondicionales compañero Ricardo y amigas Melany, Gabriela y Ross Shio, quienes siempre estuvieron ahí en las buenas y malas, brindándome sus muestras de cariño y estima, alentándome y motivándome hasta el logro de una de mis metas.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	Descripcion del problema	7
1.2	Formulación del problema	18
1.3	Objetivos.....	18
1.4	Justificacion	20
1.5	Formulacion de hipotesis	23
1.6	Operacionalizacion de variables	24

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes del estudio.....	29
2.2.	Base teorica	34
2.3.	Definicion de terminos	91

CAPITULO III : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 93

3.1.	Tipo y diseño de la investigación	93
3.2.	Población	94
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	94

3.4.	Procedimientos de recolección de datos	97
3.5.	Plan de análisis estadístico de datos	98
3.6.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	99

CAPITULO V : DE LOS RESULTADOS

4.1.	Resultados.....	100
4.2.	Discusión	128

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones	145
5.2.	Recomendaciones	147

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo del presente estudio de investigación fue determinar los factores sociofamiliares y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor del Club Juan Pablo II CPM La Natividad Tacna-2016, el estudio es de tipo descriptivo, transversal y relacional, se elaboró un instrumento de los factores sociofamiliares y culturales, se usó la escala de Leitón y de katz, se entrevistó y encuestó a 60 adultos mayores, a los **resultados**: 58,3% son mujeres; 55% trabajan; 81,7% cuenta con el SIS, 58,3% tienen familia extensa con un Apgar familiar de Disfunción Leve con 46,7%; 53,4% tiene un nivel de autocuidado bueno y el 88,4% son independientes, en **conclusión**, los factores sociofamiliares y culturales entre ellos la edad, tipo de residencia, tipo del material de vivienda, funcionalidad familiar, religión, participación de eventos religiosos, situación económica, relaciones sociales y el nivel de instrucción tienen relación con el autocuidado del Adulto Mayor.

Palabras clave: *social - familiar - cultural - autocuidado - adulto mayor.*

ABSTRACT

The objective of this investigation was determine the social-familiar and cultural factors that influence in older adult's self-care of JOHN PAUL II club, located in small populated center (CPM) "The Nativity" Tacna -2016, the type of this study is descriptive, transversal and relational; an instrument was developed the social-familiar and cultural factors; Leiton and of katz was used too; 60 older adults were surveyed, between the results: 58,3% are women; 81,7% have SIS; 58,3% With a Family Mild Apgar of Mild Dysfunction with 46,7%; 53,4% have a good self-care level and 88,4% are independent, in conclusion that social, familiar and cultural factors between them the age, the kind of residence, the kind of housing material, family functionality, religión and its participation in religious events the economical situation, social relationships and the level of instruction have a relation with the self care.

Keywords: social-familiar, cultural, self-care, older adult.

INTRODUCCION

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; actualmente, los menores de 15 años; son 28 de cada 100 habitantes, esto se debe a un aumento demográfico de personas de la tercera edad en la población peruana, aumentando la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016 (1).

Actualmente la población adulta mayor de Tacna cubre los 29 722, representando así el 8,69 % de la población general de Tacna, el CPM Nuestra Señora de la Natividad, cuenta con una población de 7934 habitantes, donde la etapa de vida adulto mayor representa el 13 % con 1047 adultos mayores (6)(7).

De acuerdo al informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), sobre la situación de la población adulta mayor, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad; así como sus condiciones de vida, tenemos que al IV trimestre del año 2015, el 37,6% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad, en hogares donde el 46,7% son de tipo nuclear; 25,5% son extendidos; 20,7% son unipersonales; 5,5% son sin núcleo y el 1,7% son compuestos.

El mismo estudio, indica, que el 17,7% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 43,9% alcanzó estudiar primaria; el 21,4% secundaria y el 17,0%, nivel superior (11,0% superior universitaria y 6,0% superior no universitaria), 80,8% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico, en la población masculina, este problema de salud afecta al 68,1%, habiendo 12,7 puntos porcentuales de diferencia entre ambos; 79,2% tiene algún seguro de salud, sea público o privado, los adultos mayores que están incluidos en la población económicamente activa (PEA) representan el 58,3%, los adultos mayores que no forman parte de la PEA, representan el 41,7% (1).

En la ciudad de Tacna algunos estudios han revelado la problemática en este grupo etéreo, como el análisis situacional realizado por las estudiantes de Enfermería de la UNJBG en el 2013, mediante una encuesta aplicada a 37 adultos mayores en el CPM La Natividad, concluyeron que, los adultos mayores oscilaban entre los 60 y 90 años, son de Puno y Tacna con un nivel de instrucción primario en su mayoría, existiendo también aquí un porcentaje considerable de personas analfabetas, viven actualmente con uno de sus hijos, un bajo porcentaje vive solo, algunos están jubilados y otros perciben el programa Pensión 65, la mayoría acuden al centro de salud cada vez que enferman, varios de ellos presentan enfermedades múltiples, siendo a la vez su consumo de alimentos en su mayoría tres veces al día.

Pacci N. (10), realizó en su trabajo de investigación Factores socioculturales y el autocuidado del adulto mayor del club adulto mayor fundadores de Ciudad Nueva, Tacna- 2009, concluyó que los factores socioculturales como el estado civil, lugar de nacimiento, ocupación laboral actual, ingreso económico, grado de instrucción y el tipo de alimentos que consumen diariamente influyen significativamente en el autocuidado del adulto mayor.

Es cierto que son muy pocos los estudios que se han realizado en la ciudad en relación a los factores sociales, familiares y culturales que influyen en el autocuidado según su práctica y capacidad funcional, siendo esto muestra de que la sociedad no toma el autocuidado con la importancia que requiere, es muy poco lo que se ha investigado sobre ello y lo que tenemos hasta ahora en nuestros medios está relacionado al enfoque biomédico enfatizando al adulto mayor con pluripatología, observándola así como una persona frágil que no puede ser capaz de tomar sus propias decisiones cuando se trata de su persona, mucho menos capaz de controlar su propia vida, asegurándose de gozar buena salud y mantener una calidad de vida adecuada para su edad.

Es por ello que hacer énfasis en los factores sociofamiliares y culturales como la edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, tipo de residencia, material de vivienda, situación económica, relaciones sociales, apoyo social, composición familiar, funcionalidad familiar, nivel de instrucción, religión, participación de eventos religiosos y de la comunidad y la forma de atención de su salud, que influyen en el autocuidado del adulto mayor, una vez identificados e informados contribuiría de manera considerable en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, es aquí donde cabe resaltar el rol del profesional de enfermería, en el primer nivel de

atención de promoción de la salud y prevención de las enfermedades teniendo a su cargo el desarrollo de actividades preventivo promocionales que se direccionen a contribuir con la disminución de la incidencia y prevalencia de la problemática en la población, siendo el eje de esta misión el proporcionar herramientas para el empoderamiento de la población mediante la capacidad de autocuidado; Dorothea Orem define el autocuidado como “La práctica de actividades que los individuos inicia y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar” (8).

La presente investigación se estructura en 4 capítulos: El Capítulo I referido al planteamiento del problema que contiene descripción del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables; Capítulo II presenta marco teórico precisando antecedentes, bases teóricas y definición conceptual de términos; Capítulo III: expone la metodología evidenciando el tipo y diseño de la investigación, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos y plan de análisis estadístico de datos; Capítulo IV: indica los resultados y discusión; finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

La presente investigación concluye que los factores socio familiares y culturales referidos a la edad, tipo de residencia, tipo del material de vivienda, funcionalidad familiar, religión y su participación en los eventos, situación económica, relaciones sociales y el nivel de instrucción tiene una relación significativa con el autocuidado de los adultos mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna – 2016.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El cuidado del adulto mayor, es una situación que se encuentra a vista de todos, y es considerable, tomar en serio, la realidad del aumento progresivo de la proporción de adultos mayores en la población, ya que este fenómeno está siendo catalogado como uno de los logros más grandes de la humanidad, y se transformará en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que de ello mismo se deriva.

El incremento de personas de la tercera edad, con respecto a los jóvenes es un problema que aqueja hace más de una década a países desarrollados, sin embargo, este problema, ya no es

exclusivo de esos países, en muchos países de Latinoamérica, incluyendo el nuestro, está comenzando a presentar esta problemática. Ahora bien, es importante tener en cuenta que el problema fundamental de los llamados países en desarrollo no está en el incremento de la proporción de personas de la tercera, sino en los problemas sociales y económicos que vienen de tiempo atrás, y que, sin duda, se agudizan frente a un incremento de la población.

Considerando así, que uno de los aspectos más vulnerable de la población adulta mayor es la actividad laboral, que a partir de los 60 años comienza a ser limitativa. En las tres últimas décadas, se viene agudizando esta situación por la continua crisis económica que vive el país, y la falta de iniciativa del gobierno frente al cuidado de los adultos de la tercera edad, que ha originado entre otras, crecimiento del desempleo, en consecuencia el paso a la tercera edad significa un cambio grande tanto en el aspecto económico como en el laboral.

El alto desempleo ha intensificado la competencia por trabajo de todos los tipos, haciendo que las personas mayores sean cada vez más marginadas en las oportunidades de trabajo, produciendo así un problema social en las comunidades, esta nueva situación en el adulto mayor, origina traumas psicológicos, soledad, entre otros, que finalmente avalan las enfermedades que comienzan a decaer su salud, muchas veces de manera irreversible, sin mayores alicientes y perspectivas económicas deberán supeditarse a una pensión o convertirse en una carga familiar, la actividad laboral no sólo permite que las personas se mantengan en actividad, sino que también se sientan útiles a la sociedad, y a sus familias (1).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que la población mundial de personas de 60 años durante el siglo XX, aumentó considerablemente y así continuará en el siglo XXI, en el 2007, el 10,7% de la población mundial tenía sesenta años o más, en 2025 se proyecta que ese porcentaje llegue al 15,1% y en 2050 alcance el 21,7% (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el incremento de la población de la tercera edad a nivel mundial está aumentando a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, cabe precisar que según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos (3).

Por ende se considera adulto mayor en el Perú, a los mayores de 60 años por ser un país en vía de desarrollo, la transición demográfica que vive Perú, se traduce simplemente en el aumento importante de adultos mayores conllevando esto a cambios profundos y significativo en la convivencia social, familiar y de enfoque sanitario.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI), la población en 1950, de cada 100 peruanos, solo 6, tenían más de 60 años . Actualmente, los adultos mayores son el 10%, así, dentro de 10 años (2025) representaran el 13%, incrementando su población de esta etapa de 3,0 a 4,3 millones (4).

En tal sentido, el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2006, aprobó “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, con el objetivo de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en la base de las acciones para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, capaces de satisfacer las necesidades de salud de nuestros adultos mayores y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable (5).

En la aplicación de los lineamientos, se señala la información y educación a la población adulta mayor sobre el autocuidado de la salud, esto se refiere a las prácticas cotidianas y las decisiones sobre estas que realiza una persona, para cuidar su salud; estas son habilidades aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión; ellas responden a

la capacidad de supervivencia y a las actividades habituales de la cultura a la que pertenece (5).

A partir del 16 de junio de 2013, el Perú cuenta con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM), basado en cuatro lineamientos de política nacional esenciales; envejecimiento saludable, empleo - previsión y seguridad social; participación e integración social, educación - conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez, con el fin de promover una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional vulnerable (5).

A pesar de los diversos programas establecidos por el MINSA, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, continúa los estilos de vida no saludable unida a la disfuncionalidad propio de esta edad, surgiendo cada vez más el incremento de comorbilidades que conllevan a la discapacidad del adulto mayor y posteriormente a la dependencia.

Tacna, al ser un departamento fronterizo, se presta a tener una población multicultural debido al fuerte proceso migratorio procedente de Puno, Arequipa y Moquegua , como en la mayoría de los departamentos, la población de Tacna está atravesando un

proceso de envejecimiento; es decir, la población infantil tiende a disminuir a favor de los grupos de edad mediana e, incluso, los de tercera edad, económicamente Tacna se ha convertido en un polo de desarrollo donde el predominio de su actividad económica se basa en el comercio.

Según el INEI, la población de Tacna es de 341 838 habitantes, donde la mayor parte se encuentra concentrada en el medio urbano, asimismo es de vital importancia mencionar que la población adulta mayor cubre los 29 722, representando así el 8,69 % de la población general de Tacna (6).

El evidente cambio del perfil epidemiológico de la región Tacna relacionado al incremento de la esperanza de vida al nacer (75 años) superiores al nivel nacional (71,2 años) conlleva a una mayor frecuencia de pacientes adulto mayor para su cuidado, debido a sus enfermedades crónico degenerativas que demandarán de atención sanitaria determinadas principalmente por la situación de dependencia y de fragilidad propia del envejecimiento.

Según el Plan de Salud Local 2016 del C.S. La Natividad, el CPM La Natividad, cuenta con una población de 7934 habitantes,

donde la etapa de vida adulto mayor representa el 13 % con 1047 adultos mayores (7).

En la etapa de vida adulto mayor de acuerdo a los datos del plan de salud local 2016, se refleja que dentro de las primeras causas de morbilidad, las enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y las enfermedades del sistema respiratorio han venido ocupando el 1°, 2° y 3° lugar respectivamente, en estos últimos tres años, donde queda muy claro que este aumento de enfermedades presentes en esta etapa se da por no tener buenos estilos saludables dentro de su rutina y por no llevar un autocuidado adecuado a su edad. De igual manera se encuentran las causas más comunes de mortalidad siendo ellos la septicemia no especificada, neumonía, otras cirrosis del hígado las no especificadas y diabetes mellitus no insulino dependiente ocupan así el 1°; 2°; 3° y 4° lugar respectivamente (7).

Mediante un análisis situacional realizado por las estudiantes de enfermería de la UNJBG del 3er año en el 2013, mediante una encuesta aplicada a 37 adultos mayores en el CPM La Natividad los adultos mayores se obtuvo los siguientes datos, que los adultos

mayores oscilaban en su mayoría entre los 60 y 90 años, cuya cultura procedente era de Puno y del mismo Tacna , con un nivel de instrucción en su mayoría del nivel primario existiendo también aquí un porcentaje considerable de personas analfabetas, los adultos mayores en su mayoría han tenido de 1 a 3 hijos con los cuales al menos con uno viven actualmente y son quienes solventan sus gastos y un bajo porcentaje vive solo , gozando algunos de ellos de una jubilación y de la Pensión 65 ya que no cuentan con ningún otro ingreso económico, muchos de ellos viven casa propia con servicios básicos como también hay otros quienes revelan que viven alojados y con la falta de algún servicio básico, se revela también que la mayor parte de los adultos mayores acuden al centro de salud, y la otra al curandero, varios de ellos presentan enfermedades múltiples como cataratas, depresión, artritis, problemas al corazón, hipertensión arterial, diabetes mellitus, úlcera, osteoporosis y cáncer, siendo a la vez su consumo de alimentos en su mayoría tres veces al día, siendo así, de esta manera caracterizados los adultos mayores de esta jurisdicción.

El club del adulto mayor Juan Pablo II del CPM La Natividad, cuenta con 60 adultos mayores inscritos en padrón, los cuales son representación significativa de la población adulta mayor del CPM

La Natividad, encontramos aquí adultos mayores con diversas características sociofamiliares y culturales difiriendo en ellos la edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, tipo de residencia, material de vivienda, situación económica, relaciones sociales, apoyo social, composición familiar, funcionalidad familiar, nivel de instrucción, religión, participación de eventos religiosos y de la comunidad y la forma de atención de su salud y varía en grandes rasgos su autocuidado según su práctica y capacidad funcional, encontrándose en riesgo unos más que otros, asociando a estos riesgos la pluripatología que aumentan a mayor edad.

El club adulto mayor Juan Pablo II, trabaja en forma conjunta con el C.S. La Natividad, donde cabe resaltar el rol que cumple la enfermera en el primer nivel de atención, donde promueve la salud y previene las enfermedades, el eje de esta misión es proporcionar herramientas para el empoderamiento de la población mediante la capacidad de autocuidado. Dorothea Orem define el autocuidado como “La práctica de actividades que los individuos inicia y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar” (8).

Por tanto la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida, de acuerdo con esta teoría el desarrollo de las capacidades de autocuidado teóricamente está influenciados por factores internos y externos a los individuos conocidos como factores condicionantes básicos, tales como el sexo, edad, estado de salud, grado de instrucción, nivel socioeconómico, familia entre otros.

En el adulto mayor, el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales; es una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permite monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros.

Es entonces imprescindible para el presente trabajo de investigación evaluar a partir de esta realidad como influyen los factores sociofamiliares y culturales en el autocuidado del adulto mayor, considerando esta etapa como una de las más vulnerables y con alta demanda en el sector salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociofamiliares y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor en el Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna - 2016?

1.3 OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar los factores sociofamiliares y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor en el Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna - 2016

ESPECIFICOS

- Identificar los factores sociofamiliares del adulto mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad.
- Identificar los factores culturales del adulto mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad.

- Identificar la capacidad funcional y práctica de autocuidado del adulto mayor del Club Juan pablo II, CPM La Natividad.
- Relacionar los factores sociofamiliares y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor del Club Juan pablo II, CPM La Natividad

1.4 JUSTIFICACION

La población adulta mayor en el Perú, se está incrementando de manera lenta pero inexorable, es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad, este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel nacional regional y local.

En salud, con la disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población, se irá presentando un nuevo perfil epidemiológico, caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas y las propias de las personas que viven en condición de pobreza y exclusión social; la economía de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal, haciendo que esto agrave su vulnerabilidad económica y social, en este contexto de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar constituyen una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez.

El eje de acción de la enfermera en el primer nivel de atención es la promoción de la salud y prevención de enfermedades para lo cual se tendrá que brindar educación como herramienta esencial para la población que le permita mejorar su capacidad de autocuidado, el adulto mayor del CPM La Natividad presenta características muy notables en cuanto a su situación sociofamiliar y cultural que en base a la información obtenida puede que existe un alto grado de déficit en el autocuidado del adulto mayor, el cual puede, como no, estar influenciado por los factores sociofamiliares y culturales del adulto mayor.

Durante varios años desde las prácticas pre profesionales hasta el internado se ha tenido contacto con la población adulta mayor, observando así que el proceso de adaptación al envejecimiento no es una tarea fácil para ellos y requieren siempre de la participación y apoyo social, familiar y profesional para su cuidado y bienestar de su persona.

Considerando que una de las áreas del trabajo del profesional de enfermería es el cuidado de la salud del adulto mayor, por tal motivo el desarrollo de la presente investigación es

fomentar el autocuidado mediante estrategias educativas y participativas, siendo de aporte científico para la familia, sociedad y al personal de Enfermería, ya que formará parte importante, donde los resultados obtenidos serán representación actual de los factores sociofamiliares y culturales que están influyendo en el autocuidado del adulto mayor, los cuales deben ser socializados con las instituciones como el centro de salud, el club del adulto mayor y otras instituciones relacionadas al bienestar del adulto mayor, para que así posteriormente se puedan incluir nuevas estrategias de enseñanza aprendizaje y autosuficiencia, logrando así que el adulto mayor y la familia enfrenten el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo, obteniendo así un envejecimiento activo saludable con participación del adulto mayor, la familia y la sociedad.

1.5. FORMULACION DE HIPOTESIS

➤ HIPOTESIS ALTERNATIVA (H1)

Los factores sociofamiiares y culturales influyen en el autocuidado del adulto mayor en el Club Juan Pablo II, CPM La Natividad, Tacna – 2016.

➤ HIPOTESIS NULA (H0)

Los factores sociofamiiares y culturales no influyen en el autocuidado del adulto mayor en el Club Juan Pablo II, CPM La Natividad, Tacna – 2016.

1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA NUMERICA	ESCALA VALORATIVA
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores Sociales	Son las 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 su contexto, considerándose así la edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, tipo de residencia, tipo de vivienda, situación económica, relaciones sociales y apoyo de la red social como factores fundamentales socialmente para el adulto mayor.	Social	-Edad -Sexo -Estado Civil -Lugar de nacimiento -Tipo de residencia - Material de vivienda	1 2 3 4 5 6	- 60 a 69 a - 70 a 79 a - 80 a más - Femenino - Masculino - Soltero - Casado - Viudo - Separado - Conviviente - Tacna - Puno - Arequipa - Otros - Propia - Alquilada - Cedida - Otra - Construida con servicios básicos	Ordinal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal

					- Construida sin servicios básicos - Semiconstruida con servicios básicos - Semiconstruida sin servicios básicos	
			Situación económica	7	- Trabajador activo - Jubilado - Pensión 65 - Apoyo familiar - Ninguno	Nominal
			Relaciones sociales	8	- Si se relaciona con la comunidad y familia - No se relaciona con la comunidad - Si se relaciona con la familia	Nominal
			Apoyo social	9	- SIS - ES SALUD - Club de Adulto mayor - Otro - Ninguno	Nominal

Factores familiares	Son las características que permitirán establecer la relación entre el adulto mayor y la interacción que tiene con los miembros de la familia, dicha relación se verá influenciada a través de la forma como se desenvuelva la familia con el adulto mayor dentro del entorno familiar, para ello se consideró fundamental establecer la composición familiar del adulto mayor y su funcionalidad familiar.	Familiar	Composición familiar	1	- Familia extendida - Familia nuclear - Familia monoparental - Familia compuesta	Ordinal
			Funcionalidad familiar – Apgar familiar	2	- Normo funcional 7-10 pts - Disfunción leve 4- 6 pts - Disfunción severa 0-3 pts	Nominal
Factores culturales	Son características de la cultura que el adulto mayor adopta como parte de su vida, siendo estas su forma de vida y expresiones de su sociedad determinada, como tal concluye nivel de instrucción, religión que profesa, participación de eventos religiosos y comunitarios y la forma de atención en salud.	Cultural	- Nivel de instrucción	1	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior	Nominal
			- Religión que profesa	2	- Católica - Mormón - Séptimo día - Otros	Nominal
			- Participa de eventos religiosos de su comunidad	3	- Si - A veces - Nunca	Nominal

			- Participa de actividades recreativas organizadas por su comunidad	4	- Si - A veces - Nunca	Nominal
			- Formas de atención de salud	5	- Atención centro de salud - Curandero, huesero Automedicación	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE Autocuidado del adulto mayor	Autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona,	Escala de práctica del autocuidado o	-Escala de práctica de autocuidado de LEITON	1 a 80	- Nivel de Autocuidado bueno 187 a 240 pts - Nivel de autocuidado regular 134 a 186 pts - Nivel de Autocuidado deficiente 80 a 133 pts	Ordinal

	Para el adulto mayor serán las acciones que realice consigo mismo para vivir una vejez con bienestar en la dimensión biológica (cuidado de los sentidos, piel, pies, boca, nutrición, sueño, memoria, eliminación) y en la dimensión psicosocial y espiritual (participación en actividades de ocio, estado emocional, autoestima, familia, adaptación, espiritualidad y afrontar la muerte) (Orem, 1983; Leitón y Ordoñez ,2003), y en su dimensión funcional será evaluado mediante las actividades básicas de la vida diaria como lavarse, vestirse, hacer uso del servicio higiénico , movilizarse, alimentarse y ver su grado de continencia vesical y gastrointestinal.	Capacidad funcional	Actividades básicas de la vida diaria según el índice de Katz	1 a 6	Dependiente 0 - 2 pts. Moderadamente Independiente 3 – 11 pts. Independiente 12 pts	Ordinal
--	--	---------------------	--	--------------	--	---------

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada por la investigación, en seguida presentamos algunos resultados de investigación que son más relevantes para nuestro objeto investigado.

Sepúlveda y Rivas R. (9), realizaron un trabajo de investigación titulado perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco - Chile, cuyos resultados fueron: el promedio de edad fue de 78,1 años; 15,0% eran mapuches; 55,0% eran masculinos; 11,2% "no sabe leer ni escribir" , 40,5% no tiene contacto con sus hijos, en maltrato ha recibido golpes o empujones (15,1% más de diez veces); 18,7%

piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual; 59,4% no recibe atención de salud por la institución. Conclusiones: se constató una situación de aislamiento, soledad personal y déficit de cuidados entregado por las instituciones.

Milán M. (10), realizó un estudio sobre evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad- Cuba – 2010 , en el cual concluyó que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y el 5,8% déficit total, nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado.

Yábar P. (11), realizó un trabajo de investigación titulado prevalencia, características clínicas, socio familiares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote, cuyos resultados fueron, la prevalencia de fragilidad fue del 71,3%. Dentro de las características clínicas de los ancianos frágiles, el 16,1% presentaba pluripatología siendo frecuentes los síndromes geriátricos agudeza visual y auditiva disminuida (68,4% y 65% respectivamente).

Garcilazo S. (12), En su investigación titulada capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de salud "Ollantay" Lima - 2014, con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable. La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.

Camacho y Lachuma I. (13), en su investigación titulada prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores. Centro de Salud 9 de octubre Iquitos - 2013, los hallazgos mostraron el perfil de adultos mayores: edad promedio 71,06 años, 64% tiene entre 60 a 74 años; 54,6% son mujeres, se determinó que las medias de autocuidado fueron más altas en los varones que en las mujeres, sin embargo se demostró que solamente existe diferencias estadísticas significativa en el cuidado de piel, las variables con asociación estadística, los adultos mayores que informan mejor cuidado en la dimensión psicosocial, memoria, pies, boca, mostraron mejor nivel de prácticas de autocuidado, la única variable que mostró correlación inversa fue el estado de ánimo o depresión, es decir que a mayor estado depresivo del adulto mayor, menor es el nivel de prácticas de autocuidado.

Fernández E. (14), realizó un trabajo de investigación sobre: influencia de la actitud del adulto mayor en su autocuidado del club adulto mayor del Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, con un total de población de 54 adultos mayores, determinó que las actitudes del adulto mayor hacia su autocuidado son negativas (59,3%), los adultos mayores con actitudes positivas (40,7%) y

negativas (59,3%), se caracteriza por tener un regular autocuidado, estadísticamente la actitud del adulto mayor no influye positivamente en el autocuidado.

Pacci N. (15), realizó en su trabajo de investigación factores socioculturales y el autocuidado del adulto mayor del Club adulto mayor fundadores de Ciudad Nueva, Tacna, con una población de 60 adultos mayores. Concluyendo: en los factores sociales; dependencia económica 93,3% de sus rentas propias, referente a la satisfacción de las relaciones sociales con sus vecinos y comunidad, 88,3% refirió encontrarse satisfecho. En lo cultural; el 70% de los adultos mayores participa en actividades recreativas organizadas por su comunidad. Estadísticamente existe influencia entre los factores sociales y culturales y el autocuidado.

Huallpa J. (16) en su estudio "Determinar la Relación entre el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado del Adulto mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014, se obtuvo que: el nivel de conocimiento medio, el 35% (autocuidado parcialmente

adecuadas), el 6,7% (prácticas parcialmente adecuadas), con nivel de conocimientos alto, el 3,3 % presenta práctica adecuada, así mismo No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y práctica del autocuidado del adulto mayor, en el Club de San Francisco del Distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014.

2.2. BASE TEORICA

➤ EL ADULTO MAYOR Y SU ENVEJECIMIENTO

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones, como viejo, anciano, geronte, entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Se considera el envejecimiento desde varios puntos de vista, una definición más completa es la de OPS/OMS, que define envejecimiento como un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, individual y por el momento inevitable, que se asocia al paso del tiempo tornando al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida y que está influenciado tanto por factores genéticos, ambientales como por la capacidad de adaptación del ser humano. En ese proceso de envejecer a través del ciclo vital, la vejez es la última etapa y aquí se ubica al adulto mayor (17).

Dentro de este contexto el adulto mayor, es la persona de 60 años a más, ser humano único y complejo con cambios biopsicosociales propios del envejecimiento, con un desarrollo normal y con tareas propias en las que puede disfrutar de bienestar y satisfacción, pero que está asociado a una etapa de crisis y a un proceso de pérdida en toda su integridad y complejidad, tornándolo más vulnerable, y como ser de cuidado, inacabado y proyecto infinito tendrá que desarrollar un nuevo sistema adaptativo para el mantenimiento de una existencia con bienestar. Si bien es cierto

que todos los cambios y pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, trascender, controlar su vida y ejercerla plenamente, si es posible que los adultos mayores logren alcanzar un envejecimiento con bienestar debido a que el desarrollo humano se conceptúa como un ser inacabado, en continuo devenir, como “ser haciéndose” en forma permanente. Así, alcanzar un envejecimiento con bienestar constituye uno de los más grandes retos del ser humano (17).

➤ **CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural, este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos", siendo las características del envejecimiento: Universal, es propio de todos los seres vivos; progresivo, porque es un proceso acumulativo; continuo, tiene un inicio y final; dinámico, porque está en constante cambio, evolución; irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es

definitivo; declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte; intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales; heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido.

Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona, los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social, con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades, se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos

mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer (17).

➤ ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO

- **Vejez inicial o incipiente:** entre los 60 y 69 años de edad, en que aún hay muchas personas activas que no han salido del mercado de trabajo y conservan en general buenas condiciones de salud.
- **Vejez intermedia:** entre los 70 y 84 años, en que ya casi todas las personas han salido del mercado salvo ciertos trabajadores por cuenta propia: agricultores empresarios, intelectuales, etc., que guardan ciertas condiciones de salud mental y física y que observan y perciben la muerte aun como un fenómeno no obligatoriamente próximo.
- **Vejez avanzada:** de más de 85 años de edad, que corresponde a las personas al final de su línea o ciclo de vida. Algún autor propone a los 80 años como límite para establecer

un subgrupo que denominan “Los más viejos entre los viejos” o “cuarta edad”, aunque el umbral no me parece adecuado y, menos aún, su denominación (18).

➤ **PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento consiste, básicamente, en el deterioro progresivo de órganos y sistemas del cuerpo, se refiere a los cambios degenerativos que alteran el funcionamiento de órganos vitales y terminan causando la muerte.

El proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles: cambios biológicos, cambios sociales y cambios psicológicos.

a) Cambios Biológicos

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

1. Anatomía General

La estatura, generalmente a partir de los 40 años, disminuye; esta pérdida es más acentuada en las mujeres, evidenciada por los cambios en la postura del cuerpo, disminución de la altura de las vértebras, el encorvamiento de la columna, caderas y piernas, que se arquean, también el peso disminuye a partir de los 50 años y en un 20% el de tejido graso.

2. Piel, uñas y cabello

La piel se hace más delgada, por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica “arrugada” y toma un tinte amarillento; presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios pre malignos, se produce la pérdida de cabello y la aparición de canas.

Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras, la piel, por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar.

3. Sistema muscular y el esqueleto óseo

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular, dicha pérdida se acelera con la edad, asimismo, disminuye la fuerza muscular y las capacidades de movimiento y respuesta rápida, y las de reparación o cicatrización de músculos, tendones y ligamentos.

La capacidad para formar tejido óseo disminuye, reduciéndose por el contrario el grosor y la masa de los huesos, pues se produce la pérdida de calcio en los de la cadera (osteoporosis), del muslo y en las vértebras. Estos cambios afectan a hombres y mujeres, pero afectan con mayor incidencia a las mujeres durante la menopausia, por la disminución del estrógeno.

4. Sistema nervioso

El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo, el peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20%, produciéndose alteraciones y disminución de la síntesis de neuro-transmisores.

Estos deterioros, sin embargo, no se traducen necesariamente en cambios intelectuales ni conductuales, tanto la acumulación de cambios como la actitud con que el sujeto los asume, sí le

predisponen a sufrirlos. Los principales son: los reflejos disminuyen en intensidad de respuesta y estructura; y el ciclo del sueño se altera.(19)

5. Oído y audición

En el oído externo se produce acumulación de cerumen, que dificulta la audición, hay adelgazamiento del tímpano y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción de los sonidos, estos cambios provocan pérdida de audición, principalmente de las tonalidades bajas.

6. Ojo y visión

Los cambios de los párpados pueden provocar su caída o suspensión, la córnea pierde transparencia y por depósito de lípidos se produce el “arco senil”, la pupila reduce su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación, el cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas, a nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años.

7. Sistema hormonal

Con respecto a la glucosa (azúcar) e insulina se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, lo que puede condicionar niveles altos de glucosa en la sangre y, por tanto, diabetes, también disminuyen la secreción de glucocorticoides, lo que provoca la pérdida de la capacidad para tolerar el estrés.

8. Sistema inmunológico

Las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la respuesta mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.

9. Sistema cardiovascular

En este sistema es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años.

El corazón aumenta su tamaño y peso, el músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno, que provoca su endurecimiento (fibrosis) y, por ende, rigidez de las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza, el interior del corazón se adelgaza, las válvulas se calcifican y el tejido conductor presenta la pérdida progresiva de su actividad.

El corazón de la persona adulta mayor generalmente es capaz de mantener adecuadamente un flujo cardíaco suficiente para suplir sus necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años.

10. Sistema respiratorio

La concentración de oxígeno en la sangre disminuye, debido a que se reduce la capacidad de la caja torácica para expandirse, aumenta la secreción mucosa de la pared bronquial, por la disminución de la capacidad respiratoria hasta un 30% a los 80 años, asimismo, disminuye la elasticidad del árbol bronquial y la fuerza muscular en los músculos respiratorios.

11. Área cognitiva

Entre los cambios cognitivos se pueden considerar la existencia de problemas en la inteligencia fluida o rápida, y no en la inteligencia centrada en la experiencia, que se desarrolla a lo largo de toda la vida, el coeficiente intelectual no parece descender con la edad, algunos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, como en la capacidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.

Puede observarse disminución de la percepción de análisis e integración de la información sensorial, disminución de la memoria reciente o de corto plazo y alguna pérdida de la habilidad de adquirir nuevas habilidades. Estos cambios, que son relativamente normales, no se encuentran en todos los adultos mayores.

Existe un grupo numeroso que conservan sus funciones intelectuales y cognitivas intactas y, por tanto, el interés en el mundo.

En la personalidad del adulto mayor se pueden observar nuevos signos de maduración, estabilidad emocional. Visión más ponderada de las cosas y hegemonía de valores

relacionados con el mundo interior. Sin embargo, puede perder la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.

12. Sistema gastrointestinal

Existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento.

También se presentan por atrofia intestinal de las glándulas intestinales y disminución del peristaltismo, la flatulencia y el dolor abdominal, se reduce la secreción de ácido clorhídrico y de enzimas, se altera la absorción de hierro, de calcio, de grasa, de proteínas, de vitamina B12 y de ácido fólico, disminuye el metabolismo de los fármacos.

13. Sistema genitourinario

Disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de úrea y creatinina en sangre, se reduce la excreción de fármacos, por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal, existe también un

debilitamiento de la musculatura renal y reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria, también presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones.

En la mujer, existe atrofia genital con estenosis de la vagina, menos elasticidad y lubricación, produciendo dolor en las relaciones sexuales, también disminuye la acidez de las secreciones vaginales, que propicia las infecciones y se debilita la musculatura pélvica, produciendo prolapso uterino con incontinencia urinaria, se atrofia el tejido mamario. En el varón existe atrofia testicular con esperma menos viable y en menor volumen, demora la erección y la eyaculación, y hay menos sensibilidad peneana (20).

b) Cambios Sociales

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales, esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

- El desplazamiento social - la jubilación

Una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación, ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio, cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación, para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sus sueños, pero para otros supone el comienzo de su final.

- El sentimiento de inutilidad

A medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás, los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos, ese deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.

- La soledad

Es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas, esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida (21).

c) Cambios Psicológicos

- El periodo involutivo

Se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

- Adaptación psicológica

Las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso de envejecimiento, el descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables.

- La memoria

Es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe, la memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones (22).

➤ TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Envejecer probablemente sea la consecuencia de una serie de factores internos y externos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento del equilibrio que culmina con la muerte, el proceso del envejecimiento se trata de explicar a través de muchas teorías dentro de ellas podemos mencionar:

- a. **Teoría del envejecimiento programado**, según la cual los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal en cada órgano.
- b. **Teoría del desgaste natural**, a su vez se envejece al uso continuo.

- c. **Teoría inmunológica**, considera que a través de los años hay respuesta inmune ante los antígenos externos, y paradójicamente un aumento a los propios.
- d. **Teoría de los radicales libres**, explica que el envejecimiento hay una lesión irreversible en la célula.
- e. **Teoría sistémica**, describe al envejecimiento como el deterioro de la función del sistema neuroendocrino.
- f. **Teorías genéticas**, que son las que más se acercan a la intimidad del proceso del envejecimiento, sostienen que en el ciclo de réplica celular se pierde una pequeña porción de ADN hasta provocar la muerte de la célula.

A través de estas diferentes teorías, que abordan los aspectos del problema geriátrico, se resalta el hecho de que el envejecimiento es un proceso multifactorial y de ahí la propia dificultad de explicarlo.

Se sabe que el envejecimiento se debe en gran parte, a las características genéticas del ser humano y a las de cada individuo, de modo diferente, sin embargo el envejecimiento se ve influido por el medio ambiente y el estilo de vida según el cual cada persona

hace uso, abuso y desuso de sus capacidades de modo totalmente peculiar, dando como resultado una personalísima forma de envejecer, estos factores medio ambiente y estilos de vida, son modificables y por ello se debe considerar la intervención educativa para preveer un buen envejecimiento (19).

A. FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES DEL ADULTO MAYOR

Son características que permite establecer la relación entre el adulto mayor, el entorno social, cultural y familiar que lo 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 o potenciales que pueden constituirse en el soporte necesario.

a. 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 su contexto, ccaracterísticas que

presenta la sociedad y a las cuales los adultos mayores se adaptan.

Las características sociales son las que más condicionan el bienestar en la vejez, la ideología del viejísimo lo identifica con decadencia física y mental, y hacen del adulto mayor un incapaz, dependiente e inútil social, **no** existe una definición sociocultural de actividades especialmente en el cese laboral o jubilación (20).

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

Los Factores Sociales que se consideró en la presenta investigación son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, tiempo de residencia, material de la vivienda, situación económica, relaciones sociales y el apoyo social.

b. Los Factores Familiares: son características que permite establecer la relación entre el adulto mayor y la interacción que tiene con los miembros de la familia, propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada (23).

La ONU define a la familia como el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la

conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad. La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. (23)

Los factores familiares que se están considerando en la investigación son: variables de familia son composición familiar y funcionalidad familiar.

➤ **Composición familiar según el tipo de hogar (ENAH)**

Determinado por el número de miembros que la conforman el tipo de relaciones entre estos, se clasifican en:

- **Familia de tipo nuclear**, constituidos por una pareja y sus hijas e hijos o sin estas/os.
- **Familia extendida**, al hogar Nuclear se suman otros parientes.

- **Familia Mononuclear** compuestos sólo por el/la adulto/a mayor.
- **Familia compuesta**, Es decir existen dentro del hogar además de los parientes, otros miembros que no son familiares (24).

➤ **Funcionamiento familiar entorno al adulto mayor**

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que el adulto mayor percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado, el registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los adultos mayores manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta.

Este instrumento también sirve para favorecer una relación del personal de salud y el adulto mayor en toda su extensión.

➤ Componentes del Apgar Familiar

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **Adaptación:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **Participación:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Gradiente de Recursos:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **Afectividad:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **Recursos o Capacidad Resolutiva:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia,

generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía (25).

Los Factores Culturales: es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad determinada, como tal concluye costumbres, prácticas, normas y reglas de la manera de ser, vestirse, religión, rituales, normas de comportamiento y sistema de creencias, desde otro punto de vista podríamos decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano.(23).

La Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y la Cultura (UNESCO) declaro, que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo, es ella la que hace que nosotros, seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos, a través de ella discernimos valores, el hombre expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como proyecto

inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden. Asimismo los factores culturales que consideramos en el presente estudio son: nivel de instrucción, religión que profesa, participación de eventos religiosos de su comunidad, participación de actividades recreativas organizadas por su comunidad y las formas de atención de su salud.

B. AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR

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

El Ministerio de Salud (MINSA) define el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir

la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona (26).

En la Carta de Ottawa se refiere al autocuidado como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, dialogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

Un adulto mayor debe tener controles de salud cada año por lo menos, el personal multidisciplinario que lo atienda debe conocer a la persona y su familia, debe pedirle a la persona de salud que explique y/o escriba cuales son las enfermedades que encuentra las recomendaciones que da.

I. Autocuidado en el aspecto biológico

1.1. Autocuidado de los sentidos

Los sentidos como la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto resultan extremadamente importantes para percibir y disfrutar del mundo que nos rodea, la mayoría de los adultos mayores mantienen su capacidad visual suficiente para realizar sus actividades de la vida diaria, a partir de los 70 años comunmente se alteran la visión y la audición, sin embargo la sordera es un problema frecuente en ellos.

Las alteraciones del olfato, gusto y tacto, también se presentan, pero se hacen menos evidentes que las de la vista y oído, porque no son esenciales para vivir, sin embargo, el olfato y el gusto se relacionan especialmente con el placer de comer y con una

nutrición adecuada, y el sentido del tacto es muy importante como mecanismo de protección.

- **Autocuidado de la vista** : Mantener una iluminación adecuada en los diferentes ambientes del hogar, evitar el cambio repentino de la oscuridad a la iluminación intensa, aseo de las manos antes de tener en contacto con los ojos, y no introducirse objetos, ni medicinas que no hayan sido prescritas por el médico. De usar anteojos, úselo en sus actividades diarias, acuda anualmente a una revisión con el oftalmólogo, utilice colores y contrastes en su medio ambiente para compensar la pérdida de la visión.

- **Autocuidado del oído:** No introducir objetos extraños en los oídos, evitar la exposición a los ruidos, acudir al control anualmente con el especialista, no aplicarse medicación a los oídos sin prescripción médica.

- **Autocuidado de olfato y gusto:** Evitar exponerse a sustancias con olores o sabores irritantes, la ingesta de alimentos muy calientes o muy fríos, no introducir objetos extraños, y mantener siempre el aseo de la nariz y la boca (20).

- **Autocuidado del tacto:** Usar crema hidratante y suavizantes, si está a su alcance, evitar las quemaduras y cortes en los dedos y piel (27).

1.2. Autocuidado de piel y anexos

En la vejez la piel generalmente se vuelve seca, arrugada, frágil, disminuye la elasticidad, con adelgazamiento. Lentitud de las cicatrificaciones de heridas y mayor probabilidad de desarrollo de infecciones, tumores cutáneos y tendencia a hematomas., disminuye la capacidad para sentir calor o frío, menos sudoración, uñas quebradizas, frágiles, deformes, gruesas y el pelo se vuelve cano con caídas parcial o total del mismo (calvicie).

Las medidas de autocuidado están orientadas a que la piel y anexos se mantengan sanos e íntegros para lo cual es necesario: Baño diario con agua fresca o adecuada a la temporada, evitar agua muy caliente o muy fría, secarse con toalla de forma suave,

todo el cuerpo, sin dejar zonas húmedas, cuidado con las zonas interdigitales y pliegues para evitar micosis (hongos), lavarse el cabello 2 ó 3 veces a la semana, usar crema hidratante y suavizante en todo el cuerpo, si está a su alcance, identificar lunares extraños, no rascar lunares ni verrugas del cuerpo, consultar al especialista, evitar el consumo de alcohol, y suprimir el tabaco, evitar los golpes, cortes y heridas en el cuerpo, evite exponerse al sol sin protección entre las 10 a.m. y las 2 p.m. por más de 30 minutos, independiente del lugar donde viva use siempre bloqueador, protector solar, sombrero, gorra y ropa fresca pero sin descubrir mucho su piel (20).

1.3. Autocuidado para la salud bucal

El envejecimiento puede producir cambios en las estructuras y función de la cavidad bucal como: disminución de la saliva, mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados y quebradizos, disminución del gusto, mayor sensibilidad, las encías se adelgazan favoreciendo la pérdida de los dientes.

Las medidas de autocuidado están dirigidas a la conservación de los dientes, digestión y nutrición, aumenta la autoestima y

favorece la mejor comunicación. Las más importantes son: usar cepillo con cerdas suaves, y en buenas condiciones, evitar introducir objetos punzocortantes en la cavidad oral que pueden producir lesiones e infecciones, es necesario el uso de prótesis dental cuando se han perdido los dientes naturales para mantener la estética, nutrición, fonación y la salud en general, si padece de disminución de saliva, evitar comidas ácidas o con especias (irritan la mucosa), disminuir consumo de azúcares, evitar el uso de prótesis mal adaptadas o en malas condiciones, evaluar su cambio a partir de los 5 años de instalación en boca, acuda al dentista al menos una vez al año o cuando presente algunas señales de alarma.

1.4. Autocuidado nutricional

Los cambios normales de mayor relevancia son los del sistema gastrointestinal, hígado, vías biliares y páncreas que afectan la función motora, secretora y absorción, interfiriendo la buena digestión de los alimentos y una repercusión en el estado nutricional de los mayores.

Las medidas de autocuidado estarán orientadas hacia una alimentación saludable que va promover y mantener la salud,

retrasar algunos cambios del envejecimiento, prevenir las enfermedades y ayuda en la recuperación de las mismas con la disminución de la morbilidad en la vejez (28).

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para los adultos mayores porque es un grupo heterogéneo, por lo que se debe considerar sus características individuales. Así como, el peso, enfermedades, pobreza, actividad física, patrones culturales, etc. A continuación recomendaciones generales para adultos mayores sanos: Limitar el consumo de grasas y frituras, sustituir la carne roja por carne blanca (pollo, pavo), cocinar bajo de sal, restringir el consumo de alcohol a una copa diaria, mantener el consumo equilibrado de calorías, consumir calcio suficiente a diario, especialmente en las mujeres, tomar mínimamente el sol y el consumo diario de vitamina D debe ser de 400 a 600UI, consumo todos los días frutas y verdura y beber agua en cantidad suficiente (aprox. 2 litros), si es posible reparta su menú en 4 pequeñas comida, controle su peso periódicamente y disfrute de la comida, “el comer” debe ser un tiempo agradable para usted y su familia (20).

1.5. Autocuidado en el sueño

Numerosos estudios han demostrado cambios en la vejez relacionados con la continuidad, duración y profundidad del sueño. Entre los principales cambios tenemos: disminución en la cantidad y duración del sueño debido a los constantes despertares, las siestas diurnas aumentan, aumento de la cantidad del sueño ligero y disminuye la del sueño profundo, y se levantan temprano por las mañanas.

Las medidas de autocuidado están orientadas a la conservación del sueño adecuado favoreciendo la conservación de la funcionalidad y mejor desempeño en las actividades de la vida diaria: Levantarse y acostarse todos los días a la misma hora aún durante los feriados y fines de semana, eliminar las siestas diurnas y si lo hace que no sea más de 30 minutos, evitar en lo posible estrés y emociones fuertes, hacer ejercicios pero no cerca de la hora de dormir, realizar técnicas de relajación y respiratorios, dieta liviana por las noches, evitar el consumo de estimulante como: alcohol, tabaco, cafeína cerca de la hora de acostarse, usar infusiones de manzanilla y tilo, disminuir la ingesta de líquidos después de la cena y miccionar antes de ir a dormir. Condicionamiento de un ambiente adecuado para dormir:

tranquilo, cómodo, con temperatura agradable, sin ruido, limpio, ventilado, etc. Leer, escuchar música, ver películas adecuadas, meditar, o rezar antes de dormir, evitar el uso de medicamentos para dormir sin indicación médica (20).

1.6. Autocuidado y actividad física

La actividad física y especialmente la marcha suele disminuir a edades más tempranas, que se acentúan cuando se llegan a los 60 años y más, en el envejecimiento los músculos, huesos y las superficies articulares sufren cambios que provocan una alteraciones en el cartílago, reducción de la masa muscular, la fuerza y la coordinación, la práctica de la actividad física permite un funcionamiento físico óptimo en los adultos mayores porque: Mantiene y prolonga la independencia física y psicosocial, retarda el envejecimiento y/o lo hace más saludable, es clave contra las enfermedades o ayuda a recuperarse de ellas especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, obesidad y depresión, disminuye la mortalidad total, potencia la capacidad de autocuidado y permite el control sobre las AVD y aumenta la seguridad, confianza en sí mismo y bienestar general, de ahí la importancia de su práctica.

Existe varios tipos de ejercicios que pueden realizar que van desde los más simples como caminar, correr, nadar, bailar, montar bicicleta hasta los ejercicios dirigidos; sin embargo, todos los ejercicios hasta los más simples proporcionan beneficios. Entre las precauciones que se deben tener en cuenta al realizar los ejercicios o actividad física tenemos los relacionados a la seguridad, prevención de complicaciones, confianza y autoestima, el tiempo, y limitaciones e individualidades, treinta minutos de actividad moderada 5 días o más es una meta conveniente (20).

1.7. Autocuidado en la eliminación vesical e intestinal

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes más frecuentes en el adulto mayor, una vejez normal no está asociada a la incontinencia, .sino que aumenta casi siempre con la edad, lo importante es que puede ser curada, mejorada y tratada, entre los cambios que ocurren en el envejecimiento tenemos: debilidad de la musculatura vesical, reducción de la fuerza a chorro de la orina y aumento de la excreción nocturna, sin embargo estos cambios no son suficientes para causar la incontinencia urinaria.

Dentro de los factores causales más comunes tenemos: infección urinaria, aumento de la próstata, prolapso uterino y disminución de estrógenos entre otras.

Las medidas de autocuidado estarán orientadas a restablecer y/o mantener una eliminación vesical en el adulto mayor. Entre esas medidas se encuentra la reeducación de esfínteres y los ejercicios pélvicos, también establezca una rutina de eliminación, orine antes y después de cada comida y antes de acostarse, contraiga los músculos antes de toser, coger peso, o realizar cualquier maniobra que aumente la presión intra abdominal, utilice cama baja, para facilitar la salida, utilice vestimenta fácil de quitar y poner y elimine o limita su ingesta después de la 6 de la tarde porque favorece la micción durante la noche (26) y (20).

El estreñimiento en los mayores puede atribuirse a una combinación de factores como el envejecimiento (atrofia de la mucosa y de la musculatura del intestino, las glándulas intestinales, disminución del peristaltismo), descenso de la movilidad y actividad física, la dieta, las enfermedades y las prácticas terapéuticas.

Las medidas de autocuidado están dirigidas a prevenir, restablecer y/o mantener una eliminación intestinal normal en el adulto mayor, orientadas a las medidas dietéticas, ingesta de líquidos, ejercicios y reeducar la función del intestino. Así los alimentos deben ser ricos en fibra, ingiera entre 1,500 a 2,000ml de líquidos al día (agua o jugos), camine y realicen ejercicios, con especial énfasis en los ejercicios de fortalecimiento abdominal, evite laxantes o enemas, responda al deseo de defecar sin tardanza, establecer una rutina de defecación, adopte una posición adecuada en cuclillas o sentado y relajado elevando los pies en el suelo o sobre un taburete, mientras se inclina el cuerpo ligeramente hacia delante, masajear el abdomen, evite los esfuerzos para defecar y tenga un ambiente cómodo y privado (20) y (28).

1.8. Autocuidado de la memoria

Entre los adultos mayores la disminución de la memoria, es una queja frecuente y una fuente de preocupación; estos fallos esenciales ocurren en el envejecimiento normal y corresponde a la pérdida de memoria a corto plazo y son los denominados “olvidos benignos de la ancianidad”, pero no afectan el desenvolvimiento de la funcionalidad, por otro lado esta pérdida

de memoria no es generalizada a todos los adultos mayores, tal es así que muchos de ellos mantienen su capacidad de memoria intacta y conservada.

Las medidas de autocuidado estarán dirigidas a mejorar y mantener la memoria porque posibilita el fortalecimiento de la identidad, rescatar la cultura, la historia y la tradición y sirven como nexos en la socialización de las nuevas generaciones, el autocuidado será dado considerando las fases de la memoria de registro, retención y recuerdo, entre ellos podemos mencionar: Intentar memorizar visualizando, nombres de personajes de la TV, y de las revistas, etc. que les hayan sido presentadas recientemente. Imaginarse a sí mismo haciendo acciones, al acostarse, visualice a “modo de película”, todo lo que haya realizado durante el día, tenga un lugar fijo y estable para colocar los objetos de uso cotidiano, identificar similitudes o diferencias en imágenes aparentemente similares, asocie parejas de palabras o números de teléfonos, solucione problemas de cálculo, describa la orientación de su vivienda y haga un plano de la misma, situé el mayor número de objetos en cada una de las estancias, narre con

su referencia de tiempo, algunos acontecimientos importantes de su vida (29).

II. Autocuidado en el aspecto biopsicosocial y espiritual

La autoestima es una de las primeras necesidades de todo ser humano para su desarrollo psicosocial y para la construcción de una vida plena y satisfactoria, en la última etapa de la vida, la autoestima cobra una relevancia especial y puede estar afectada con cambios físicos, enfermedades, bienestar psicológico, y actitudes sociales compatibles con el fenómeno de “viejismo”. Sin embargo, frecuentemente nos encontramos con personas que siguen disfrutando de la vida y manteniendo buena autoestima, por lo tanto es necesario dirigir el autocuidado para elevar y mantener una autoestima positiva así los adultos mayores se sentirán útiles, amados, aceptados, desarrollarán sus potencialidades con reconocimiento social y dará la posibilidad de vivir una vida con bienestar y satisfacción. Las medidas de autocuidado deben de partir de la premisa que la autoestima se aprende, cambia y podemos mejorarla.

Para una autoestima positiva: Conózcase y siéntase valiosa, acéptese y profundice el amor por usted mismo, mantenga

pensamientos positivos, sea usted mismo y no imite a nadie, tenga confianza, respétese, mantenga su independencia al nivel más alto posible, fomente una buena autoimagen, practique la autorrecompensa, adopte la actitud del “Yo puedo”, esté dispuesto a dar y recibir afecto, sea asertivo, solicite y acepte ayuda cuando lo necesite, mantenga buen sentido del humor, aprenda a manejar sus emociones, pertenezca a alguna agrupación, esté dispuesto a nuevos aprendizajes (20).

Uno de los aspectos más valiosos en la vejez es el tiempo, sin embargo en el aspecto social la ancianidad no confiere estatus por sí sola, en muchas sociedades se habla de “el rol sin rol”, que significa pérdida del poder social-laboral, también la ideología de “viejísimo” asociados a la vejez hace referencia a una imagen de decadencia física y mental, dotando al adulto mayor una imagen de incapacidad, inutilidad social y rigidez, sin embargo, muchos adultos mayores mantienen su independencia funcional y un valioso tiempo libre (20) y (30).

Al respecto, la teoría de la actividad, sostiene que los adultos mayores permanecen muy satisfechos con la vida si siguen activos y participan en actividades sociales. La alta participación

social es la clave de un buen envejecimiento, autorrealización y es la mejor manera de trascender en la vejez y enfrentar las actitudes aisladoras de la sociedad (31).

Así mismo las actividades recreativas proporcionan una renovación vivificante, un reto, un estímulo, un cambio de ideas, aventura y socialización, que ayudan a mejorar el funcionamiento mental, estado de ánimo y bienestar utilizando su tiempo libre con sentido (32).

Referente a la familia, el equilibrio de ayuda mutua que fluye entre los padres y los hijos tiende a cambiar y ser más importante conforme los padres envejecen, la modernidad, cambio de residencia, congregación de 3 a 4 generaciones en el mismo hogar, y la migración de los hijos debilita los lazos afectivos quedando sin el sistema tradicional de apoyo familiar que muchas veces los confina a la soledad, abandono y depresión, todo ser humano encuentra en los familiares las posibilidades de crecer, realizarse y ser feliz, por lo tanto el apoyo familiar se hace necesario, el cuidado y apoyo familiar están basados en los principios de altruismo, responsabilidad,

satisfacción de haber cumplido, y reciprocidad (33). La familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, a la estima, económico, seguridad, cuidado, afecto, con sentimiento de pertenecer a una familia, y constituye un mecanismo natural de atención y preferida por los mayores. Además reduce los efectos negativos de la transición de la vida, es el recurso más valioso en la adaptación permitiendo psicológicamente un equilibrio y encuentren la incomparable felicidad de envejecer juntos.

También el autocuidado estará orientado, a cómo afrontar la muerte, algunos adultos mayores ven la muerte como alternativa y no como pérdida, puede significar la pérdida del alma, de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual, en general, a ellos la muerte le causa menos ansiedad y la aceptan más que cualquier otro grupo, en parte, se debe a que consiguieron la integridad del yo, han perdido pariente y amigos más que cualquier grupo, además de admitir su mortalidad, sufren más enfermedades crónicas, que difícilmente superan y sienten que han realizado las tareas más importantes de su vida (21).

Además tienen menos temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor, las creencias religiosas y filosóficas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores a la muerte, se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte es el logro más importante de los últimos años de la vida (20).

La espiritualidad es uno de los aspectos importantes y que muchas veces se deja de lado, la espiritualidad es una dimensión de cada ser humano, revela a través de la capacidad de dialogo que cada cual tengo consigo mismo y con su propio corazón, y se traduce en el amor, la sensibilidad, la compasión, en la escucha del otro, en la responsabilidad y en la solicitud, se trata de alimentar un sentido profundo de valores (31).

También si la religión, produce esta experiencia, entonces se transforma en el camino espiritual y representa la espiritualidad en su más pura esencia, en los adultos mayores el desarrollo de la espiritualidad fortalece y ayuda a tener valor y resignación para adaptarse a los desafíos propios de la vejez y la vida, también estar interconectado en el mundo material y

sobrenatural, como señala Leitón, cuidar el espíritu implica colocar los compromisos éticos encima de los intereses personales o colectivos y enriquecer un sentido profundo de valores.

Cuidar del espíritu demanda alimentar la brasa interior de la contemplación y la oración para que nunca se apague, significa especialmente cuidar de la espiritualidad experimentando a Dios en todo y permitiendo su permanente nacer y renacer en el corazón, si reservamos en nuestra vida un espacio para la espiritualidad ésta nos irá transformando, de este modo nos sumergimos en esa fuente de espiritualidad, que es fuente de espíritu de vida, de “amorización”, realización y de paz y de este modo nos hacemos mejores personas, y más humanas.

Por lo anteriormente expuesto, en la presente investigación se considera que el autocuidado es una estrategia de salud muy importante en la vejez y que el principal protagonista y responsable es el adulto mayor. Con fines de esta investigación, las prácticas de autocuidado del adulto mayor están siendo conceptualizadas como acciones que realiza el adulto mayor consigo mismo para vivir una vejez con bienestar en la

dimensión biológica (cuidado de los sentidos, piel, pies, boca, nutrición, sueño, memoria, eliminación) y en la dimensión psicosocial y espiritual (participación en actividades de ocio, estado emocional, autoestima, familia, adaptación, espiritualidad y afrontar la muerte) (20).

También es cierto que el autocuidado se encuentra determinado por factores que lo favorece o dificulta impidiendo que las personas alcancen su bienestar y satisfacción por la vida, es que se ha considerado a la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria como factor principal.

III. Capacidad funcional en el adulto mayor

➤ Definición de capacidad funcional

Se ha descrito dos enfoques, sobre la forma de conceptualizar a la capacidad funcional, por un lado, el enfoque médico, que considera a la discapacidad como un problema personal, causado por una enfermedad, traumatismo o alteración de la salud, que requiere de asistencia médica y rehabilitación, prestadas ambas por profesionales. Mientras que por su parte,

el enfoque social, se centra en la integración de estas personas en la sociedad, por lo que es un problema que trasciende la esfera de lo personal para ocuparse de todas aquellas situaciones que impiden o dificultan la plena participación de las personas con disminución de la capacidad funcional en la vida social. Con fines de esta investigación se está utilizando la siguiente definición “capacidad de realizar su propio autocuidado, mantención y realización de actividades cotidianas”, el declive de la capacidad funcional se manifiesta por la alteración de las actividades de la vida diaria (AVD).

➤ **Conceptualización de actividades de la vida diaria (AVD)**

Las AVD son el conjunto de conductas que una persona efectúa todos los días, o con una frecuencia casi cotidiana, para vivir de una forma autónoma e integrada en su medio y en su entorno social. Es decir son las habilidades necesarias para cuidar de sí mismo y del entorno próximo; las AVD se realizan habitualmente en el transcurso de un día normal, y son, por ejemplo, comer, vestirse, bañarse, lavarse los dientes. Fillenbaum (1984) las describe como la capacidad para valerse

por sí mismo y desarrollar las actividades de la vida cotidiana, es decir el cumplimiento de las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar ordenes o tareas sencillas

Clasificación de las AVD

Existe un consenso en dividir las AVD en Básicas o Físicas y AVD instrumentales. Las AVD Básicas corresponderían a aquellas actividades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado (comer por sí solo, bañarse, usar el servicio, vestirse, trasladarse, arreglo personal, controlar esfínteres, etc.) Por otra parte las AVD instrumentales quedarían integradas por un conjunto más complejo de habilidades necesarias para llevar una vida independiente (cocinar, limpiar, usar los transportes públicos, manejar dinero, telefonar, hacer compras, desplazarse, etc.).

➤ **TEORIA DE ENFERMERIA**

Se destaca a Dorothea Orem en la presente investigación con su teoría del Autocuidado.

DOROTHEA OREM logro conceptualizar la Teoría General de Enfermería la cual se construye a su vez en tres subteorías:

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

Orem, en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. Es importante puntualizar que el autocuidado constituye un proceso de desarrollo de aptitudes, habilidades y conocimientos (34).

El autocuidado es la contribución constante que cuando se hace eficazmente contribuye a la integridad y se da a través de los 3 requisitos de autocuidado: universal, de desarrollo y de alteración de la salud: Los requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Los Requisitos del Desarrollo, son los requisitos determinados por el ciclo vital y varían en períodos específicos adaptados a las circunstancias y necesidades de cada etapa. En el caso del envejecimiento normal se tendrán en cuenta los requisitos universales y los de desarrollo.

En cuanto a las Alteraciones o Desviaciones de Salud, estos son para las personas que están enfermas, con daño, con formas específicas de patologías todas ellas bajo el diagnóstico y tratamiento médico. Cuando se satisface eficazmente estos 3 tipos de requisitos, se produce condiciones humanas y ambientales que, sostiene los procesos vitales dentro de límites normales, sostienen el desarrollo de acuerdo

con la diversidad humana, previene daños y estados patológicos, contribuye a la regulación y control y curación de los procesos patológicos manteniendo así la vida, la salud y el bienestar. Orem menciona que la persona posee las capacidades, aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo su autocuidado.

a) La teoría del autocuidado.

En esta teoría se describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, está fundamentada en que el autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas deben llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción, las acciones de autocuidado que realiza el individuo se encaminan al cumplimiento de los requisitos de autocuidado; los requisitos de autocuidado se definen como un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias, para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo

humano, ya sea de manera continua o desarrollo humano, o de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas: un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos: el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en la norma compatible con la vida, la salud y el bienestar personal (35).

b) La teoría de déficit de autocuidado.

La teoría de déficit de autocuidado describe y explica cómo es la relación o intervención de la enfermería para ayudar a los individuos. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Las limitaciones generadas por los diferentes procesos del binomio salud enfermedad vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado

regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado, el déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Orem propone que la teoría de los sistemas enfermeros es la teoría que unifica e incluye todos los elementos esenciales y comprende tanto la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado.

c) La teoría de sistemas enfermeros.

El propósito de esta teoría es describir y explicar las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero, la teoría afirma que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por el profesional, mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

Las actividades incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas de enfermería se definen como las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de prescribir, diseñar, proveer cuidados de enfermería a los pacientes.

En este caso, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas a saber.

c.1. Sistema de compensación total.

Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, entonces existe un déficit o problema.

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

c.2. Sistema de compensación parcial.

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

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

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

c.3. Sistema de apoyo educativo.

El individuo está en capacidad de auto cuidarse, pero requiere orientación.

Acción de la enfermera: ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado, de manera terapéutica. Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Cuando es la persona la que lleva a cabo las acciones de autocuidado se denomina Agente de Autocuidado y esta acción

va dirigida a conseguir unos objetivos, que son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud), estas tres subteorías constituyen la teoría del autocuidado (34).

En este contexto el rol de la enfermera, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar por otro, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona (35).

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

Adulto Mayor: persona de 60 a más años de edad de ambos sexos, en uso de sus facultades mentales que reside en la comunidad (3).

Factores Sociales: 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 su contexto, características que presenta la sociedad y a las cuales los adultos mayores se adaptan (20).

Factores Familiares: características que permite establecer la relación entre el adulto mayor y la interacción que tiene con los miembros de la familia, contribuyendo al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada (23).

Factores Culturales: formas de vida y expresiones del adulto mayor en una sociedad determinada, como tal concluye costumbres, prácticas, normas y reglas de la manera de ser,

vestirse, religión, rituales, normas de comportamiento y sistema de creencias (23).

Autocuidado del adulto mayor: Capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona (26).

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, considerando que se estudió a la variable tal como se presentó en la realidad, de corte transversal porque la información se obtuvo en un determinado espacio – tiempo y relacional (36), ya que se estudió los factores sociofamiiares y culturales que influyen en el autocuidado del Adulto Mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad, Tacna – 2016.

3.2. Población

El presente estudio se llevó a cabo en la Ciudad de Tacna. La población de estudio estuvo constituida por el 100% de los adultos mayores que asisten al Club Juan Pablo II CPM La Natividad Tacna - 2016.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se aplicó un cuestionario con interrogantes acerca de los factores sociales el cual consta de 9 ítems, factores familiares con 6 ítems y factores culturales con 5 ítems relacionadas a dichos factores respectivamente, también se hizo uso de dos instrumentos para valorar el autocuidado en su práctica “Escala de práctica de autocuidado de LEITON” y su capacidad funcional “ABVD según el Índice de Katz” modificado por la autora, se utilizó la entrevista y se aplicó un cuestionario que contiene las siguientes escalas estandarizadas: (Anexo 1)

Escala de Práctica de Autocuidado de LEITÓN: Esta escala fue elaborada por Leitón, según el sustento teórico de Orem (19835), Leitón y Ordoñez (2003) y los cambios del envejecimiento normal (Papalia y col, (2009). Dicho instrumento permite evaluar la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en sus dimensiones: biológica y psicosocial y espiritual. El instrumento consta de 80 ítems:

a) Dimensión biológica: (54 ítems):

- Cuidado con los ojos.
- Cuidado con los oídos.
- Cuidado de piel y anexos.
- Cuidado con los pies.
- Cuidado con la boca.
- Cuidado nutricional.
- Cuidado con la eliminación
- Cuidado en el sueño.
- Cuidado con la memoria

b) **Dimensión psicosocial y espiritual** consta de 26 ítems: participación en actividades de ocio, estado emocional, autoestima, familia, adaptación, espiritualidad y muerte.

La escala tiene tres alternativas: Siempre (S), a veces (AV) y nunca (N), con un puntaje de 3, 2, 1 respectivamente, esta escala mide el nivel de práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en el adulto mayor, categorizándola con la siguiente valoración:

- Nivel de Autocuidado deficiente: 80 - 133 pts.
- Nivel de Autocuidado regular : 134 - 186 pts.
- Nivel de Autocuidado bueno : 187 – 240 pts.

Capacidad Funcional según el índice de Katz

La escala de las actividades básicas de la vida diaria de Katz (1970) - Leitón (2004) y modificada por la autora, consta de 6 ítems referidos a bañarse, vestirse, ir al baño, traslado, continencia y alimentarse (confiabilidad = 0.911),

tiene tres alternativas: sin ayuda, con alguna ayuda y total ayuda, con un puntaje de 2, 1, 0 respectivamente.

Esta escala mide la independencia funcional para realizar las Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD):

- Dependiente (0 – 2 puntos)
- Moderadamente independiente (3–11 puntos)
- Independiente (12 puntos).

3.4. Procedimientos de Recolección de Datos

Se solicitaron los permisos correspondientes a la UNJBG haciéndose entrega en el centro de salud La Natividad y el Club del Adulto Mayor Juan Pablo II del CPM La Natividad, otorgándose así el permiso por parte de ambas instituciones para dar inicio a la ejecución de tesis en dichas instituciones.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora durante los meses de agosto y setiembre utilizando los instrumentos antes mencionados.

3.5. Plan de análisis estadístico de datos

Prueba Piloto: el instrumento utilizado fue sometido a esta prueba piloto aplicando a una muestra representativa de 16 adultos mayores para obtener la confiabilidad y validez estadística:

Confiabilidad : se utilizó el coeficiente Alpha de Crombach, donde se obtuvieron valores de factores sociales (0,615), familiares (0,774) y culturales (0,611), para factores de cuidado con los ojos (0,568), cuidado con los oídos (0,766), cuidados de la piel (0,671), cuidados de los pies (0,744), cuidado con la boca (0,701), cuidado nutricional (0,799), cuidado en el sueño (0,676), cuidado con la memoria(0,776), cuidado con la eliminación (0,696) y aspecto psicosocial (0,793), para capacidad funcional (0,911), lo cual nos indica que el instrumento empleado presenta un grado de confiabilidad aceptable.

Validez: los instrumentos fueron validados a través de la aprobación de expertos en el área de Geriatría, Docente de Enfermería, Lic. Enf. Asistencial y Estadístico.

Para la validez estadística, se realizó la “Correlación elemento-total corregida”, se evaluó a 102 ítems arrojando valores mayores a 0,30 lo cual indica que son estadísticamente significativas dando como resultado un alfa de Cronbach de 0,748. (Anexo 2)

3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados por el software SPSS “20” previa codificación, 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.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados en tablas y gráficos que corresponden a la información como resultado de la investigación

TABLA N° 1
FACTORES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
JUAN PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA – 2016

FACTORES SOCIALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Sexo		
Femenino	35	58,3%
Masculino	25	41,7%
2. Edad		
60 a 69 Años	25	41,7%
70 a 79 Años	21	35,0%
80 a más Años	14	23,3%
3. Estado Civil		
Soltero/a	6	10,0%
Casada/o	24	40,0%
Separado/a	5	8,3%
Viudo/a	18	30,0%
Conviviente	7	11,7%
4. Apoyo Social		
Sis/Club de adulto Mayor	49	81,7%
Es Salud/Club de adulto Mayor	11	18,4%
5. Lugar de Nacimiento		
Tacna	25	41,7%
Puno	29	48,3%
Arequipa	3	5,0%
Otros	3	5,0%
6. Tipo de Residencia		
Propia	35	58,3%
Alquilada	15	25,0%
Cedida u Otra	10	16,7%
7. Material de Vivienda		
Construida con servicios básicos	21	35,0%
Construida sin servicios básicos	1	1,7%
Semiconstruida con servicios básicos	35	58,3%
Semiconstruida sin servicios básicos	3	5,0%
8. Situación Económica		
Trabajador Activo	33	55,0%
Jubilado	4	6,6%
Pensión 65	1	1,7%
Apoyo Familiar	19	31,7%
Ninguno	3	5,0%
9. Relaciones Sociales		
Si se relaciona con la comunidad y fam.	43	71,7%
No se relaciona con la comunidad	3	5,0%
Si se relaciona con la Familia	14	23,3%

FUENTE: Factores sociales de los adultos mayores del Club Juan Pablo II, encuesta elaborada por la autora, aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION:

En la tabla N°1 con respecto a los factores sociales observamos que en relación al género, las mujeres predominaron con 58,2% respecto a los varones con 41,7%; considerando que los adultos mayores comprendidos entre los 60 a 69 años representan el mayor volumen de la población en estudio con 41,7 %; seguidos de los 70 a 79 años con 35 % y finalmente los de 80 a más años representan el 23,3%.

Según el estado civil, el 40% son casados, 30 % representan a los viudos y en un porcentaje con 8,3% a los separados.

Observamos que el lugar de nacimiento un 48,3% refirió como lugar de nacimiento a puno, seguidos del 41,7% refieren ser de Tacna.

Según el tipo de residencia; el 58,3% refirió contar con casa propia, mientras que el 25% de los adultos mayores viven en casa alquiladas y un 16,7% les han cedido un lugar para vivir.

Percibimos que el material de vivienda donde residen, el 58,3% cuenta con viviendas semiconstruida y con servicios básicos, seguido de 35% que manifestó contar con viviendas construidas y servicios básicos.

Según la situación económica el 55% refirió trabajar activamente en trabajos eventuales, seguido del 31,7% quienes son apoyados económicamente por la familia

De las relaciones sociales que mantiene el adulto mayor, el 71,7% si se relaciona con la comunidad, seguido del 23,3% quienes se relacionan solo con la familia.

Del apoyo social que reciben el 81,7% cuenta con el seguro integral de salud, seguido del 18,3% quienes cuentan con EsSalud y en un 100% pertenecen al club del adulto mayor Juan Pablo II del CPM La Natividad.

TABLA N° 2
FACTORES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CLUB JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016

FACTORES FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Composición Familiar		
Familia Extensa (Vive con Hijos, Nietos)	35	58,3%
Familia Nuclear (Vive con Cónyuge)	16	26,7%
Familia Mononuclear(Vive solo)	7	11,7%
Familia Expandida(Vive con Otros)	2	3,3%
2. Funcionalidad familiar Apgar Familiar		
Disfunción Severa	6	10,0%
Disfunción Leve	28	46,7%
Funcional Normal	26	43,3%

FUENTE: Factores familiares de los adultos mayores del Club Juan Pablo II, encuesta elaborada por la autora, aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

En la tabla N°2, con respecto a los factores familiares, según la composición familiar el 58,3% refieren vivir con hijos y nietos (familia extensa), seguidos de un 26,7% quienes viven con su cónyuge; un 11,7% refiere vivir solo y un porcentaje mínimo de 3,3% refiere vivir con otros amigos, etc. (familia expandida).

Según la funcionalidad familiar – Apgar familiar el 46,7% presenta una disfunción leve, seguido de un 43,3% son funcionales normales y en un 10% existe disfunción severa dentro de la familia.

TABLA N° 3

**FACTORES CULTURALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CLUB JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**

FACTORES CULTURALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Nivel de Instrucción		
Sin Instrucción	13	21,6%
Primaria	31	51,7%
Secundaria	13	21,7%
Superior	3	5,0%
2. Religión que Profesa		
Católica	33	55,0%
Mormón	5	8,4%
Setimo día	11	18,3%
Otros	11	18,3%
3. Participa a Eventos Religiosos		
Siempre	43	71,7%
A Veces	11	18,3%
Nunca	6	10,0%
4. Participa de Actividades		
Siempre	38	63,3%
A Veces	13	21,7%
Nunca	9	15,0%
5. Formas de Atención de la Salud		
Atención en Centro de Salud	55	91,7%
Curandero, Huesero	2	3,3%
Automedicación	3	5,0%

FUENTE: Factores culturales de los adultos mayores del Club Juan Pablo II, encuesta elaborada por la autora, aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

En la tabla N° 3, con respecto a los factores culturales, según el nivel de instrucción, el 51,7% refirió haber estudiado la primaria, mientras que el 21,7% estudio la secundaria seguidos del 21,6 % quienes no recibieron ningún nivel de instrucción alguna, y un 5% quienes llegaron a estudiar un nivel superior.

Según la religión que profesa, el 55% refirió ser católico, el 18,3% son del Sétimo día, otro de similar porcentaje representan a otras religiones y un 8,4% son mormones.

Según la participación a eventos religiosos, el 71,7% refirió que siempre participan de este tipo de eventos, seguidos del 18,3% que lo realiza a veces y un 15% que refiere no participar.

Según la forma de atención de su salud el 91,7% prefiere ser atendido en un establecimiento de salud, mientras que un 5,5% se auto médica y un menor 3,3% acuden al curandero, huesero cada vez que se sienten mal.

TABLA N° 4

**PRACTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CLUB JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Autocuidado Deficiente	14	23,3%
Nivel de Autocuidado Regular	14	23,3%
Nivel de Autocuidado Bueno	32	53,4%
Total	60	100,0%

FUENTE: Práctica de autocuidado de Leitón, encuesta aplicada
Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

En la tabla N° 4 con respecto a la práctica de autocuidado, el 53,4% refirieron tener un nivel de autocuidado bueno, mientras que el 23,3% tienen un nivel de autocuidado regular representando en un mismo porcentaje de 23,3% el nivel de autocuidado deficiente.

TABLA N° 5

**CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CLUB JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**

CAPACIDAD FUNCIONAL	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	2	3,3%
Moderadamente Independiente	5	8,3%
Independiente	53	88,4%
Total	60	100,0%

FUENTE: Capacidad funcional de Leitón y modificada por la autora, Encuesta Aplicada Agosto- Setiembre 2016

INTERPRETACION

En la tabla N°5 con respecto a la capacidad funcional, el 88,4%de los adultos mayores en estudio son independientes, seguidos de ún 8,3% quienes son moderadamente independientes y un 3,3% son dependientes.

TABLA N° 6

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**

FACTORES SOCIALES	PRACTICAS DE AUTOCUIDADO								X ²	Valor(P)
	Nivel de Autocuidado Deficiente		Nivel de Autocuidado Regular		Nivel de Autocuidado Bueno		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sexo										
Femenino	10	16,7%	8	13,3%	17	28,3%	35	58,3%	3,353	0,508
Masculino	4	6,7%	6	10,0%	15	25,0%	25	41,7%		
Total	14	23,4%	14	23,3%	32	53,3%	60	100%		
Edad										
60 a 69 Años	4	6,7%	4	6,7%	17	28,3%	25	41,7%	10,560	0,032
70 a 79 Años	3	5,0%	8	13,3%	10	16,7%	21	35,0%		
80 a más Años	7	11,7%	2	3,3%	5	8,3%	14	23,3%		
Estado Civil										
Soltero/a	2	3,3%	0	0,0%	4	6,7%	6	10,0%	10,396	0,238
Casada/o	6	10,0%	7	11,7%	11	18,3%	24	40,0%		
Separado/a	1	1,7%	0	0,0%	4	6,7%	5	8,3%		
Viudo/a	2	3,3%	4	6,7%	12	20,0%	18	30,0%		
Conviviente	3	5,0%	3	5,0%	1	1,7%	7	11,7%		
Lugar de Nacimiento										
Tacna	7	11,7%	5	8,3%	13	21,7%	25	41,7%	4,742	0,577
Puno	6	10,0%	7	11,7%	16	26,7%	29	48,3%		
Arequipa	0	0,0%	2	3,3%	1	1,7%	3	5,0%		
Otros	1	1,7%	0	0,0%	2	3,3%	3	5,0%		
Tipo de Residencia										
Propia	8	13,3%	11	18,3%	16	26,7%	35	58,3%	9,751	0,045
Alquilada	1	1,7%	3	5,0%	11	18,3%	15	25,0%		
Cedida u Otra	5	8,3%		0,0%	5	8,3%	10	16,7%		
Material de Vivienda										
Construida con servicios básicos	4	6,7%	3	5,0%	14	23,3%	21	35,0%	15,347	0,018
Construida sin servicios básicos	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%		
Semiconstruida con servicios básicos	7	11,7%	10	16,7%	18	30,0%	35	58,3%		
Semiconstruida sin servicios básicos	3	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%		
Situación Económica										

Trabajador Activo	5	8,3%	6	10,0%	22	36,7%	33	55,0%		
Jubilado	0	0,0%	2	3,3%	2	3,3%	4	6,7%		
Pensión 65	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	13,284	0,102
Apoyo Familiar	6	10,0%	6	10,0%	7	11,7%	19	31,7%		
Ninguno	2	3,3%	0	0,0%	1	1,7%	3	5,0%		

Relaciones Sociales

Si se relaciona con la comunidad	9	15,0%	10	16,7%	24	40,0%	43	71,7%		
No se relaciona con la comunidad	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%	3	5,0%	0,854	0,931
Si se relaciona con la Familia	4	6,7%	3	5,0%	7	11,7%	14	23,3%		

Apoyo Social

Sis/Club de adulto Mayor	14	23,3%	8	13,3%	27	45,0%	49	81,7%	8,923	0,012
EsSalud/Club de adulto Mayor	0	0,0%	6	10,0%	5	8,3%	11	18,3%		p < 0,05

FUENTE: Influencia de los factores sociales en la práctica de autocuidado de los Adultos Mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016. Aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

En la tabla N°6 los factores sociales en relación a las prácticas de autocuidado observamos que el 28,3% de las mujeres tienen un nivel de autocuidado bueno, siendo en un 25% en los varones, seguidos de un 16,7% de las mujeres tienen un nivel de autocuidado deficiente, siendo el de los varones un 6,7% y en cuanto al nivel de autocuidado regular las mujeres representan un 13,3% y los varones un 10%.

Observamos que según la edad el nivel de autocuidado bueno se da entre los 60 a los 69 años con 28,3%, seguidos de un 16,7% entre los años de 70 a 79 años, apreciándose que a medida que avanzan los años de 80 a más años el nivel de autocuidado es deficiente con el 11,7%.

En relación al estado civil el nivel de autocuidado bueno lo representan los adultos mayores viudos con un 20%; autocuidado regular lo representan los casados 11,7%; y un nivel de autocuidado deficiente también lo representan los casados con 10%.

En relación al lugar de nacimiento, autocuidado bueno y regular lo representan los adultos mayores procedentes de Puno con 26,7% y 11,7% respectivamente y autocuidado deficiente lo representan los adultos mayores procedentes de Tacna.

En relación al tipo de residencia, el nivel de autocuidado bueno, regular y deficiente lo representan los adultos mayores que viven en casas propias con un 26,7%; 18,3% y 13,3% respectivamente

En relación al tipo de material de vivienda, el nivel de autocuidado bueno, regular y deficiente lo representan los adultos mayores que residen en viviendas semiconstruida y con servicios básicos con un 30%; 16,7% y 11,7% respectivamente.

En relación a la situación económica, autocuidado bueno lo representan los adultos mayores que trabajan activamente con 36,7%, un autocuidado regular los trabajadores activos y que también reciben apoyo familiar con un 10% y un autocuidado deficiente lo representan los adultos mayores que reciben apoyo por parte de la familia con un 10%.

En relación al apoyo social, el nivel de autocuidado bueno, regular y deficiente lo representan los adultos mayores que cuentan con seguro integral de salud y los pertenecientes al club del adulto mayor Juan Pablo II con un 45%; 13,3% y 23,3% respectivamente.

Observándose así que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre las prácticas de autocuidado y los factores sociales como: la edad (**0,032**), tipo de residencia (**0,045**), material de Vivienda (**0,018**) y apoyo social (**0,012**).

TABLA N° 7
INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016

FACTORES SOCIALES	CAPACIDAD FUNCIONAL						Total		X ²	Valor (P)
	Dependiente		Moderadamente Independiente		Independiente					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sexo										
Femenino	1	1,7%	4	6,7%	30	50,0%	35	58,3%	1,088	0,58
Masculino	1	1,7%	1	1,7%	23	38,3%	25	41,7%		
Total	2	3,4%	5	8,4%	53	88,3%	60	100%		
Edad										
60 a 69 Años	1	1,7%	3	5,0%	21	35,0%	25	41,7%	1,474	0,831
70 a 79 Años	1	1,7%	1	1,7%	19	31,7%	21	35,0%		
80 a más Años	0	0,0%	1	1,7%	13	21,7%	14	23,3%		
Estado Civil										
Soltero/a	0	0,0%	0	0,0%	6	10,0%	6	10,0%	4,563	0,803
Casada/o	1	1,7%	1	1,7%	22	36,7%	24	40,0%		
Separado/a	0	0,0%	0	0,0%	5	8,3%	5	8,3%		
Viudo/a	1	1,7%	3	5,0%	14	23,3%	18	30,0%		
Conviviente	0	0,0%	1	1,7%	6	10,0%	7	11,7%		
Lugar de Nacimiento										
Tacna	1	1,7%	2	3,3%	22	36,7%	25	41,7%	0,986	0,986
Puno	1	1,7%	3	5,0%	25	41,7%	29	48,3%		
Arequipa	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	5,0%		
Otros	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	5,0%		
Tipo de Residencia										
Propia	1	1,7%	3	5,0%	31	51,7%	35	58,3%	3,864	0,425
Alquilada	1	1,7%	0	0,0%	14	23,3%	15	25,0%		
Cedida u Otra	0	0,0%	2	3,3%	8	13,3%	10	16,7%		
Material de Vivienda										

Construida con servicios básicos	1	1,7%	1	1,7%	19	31,7%	21	35,0%	3,129	0,973
Construida sin servicios básicos	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%		
Semiconstruida con servicios básicos	1	1,7%	3	5,0%	32	53,3%	36	60,0%		
Semiconstruida sin servicios básicos	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	2	3,3%		
Situación Económica										
Trabajador Activo	0	0,0%	2	3,3%	31	51,7%	33	55,0%	16,595	0,035 p<0,05
Jubilado	0	0,0%	0	0,0%	4	6,7%	4	6,7%		
Pensión 65	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%		
Apoyo Familiar	2	3,3%	2	3,3%	15	25,0%	19	31,7%		
Ninguno	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	5,0%		
Relaciones Sociales										
Si se relaciona con la comunidad	0	0,0%	2	3,3%	41	68,3%	43	71,7%	14,825	0,005 p<0,05
No se relaciona con la comunidad	1	1,7%	0	0,0%	2	3,3%	3	5,0%		
Si se relaciona con la Familia	1	1,7%	3	5,0%	10	16,7%	14	23,3%		
Apoyo Social										
Sis/Club de adulto Mayor	2	3,3%	4	6,7%	43	71,7%	49	81,7%	0,478	0,791
EsSalud/Club de adulto Mayor	0	0,0%	1	1,7%	10	16,7%	11	18,3%		

FUENTE: Influencia de los factores sociales en la capacidad funcional de los Adultos Mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016. Aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

En la tabla N°7, los factores sociales en relación a la capacidad funcional observamos que el nivel de independencia lo representan en un mayor porcentaje con 50% las mujeres frente a un 38,3% en los varones.

Según la edad percibimos que los adultos mayores que oscilan entre los 60-69 años representan el 35%; entre los 70-79 años representan el 31% y los de más de 80 años representan el 21% tales porcentajes representan el nivel de independencia que tienen.

Según el estado civil el 36,7% de los casados son independientes, presentándose en un menor porcentaje a los separados con un nivel de independencia.

Puno representa el lugar de nacimiento de la mayoría de adultos mayores en estudio donde observamos que el existe un nivel de independencia de 41,7%; moderada independencia de 5% y dependencia con 1,7%.

Al tipo de residencia los que cuentan con casa propia son independientes, moderadamente independientes y dependientes representados así por 51,7%; 5% y 1,7% respectivamente.

Según el material de vivienda Semiconstruida y con servicios básicos el 53,3%; 5% y 1,7% representan nivel de independencia, moderada independencia y dependencia respectivamente.

Representan un nivel de independencia, los trabajadores activos con el 51,7%; seguidos de los que reciben apoyo familiar con 31,7% y los jubilados con 6,7%; son independientes los que mantienen buenas relaciones con la comunidad representados así con 68,3%, seguidos de los que se relacionan solo con la familia con 16,7% y en un menor porcentaje de 3,3% lo que no se relacionan con la comunidad,

Según el apoyo social el 71,7% de los que cuentan con SIS y pertenecen al club del adulto mayor son independientes frente a un 6,7% y 3,3% quienes representan una moderada dependencia y dependencia respectivamente.

Existiendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre el autocuidado según su capacidad funcional y los factores sociales como: situación económica (**0,035**) y las relaciones sociales (**0, 005**).

TABLA N° 8
INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES EN LA PRÁCTICA
DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016

FACTORES FAMILIARES	PRACTICAS DE AUTOCUIDADO						Total		X ²	Valor (P)
	Nivel de Autocuidado Deficiente		Nivel de Autocuidado Regular		Nivel de Autocuidad o Bueno					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Composición Familiar										
Familia Extensa (Vive con Hijos, Nietos)	9	15,0	9	15,0	17	28,3	35	58,3	4,066	0,668
Familia Nuclear (Vive con Cónyuge)	3	5,0	3	5,0	10	16,7	16	26,7		
Familia Mononuclear(Vi ve solo)	1	1,7	1	1,7	5	8,3	7	11,7		
Familia Expandida(Vive con Otros)	1	1,7	1	1,7	0	0,0	2	3,3		
Funcionalidad familiar Apgar Familiar										
Disfunción Severa	4	6,7	2	3,3	0	0,0	6	10,0	11,35	p<0,05
Disfunción Leve	6	10,0	8	13,3	14	23,3	28	46,7	7	
Funcional Normal	4	6,7	4	6,7	18	30,0	26	43,3		

FUENTE: Influencia de los factores familiares en la práctica de autocuidado de los Adultos Mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016. Aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

Los factores familiares en relación a la práctica de autocuidado según la composición familiar lo que conviven con hijos, nietos (familia extensa) representan tener un nivel de autocuidado bueno con el 28,3%; seguido de los que viven solo con el cónyuge con 16,7% y en un menor porcentaje los viven solo con 8,3%.

Según la funcionalidad familiar tiene un nivel de autocuidado bueno los que tienen un Apgar familiar funcional con un 30%, seguidos de un 23,3% quienes tiene un Apgar familiar disfuncional leve existiendo también un menor porcentaje con un autocuidado regular y deficiente en un 13% y 10% respectivamente.

Existiendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre las prácticas de autocuidado y factor familiar como: funcionalidad familiar según Apgar (**0,023**).

TABLA N° 9

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**

FACTORES FAMILIARES	CAPACIDAD FUNCIONAL						Total		X ²	Valor (P)	
	Dependiente		Moderadamente Independiente		Independiente						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Composición Familiar											
Familia Extensa (Vive con Hijos, Nietos)	2	3,3%	4	6,7%	29	48,3%	35	58,3%	2,975	0,812	
Familia Nuclear (Vive con Cónyuge)	0	0,0%	1	1,7%	15	25,0%	16	26,7%			
Familia Mononuclear(Vive solo)	0	0,0%	0	0,0%	7	11,7%	7	11,7%			
Familia Expandida(Vive con Otros)	0	0,0%	0	0,0%	2	3,3%	2	3,3%			
Funcionalidad familiar Apgar Familiar											
Disfunción Severa	0	0,0%	1	1,7%	5	8,3%	6	10,0%	2,931	0,569	
Disfunción Leve	2	3,3%	2	3,3%	24	40,0%	28	46,7%			
Funcional Normal	0	0,0%	2	3,3%	24	40,0%	26	43,3%			

FUENTE: Influencia de los factores familiares en la capacidad funcional de los Adultos Mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016. Aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

Los factores familiares en relación a la capacidad funcional según la composición familiar lo que conviven con hijos, nietos (familia extensa) representan tener un nivel de independencia, moderada independencia y dependencia con el 48,3%; 6,7% y 3,3% respectivamente, mientras lo que viven con cónyuge un 25% y lo que viven solos con 11,7% reportaron ser independientes.

Según la funcionalidad familiar son independientes y con un Apgar familiar funcional un 40%, seguidos de un 40% quienes tiene un Apgar familiar disfuncional leve, existiendo también un menor porcentaje con un Apgar familiar disfuncional severo representado así por un 8,3%.

Observándose que no existe ninguna relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su capacidad funcional y los factores familiares.

TABLA N° 10
INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES EN LA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016

FACTORES CULTURALES	PRACTICAS DE AUTOCUIDADO						Total		X ²	Valor (P)
	Nivel de Autocuidado Deficiente		Nivel de Autocuidado Regular		Nivel de Autocuidado Bueno					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel de Instrucción										
Sin Instrucción	3	5,0%	5	8,3%	5	8,3%	13	21,7%	4,394	0,624
Primaria	9	15,0%	5	8,3%	17	28,3%	31	51,7%		
Secundaria	2	3,3%	3	5,0%	8	13,3%	13	21,7%		
Superior	0	0,0%	1	1,7%	2	3,3%	3	5,0%		
Religión que Profesa										
Católica	5	8,3%	12	20,0%	16	26,7%	33	55,0%	12,883	0,045
Mormón	3	5,0%	1	1,7%	1	1,7%	5	8,3%		p<0,05
Sétimo día	4	6,7%	0	0,0%	7	11,7%	11	18,3%		
Otros	2	3,3%	1	1,7%	8	13,3%	11	18,3%		
Participa en Eventos Religiosos										
Siempre	5	8,3%	12	20,0%	26	43,3%	43	71,7%	11,856	0,018
A Veces	6	10,0%	1	1,7%	4	6,7%	11	18,3%		p<0,05
Nunca	3	5,0%	1	1,7%	2	3,3%	6	10,0%		
Participa de Actividades										
Siempre	8	13,3%	7	11,7%	23	38,3%	38	63,3%	4,586	0,332
A Veces	3	5,0%	3	5,0%	7	11,7%	13	21,7%		
Nunca	3	5,0%	4	6,7%	2	3,3%	9	15,0%		
Formas de Atención de la Salud										
Atención en Centro de Salud	14	23,3%	12	20,0%	29	48,3%	55	91,7%	2,173	0,704
Curandero, Huesero	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	2	3,3%		
Automedicación	0	0,0%	1	1,7%	2	3,3%	3	5,0%		

FUENTE: Influencia de los factores culturales en la práctica de autocuidado de los Adultos Mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016.
Aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

Factores culturales en relación a la práctica de autocuidado, encontramos que dentro los que estudiaron la primaria el 28,3% representa a los mantienen un autocuidado bueno, seguidos de un 15% quienes tienen un nivel de autocuidado deficiente, asimismo encontramos que un 13% de los que estudiaron a secundaria representan tener un nivel de autocuidado bueno.

Los católicos representan tener un nivel de autocuidado bueno y regular con el 26,7% y el 20% respectivamente, seguidos de un 13,3% que son de otras religiones, quienes mantiene un nivel de autocuidado bueno y en un menor porcentaje encontramos a los de Sétimo día con nivel de autocuidado deficiente representado así por el 6,7%.

Según la participación en eventos religiosos a los que participan siempre se observa que mantienen un nivel de autocuidado bueno y regular con 43,3% y 20% respectivamente seguidos de los que a veces participan y son quienes mantiene un nivel de autocuidado deficiente, de igual manera se observa que los que siempre participan en actividades de la comunidad tiene un nivel de autocuidado bueno, regular y deficiente con un 38,3%; 11,7% y 13,3% respectivamente.

Observándose así que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre las prácticas de autocuidado y los factores culturales como: religión que profesa (**0,045**) y la participación en eventos religiosos (**0,018**).

TABLA N° 11

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**

FACTORES CULTURALES	CAPACIDAD FUFNCIONAL						Total		X ²	Valor (P)
	Dependent e		Moderadament e Independiente		Independient e					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel de Instrucción										
Sin Instrucción	1	1,7%	4	6,7%	8	13,3%	13	21,7%	13,344	0,038 p<0,05
Primaria	1	1,7%	0	0,0%	30	50,0%	31	51,7%		
Secundaria	0	0,0%	1	1,7%	12	20,0%	13	21,7%		
Superior	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	5,0%		
Religión que Profesa									3,684	0,719
Católica	2	3,3%	2	3,3%	29	48,3%	33	55,0%		
Mormón	0	0,0%	0	0,0%	5	8,3%	5	8,3%		
Sétimo día	0	0,0%	2	3,3%	9	15,0%	11	18,3%		
Otros	0	0,0%	1	1,7%	10	16,7%	11	18,3%		
Participa en Eventos Religiosos										
Siempre	1	1,7%	4	6,7%	38	63,3%	43	71,7%	2,126	0,713
A Veces	1	1,7%	1	1,7%	9	15,0%	11	18,3%		
Nunca	0	0,0%	0	0,0%	6	10,0%	6	10,0%		
Participa de Actividades										
Siempre	0	0,0%	2	3,3%	36	60,0%	38	63,3%	5,411	0,248
A Veces	1	1,7%	2	3,3%	10	16,7%	13	21,7%		
Nunca	1	1,7%	1	1,7%	7	11,7%	9	15,0%		
Formas de Atención de su Salud										
Atención en de Centro de Salud	2	3,3%	5	8,3%	48	80,0%	55	91,7%	0,712	0,949
Curandero, Huesero	0	0,0%	0	0,0%	2	3,3%	2	3,3%		
Automedicación	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	5,0%		

FUENTE: Influencia de los factores culturales en la capacidad funcional de los Adultos Mayores del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016. Aplicada en Agosto – Setiembre 2016.

INTERPRETACION

En la tabla N° 11 los factores culturales en relación a la capacidad funcional, son independientes los que estudiaron la primaria con 50%, seguidos de los estudiaron la secundaria con 20%, los que no estudiaron con 13,3% observándose así que los que estudiaron nivel superior solo representan a los independientes.

Obsérvese también que presentan una independencia los católicos con 48,3%, seguidos de otras religiones con 16,7%, sétimo día 15% y en un menor porcentaje los mormones con 8,3% quienes solo representan a su vez tener solo un nivel de independencia.

De los que siempre participan en eventos religiosos mantienen una independencia un 63,3%, seguidos de los que a veces participan con 15% y en un menor porcentaje lo que nunca participan pero tienen grado de independencia con 10%.

Se observa que son independientes los que siempre participan en actividades de la comunidad con el 60%, seguidos de los que a veces participan con 16,7% y finalmente un 11,7% nunca participa de las actividades de la comunidad.

Según la forma de atención de su salud el mayor porcentaje de independencia lo tiene quienes se hacen atender en un centro de salud

con el 80% y en un menor porcentaje lo tienen los que se auto medican con 5%.

Observándose que existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el autocuidado según su capacidad funcional y el factor cultural como: nivel de instrucción (**0,038**).

4.2. DISCUSIÓN

En la tabla del N°1 al 5, observamos, que los adultos mayores del club Pablo II, presentan un perfil con las siguientes características, es una población donde predominan las mujeres con el 58,3%; las edades entre los 60 – 69 años están en mayor porcentaje con 47%, encontrándose no muy lejos de los 70 -79 años con el 35% y con una significativa concentración del 23,3% quien sobrepasa los 80 años, son viudos, casados en su mayoría con 40%, reciben apoyo social por el SIS con el régimen subsidiado y el club de Adulto Mayor, su procedencia lidera de Puno y seguido de Tacna, cuentan con casa propia la que en su mayoría están semiconstruida y tienen servicios básicos, trabajan en la chacra, mercados eventualmente vendiendo, por ellos son considerados trabajadores activo un 55% mucho de ellos reciben apoyo familiar en un 31,7% manteniendo así buenas relaciones con la familia y la comunidad.

Estos resultados son similares a los resultados obtenidos por:

Varela y Pinedo L. (37), en su estudio perfil clínico funcional y socio familiar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú evaluó un total de 501 adultos mayores, la edad media fue de

71,5 años +/- 8,9 años y el rango de la edad fue de 60 A 99 años; 47,7% tenían entre 60 a 69 años; 32,9% eran de 70 a 79 años y 19,4% fueron de 80 años, según el género fueron de sexo femenino 62%, el 19,6% eran solteros o viudos, 65% contaba con algún seguro de salud y en caso de presentar algún problema de salud 72,8% acudían algún establecimiento del sector público , 17% al sector privado.

Camacho y Lachuma I. (13), en su investigación de prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión del adultos mayores C.S. de octubre Iquitos – 2013 estudio a 86 adultos mayores donde determino que el 54,7% son mujeres la edad promedio fue de 71,26 años , el 64% se encuentra entre 60 a 74 años y el 36% entre 75 a 79 años , 68,6% son casados , 75% contaba con algún tipo de seguro de SIS o ESSALUD , 53,5% dependen económicamente de sus familiares, mientras que un 38,5% dependían económicamente de si mismo, el 77,9% tiene educación primaria y la religión católica predomina con 79%.

Con estos estudios realizados en diversas zonas del Perú podemos deducir que Tacna cuenta con una mayor esperanza de vida, ya que dentro de la población en estudio hayamos adultos mayores que sobrepasan los 90 años, siendo esto un indicador que con

mayor razón tanto la familia como las instituciones se deben sentir comprometidas en favor a esta etapa de vida.

Villareal y Month G.(38) en sus estudio condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia-2012) evaluó a 275 adultos mayores donde se encuentro que el 61% de su población eran de sexo femenino, tienen edades entre 65 – 74 años (68,4%) y en su gran mayoría son viudos (38,5%), afiliados al sistema de Seguridad social través del régimen subsidiado en un 73,2%, el 71,6% se dedica a ayudar en el hogar, 23,2% a varios oficios .

Los adultos mayores en estudio pertenecen a una familia extensiva donde viven con hijos y nietos, en muchas ocasiones cumplen el rol de padre con sus nietos, sobrecargando de esta manera la etapa por la que atraviesa el adulto mayor, siendo esto, un indicio de conflictos dentro de la familia, la cual conllevaría a los resultados que obtuvimos de Apgar familiar con disfunción leve.

Culturalmente más de 50% refirió haber estudiado la primaria, encontrándose un porcentaje significativo del 21,6% con analfabetismo, son de religión católica más de 50% y les gusta participar de las actividades de la iglesia y comunidad asistiendo a

misas, eventos religiosos, pasacalles, desfiles, sintiéndose de esta manera más activos.

A pesar de que en el Perú se realizaron programas de educación básica para los adultos mayores, en cierto modo dichos programas no lograron cubrir toda la demanda siendo esto indicativo de que actualmente existen adultos mayores que no son capaces ni de firmar una hoja, persistiendo el analfabetismo en un porcentaje significativo dentro de esta etapa de vida.

Camino S. (39), en su investigación de capacidad autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores, que acuden al centro Salud tablada de Lurín, 2011. Observo, referente al grado de instrucción que tiene primaria incompleta (36,9%), no cuentan con instrucción alguna (23,9%) y tienen primaria completa (23,9%).

Varela y Pinedo L. (37), respecto a las características socio familiares 71% pertenecían a familias nucleares, 8% vivían solos y según Apgar familiar tuvieron disfunción familiar.

Los resultados concuerdan con los datos emitidos por el INEI en el I trimestre del presente año sobre la situación actual de la población adulta mayor, donde indica que de cada 100 adultos

mayores mujeres, 87 son varones, cuyas cifras justifican nuestro resultado hallado en la presente investigación.

Según el informe técnico del INEI, al IV trimestre del año 2015 el 37,6% de los hogares del país tenían entre sus miembros al menos una persona de 60 a más años de edad, dicho dato nos conlleva a certificar que los adultos mayores del Club Juan Pablo II pertenecen a una familia extensa en un 58,3%, difiriendo estos datos con los del INEI, ya que el 46,7% son hogares nucleares (viven con cónyuge); 25,5 son extensas, 20,7% son unipersonales.

En cuanto al nivel educativo alcanzado el 43,9% alcanzo a estudiar la primaria, el 21,4% la secundaria; 17,7 no cuenta con un nivel educativo coincidiendo con el resultado en cantidades con esta investigación.

Del total de la población adulta mayor de 60 a más años el 79,2% tiene algún seguro de salud, sea público o privado, el 41,6% acceden al SIS y a ESSALUD.

Según el INEI y el ENAHO, los adultos mayores que están incluidos en la PEA (población económicamente activa) representan el 58,3% de la población en general del adulto mayor a

nivel nacional, coincidiendo con los datos obtenidos en esta investigación.

Encontramos algunos datos que difieren de los obtenidos en esta investigación como es el caso de tipo de atención de salud, según el Plan Nacional para las personas adultas mayores de 2013 – 2017, se refirió que el aseguramiento en salud de la población de 60 a más años de edad acceden al Sistema de aseguramiento de ESSALUD (33,1%) y el 27,1% es atendido por el Seguro Integral Salud, datos contrarios a los obtenidos.

Teniéndose en cuenta que los datos emitidos por el INEI no representan la realidad de los adultos mayores del CPM La Natividad, y considerándose de vital importancia, que las entidades de salud inmediatas, tengan conocimiento que existen gran proporción de adultos mayores que son atendidos en los establecimientos de Salud de MINSA mediante el SIS con el régimen subsidiado, para ello considerarlo para que en un futuro no muy lejano se implementen consultorios con personal especializado y capacitado para la atención exclusiva de los adultos mayores que cada año van en aumento, solo así se les podrá realizar una atención completa y de calidad.

Al nivel nacional y local coincidimos en que el nivel de educación de los adultos mayores se concentra en el nivel primario y analfabetismo, por ende es que los adultos mayores que actualmente pertenecen a la PEA laboran en oficios como comercio en mercados, calle, agricultura laborando desde muy tempranas horas de la mañana y altas horas de la tarde, exponiendo su salud e integridad.

A medida que avanzan los años la pirámide poblacional de la etapa adulta mayor va tomando más cuerpo, para ello debemos estar preparados para afrontar cada una de las situaciones que de ellos emana, tanto a la familia como la sociedad debe ser partícipe del gran cambio social demográfico que se viene dando.

La población en estudio presenta en su mayoría una práctica de autocuidado bueno y una capacidad funcional independiente.

Diversos estudios revelan similares resultados emitidos por :

Ruiz y Campos L. (40) en su investigación observo que la mayoría (79,4%) de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del Callao son independientes, es decir si realizan las actividades básicas de la vida sin depender de alguien, 10% son dependientes parciales y 10% son dependientes totales.

Sin embargo se observaron en ambos estudios que a mayor edad aumenta el nivel de dependencia.

En la Tabla N°6, al relacionar los factores sociales con las prácticas de autocuidado se observa que el nivel de autocuidado bueno es representado por mujeres con el 28,3% ligeramente mayor al del varón 25%, manifestándose así con el nivel de autocuidado regular, sin embargo este ligero porcentaje desaparece y se muestra un panorama totalmente diferente donde se constata que las mujeres a pesar de ser consideradas como las primeras cuidadoras de la salud de su familia, creyendo así que la mujer da el ejemplo cuidando bien de su salud, sin embargo los resultados no lo siguen evidenciando en el nivel de autocuidado entre los varones y las mujeres, encontrándose en el grupo de estudio que el sexo femenino es quien presenta mayor porcentaje de 16,7% en relación al nivel del autocuidado deficiente frente al sexo masculino del 6,7%; con estos resultados decidimos que a pesar que la mujer se ha dedicado más que el varón a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor que su pareja, pues es una actividad que no lo incorpora a su ritmo de vida y no lo ve como parte esencial para cuidar de su salud y bienes.

Generalmente se puede decir que los adultos mayores tienen un nivel de autocuidado bueno, ya que lo representan estadísticamente con el mayor porcentaje de 53,3%.

En cuanto a la edad se constató que a mayor edad el individuado va perdiendo las capacidades de su autocuidado, observando así que las personas de 60 a 69 años tienen un nivel de autocuidado bueno, al que los de 70 a 79 años en un menor porcentaje con 16,7% y los de 80 a mas solo un 8,3%; en relación al nivel de autocuidado se vio representado por los adultos mayores entre 70 a 79 años y con nivel de autocuidado de 11,7% de 80 a más años, estadísticamente existe influencia significativa en la práctica del autocuidado.(0,032) ($P < 0,05$).

Estos resultados son similares a los reportados por:

Millán M. (10), con su investigación evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad obtuvo que al relacionar la edad con el nivel de autocuidado se constató que no obstante el déficit cognoscitivo perceptivo, tiene un comportamiento superior en las edades comprendidas entre los 60 y 69 años, en los mayores de 80 años se evidencia un aumento en el déficit parcial y total de comparación con las edades

precedentes , el sexo femenino manifiesta que tiene menos nivel de autocuidado bueno en relación al sexo masculino.

Se observó según los resultados que los adultos mayores que mantienen el nivel de autocuidado bueno, son viudas procedentes de puno, residen en casa propia semi construida con servicios básicos, trabadores activos, mantienen buena relación con la comunidad y la familia, forman parte del club Juan Pablo II de adultos mayores y al SIS con régimen subsidiado.

Con nivel de autocuidado regular encontramos a los casados, son procedentes de puno, tiene casa propia y semi construida con servicios básicos, trabajadores activos, se relacionan con la comunidad y forman parte del club adultos mayores de Juan Pablo II y al SIS con régimen subsidiado.

Con nivel de autocuidado deficiente tenemos a los casado, procedentes de Tacna con casa propia semiconstruída con servicios básicos, reciben apoyo familiar, se relacionan con la comunidad y la familia, forman parte del club adulto mayor Juan Pablo II y al SIS con régimen subsidiado.

Estadísticamente la edad, el tipo de residencia y el material de vivienda donde residen tiene un alto nivel de significación del 5%

donde se comprueba que los factores sociales influyen en la práctica de autocuidado del adulto mayor del club Juan Pablo II.

En la tabla N°7, al relacionar los factores sociales con la capacidad funcional, se observó que las mujeres tienen mayor grado de independencia al respecto a los varones, en los primeros años de adultez mayor esta capacidad funcional se mantiene entre los 60 – 69 años, viéndose deteriorado o en grados de limitación a medida que avanzan los años.

A pesar que se ha visto que la edad avanzada influye en la capacidad funcional no se reportó ningún caso de dependencia entre los 80 a más.

Se observa que los adultos mayores en estudio conservan una capacidad funcional independiente en su mayoría son casados procedentes de puno, en casa propia semiconstruída con servicios básicos, trabajadores activos en cuanto al porcentaje que reciben apoyo familiar, mantienen buenas relaciones en la comunidad y familia y forman parte del club adulto mayor y SIS.

Estadísticamente la situación económica y las relaciones sociales tienen nivel de significancia del 5%, el cual significa que existe

influencia significativa con el autocuidado del adulto mayor según su capacidad funcional.

En la tabla N°8, al relacionar los factores familiares con la práctica del autocuidado del adulto mayor observamos que aquellos que tienen un nivel de autocuidado bueno viven con los hijos y nietos y presenta un Apgar familiar funcional, situación que va en descenso, al vivir con la pareja o solo.

La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia, es la familia la institución más importante donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

Con un nivel de autocuidado regular obtuvimos que los adultos mayores viene de familias extensas con un Apgar familiar en disfunción leve, dándose las mismas características y en similares porcentajes los que presentan al nivel de autocuidado deficiente.

Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos al vivir dentro de la familia de los hijos, pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo

general muy serias, llegando a convertirse en una crisis de disfuncionalidad, donde el adulto mayor cada vez que enferma requiere de mayor apoyo de la familia sintiéndose en muchas ocasiones desolado, a pesar de vivir dentro de una familia extensa.

La mejor solución es el de aceptar al adulto mayor con sus fuerzas , habilidades y limitaciones permitiéndole ser independiente hasta donde el adulto mayor lo demuestre y del mismo modo el hijo debe ser tolerante y tener la habilidad de aceptar el papel del rol cuidador considerándolo en cada una de las actividades que se realicen como parte de la familia que es, debe comunicarse y dejar que el adulto mayor exprese sus emociones sin temor alguno y sea a la vez participe del desarrollo de la familia, ya que los adultos mayores tienen mucho por contribuir, tienen sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y estos a su vez serán más felices.

Estadísticamente se obtuvo un nivel de significancia entre la funcionalidad familiar y a capacidad de autocuidado con un valor $p < 0,023$.

En la tabla N° 9, al relacionar los factores familiares con la capacidad funcional obtuvimos que son independientes aquellos adultos mayores con familias extensas y con su Apgar familiar de funcionalidad y disfuncionales en iguales porcentajes al 40%, no existiendo algún tipo de influencia estadísticamente en el autocuidado según su capacidad funcional.

El adulto mayor al estar inmerso en un ambiente donde hay mayor cantidad de personas como los hijos, nietos, nueros los hace ser unas personas independientes que en muchas ocasiones hasta cuidan de los nietos en ausencia de los padres, realizan labores básicas en casa como cocinar, lavar, realizar compras, etc.

En la tabla N°10, al relacionar los factores culturales con la práctica de autocuidado se puede decir que se caracterizan por alcanzar la primaria, son de religión católica, participan en eventos religiosos y de actividades de la comunidad, su forma de atención en salud es mediante el SIS, se diferencia por los porcentajes obtenidos en los niveles de autocuidado bueno, regular y deficiente.

Aunque queda en claro que la religión católica y su participación en eventos religiosos influyen estadísticamente en la práctica de

autocuidado del adulto mayor con una significancia de $p < 0,045$ / $p < 0,018$ respectivamente.

Esto nos hace pensar que el asistir continuamente a una institución religiosa, hace de que el adulto mayor interactúe más con las personas de su alrededor, creyendo todo lo que se les dice en relación a su autocuidado, por ello es que encontramos porcentajes variados y correlativo en cuanto su nivel de autocuidado.

En la tabla N° 11, al relacionar los factores culturales con la capacidad funcional se muestra que del 88% de los adultos mayores con capacidad funcional independiente; 50% estudiaron primaria; 48,3% son de religión católica; 63,3% participan de eventos religiosos y 60% de la comunidad; 80% prefiere ser atendido en un centro de salud(SIS) bajo régimen subsidiado.

Probándose estadísticamente con un valor de significancia $p < 0,038$ que el nivel de instrucción influye en el autocuidado del adulto mayor según la capacidad funcional.

El nivel de instrucción es muy importante en esta etapa de vida, porque les permite acceder fácilmente a la educación brindándoles una oportunidad para mejorar su independencia y autonomía, sin embargo los adultos mayores del Club Juan Pablo II a pesar de

contar con un nivel básico de instrucción mantienen un nivel de independencia optimo, debido a que al no conocer otros sistemas de salud se dejan guiar fácilmente por diversas personas como la familia, vecinos y el personal de salud, poniendo en práctica cada recomendación dada por sus familiares, vecinos confrontadas por el personal de salud en cada una de las sesiones educativas brindadas ya sea en sus controles o en el mismo club del adulto mayor.

Para Mauk (29) el mantener la máxima independencia funcional va a permitir un mejor autocuidado en la vejez, entendido este como el valerse por sí mismo para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria, permitiendo el desarrollo personal que trascienden a las etapas de la vida, bienestar y la máxima calidad de vida.

Así mismo, OPS/OMS (2003), refiere que desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de funcionalidad y satisfacción personal y cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo actividades de la vida diaria, la funcionalidad está indemne. El profesional de enfermería tiene un papel relevante en el primer nivel de atención especialmente cubriendo con los lineamientos de políticas como: Promover la comunicación y

educación para la salud de las personas adultas mayores, familia y comunidad.

Orem propone que la teoría de los sistemas enfermeros, unifica e incluye todos los elementos esenciales y comprende tanto la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado, los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de regular el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado, en este contexto el rol de la enfermera, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar por otro, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

Por tal motivo, el profesional de enfermería y las actividades de promoción y educación para la salud del adulto mayor, actúa prioritariamente sobre los siguientes aspectos: autocuidado de la persona adulta mayor, estilos de vida saludable, proceso de envejecimiento, uso racional de medicamentos, prevención del deterioro cognitivo, etc. dirigidas a los mayores, a sus familiares y cuidadores.

CONCLUSIONES

- El perfil de la muestra según los factores sociales de los adultos mayores estudiados es el siguiente: 58,3% son del sexo femenino, 41,7% tiene entre 60 a 69 años, seguidos de un 35% entre los 70 a 79 años y un significativo 23% representa a los de 80 años a mas, 40% son casados; 48,3% son procedentes de Puno; 58,3% viven en casa propias y cuentan con servicios básicos, 55% pertenece a la PEA; 71,7% mantiene buenas relaciones sociales con la comunidad y familia y el 81,7% recibe apoyo social por parte del SIS con régimen subsidiado y el 100% de la población en estudio pertenece al Club del Adulto Mayor Juan Pablo II, y según los factores familiares de los adultos mayores el 58,3% pertenece a una familia extensa donde conviven con hijos, nietos y con la presencia de un Apgar familiar de disfunción leve con 46,7%.
- Según los factores culturales de los adultos mayores el 51,7% estudio la primaria existiendo un significativo porcentaje de analfabetismo 21,7%, 55% son católicos; 71,7% participa de

eventos religiosos, 63,3% participa de las actividades de la comunidad y el 91,7% prefiere ser atendido en un centro de salud cada vez que enferman.

- En cuanto a la Práctica de autocuidado de los adultos mayores del Club Juan Pablo II; 53,4% tiene un nivel de autocuidado bueno, seguido de 23,3% tiene un nivel de autocuidado regular y 23,3% tiene un nivel de autocuidado deficiente y en cuanto a la capacidad funcional el 88,4% son independientes en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

- Las variables que mostraron influencia significativa estadísticamente al relacionar factores sociales, familiares y culturales con el autocuidado del adulto mayor según su práctica y capacidad funcional son: la edad, tipo de residencia, tipo de material de vivienda, funcionalidad familiar según Apgar familiar, religión que profesan, participación en eventos religiosos, situación económica, las relaciones sociales que mantienen el adulto mayor con la comunidad y familia y el nivel de instrucción.

RECOMENDACIONES

- Realizar más investigaciones en diversos puntos de la ciudad para tener un mejor panorama actual de la situación socio familiar y cultural del adulto mayor de Tacna, para que así la dirección Regional de Tacna tome medidas para mejorar la situación actual por la que atraviesa esta etapa de vida.
- Socializar los resultados de la presente investigación con las diversas instituciones como el centro de salud, club de adultos mayores y se tome en consideración para mejorar la atención en cada uno de las instituciones.
- Diseñar programas de capacitación, especialización y actualización para los profesionales de la salud, con el fin de mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud de la ciudad.

- Elaborar programas de intervención que promueva la participación de más adultos mayores, que incluyan la práctica de autocuidado y fortalezca la independencia funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) favoreciendo en el bienestar biológico, físico, mental, social y cultural del adulto mayor.
- Fortalecer las intervenciones de promoción del autocuidado del adulto mayor, realizando un monitoreo y seguimiento de cada una de las acciones aprendidas por el adulto mayor.
- Considerar la posibilidad de implementar consultorios equipados y especializados en cada uno de los establecimientos de salud, incorporando profesionales capacitados como médicos geriatra, enfermeras especializadas en geriatría, para la atención exclusiva de esta etapa de vida, ya que año a año incrementa más la demanda de pacientes geriátricos a nivel regional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017.Publicado por Minsa. Disponible en la página Web: [citado 2015 Diciembre 20]
http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
2. Pagina oficial de la Organización de las naciones unidas
<http://www.embajadaabierta.com/la-onu-y-la-tercera-edad-los-derechos-de-los-adultos-mayores/>
3. Página oficial de la Organización mundial de Salud, envejecimiento disponible en la pagina web: <http://www.who.int/ageing/es/>
4. Página oficial del instituto nacional de estadística e informática, Situación de la Población Adulta Mayor Indicadores el Adulto Mayor Octubre - Noviembre-Diciembre2015. Disponible en la pagina web:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe_tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf)

5. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores Publicado por el Ministerio de Salud (MINSA). 2006
6. Perú-Tacna :Encuesta Demográfica y de Salud Familiar–ENDES 2015
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html
7. Área de logística y estadística. Plan de salud local 2016. Centro de Salud La Natividad.
8. Orem D. Teoría del Déficit de Autocuidado. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Harcourt-Brace. 1983.pg 55
9. Sepúlveda y Rivas R. Perfil Socio- Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados: Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2015 Noviembre 17]; :49-61. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000300007&lng=es. <http://dx.doi>

10. Milan M. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Dic [citado 2015 nov 08] ; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319201000400007&lng=es.
11. Yabar P., Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007 Rev. peru. epidemiol. Vol 13 No 3 Diciembre 2009 (Artículo Original) 1 de 7 (Citado 2016 Enero 11) Disponible en : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13_n3/pdf/a08v13n3.pdf
12. Garcilazo S. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de salud “Ollantay” Lima - 2014 ”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM – Lima- Perú 2014.

13. Camacho S. Y Lachuma I. Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión Centro de Salud 9 de Octubre - 2013". Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNAP – Iquitos- Perú 2014.
14. Fernadez .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, Tesis para optar Lic. en Enfermería, 2006.
15. Pacci N. En la tesis factores socioculturales y el autocuidado del Adulto mayor del Club Adulto Mayor fundadores de Ciudad Nueva Tacna-2009. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tesis para optar Lic. en Enfermería, 2009.
16. Huallpa J. 2014 en su estudio "Determinar la Relación entre el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre el Autocuidado del Adulto mayor del Club de San Francisco del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tesis para optar Lic. en Enfermería, 2014.

17. Organización Panamericana de la Salud. (OPS/OMS). (2015). Guía Clínica para atención Primaria a las persona adultas mayores. Washington: DC: 2015 OPS/OMS
18. Zohonero, Martin . Economía del envejecimiento, Madrid.Consejo económico y social 2000
19. Rubio, S., . Teorías del Envejecimiento .Editor, Felipe Martínez Arronte, Academia 2, Tópicos de Gerontología, 1º Edición, 1998
20. Leitón, Z., Y Ordoñez Y. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de Información para Profesionales. 2003.
21. Zavala M. et al Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Revista Ciencia y Enfermería Vol. 12 N° 2 [versión en línea] Concepción Diciembre 2006 [citado 2016 junio 11] Disponible en :
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006002&script=sci>

22. Melgar F. Geriatria y gerontología para el médico internista Grupo Editorial La Hoguera, 2012 p.644, 15 cm. x 21 cm. 1.a edición, La Hoguera
23. Pinazo H. Y Sánchez M. Gerontología : Actualización, innovación y propuesta editado en Madrid 2005, reimpreso , 2006
24. Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2015, mercados y regiones , estadísticas. Perú 2015 . Disponible en :
www.inei.go.cr/mutimedia/enaho2016-principales-resultados
25. Suarez M., Alcalá M. Apgar Familiar: Una Herramienta para detectar Disfunción Familiar. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2016 Nov 02] ; 20(1): 53-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/sciELO.phpscript=sci_arttext&pid=S17260&Ing=es.
26. Cuidado y Autocuidado de las personas Adultas Mayores
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/adulto/materiales/pdf>

27. Leitón, Z., Y Ordoñez Y. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Manual de Información para Profesionales. 2003. MIMDES-PERÚ, INABIF. Lima: OPS/OMS-Perú
28. Díaz O. et. al nutrición y hábitos saludables Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 mayo 07] ; 14(6): 548-553. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864600007&lng=es
29. Mauk K. Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana. 2008
30. Papalia D., Sterns H., Feldman R. y Camp C. Desarrollo del Adulto y Vejez. 3era. ed. México: Mc-Graw-Hill Educación. 2009
31. Cuenca C. Ocio y Mayores. Reflexiones prácticas desde la Universidad. Conferencia V Jornada Municipales Familia y Comunidad. Ayuntamiento de la Villa de Agüimes. Gran Canarias. 19-21 Marzo 2009

32. Yuste N. Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. En Yuste, N; Rubio, R. y Aleixandre, M. Introducción a la Psicogerontología. Madrid: Ediciones Pirámide. 2004.
33. Kail R. y Cavanaugh J. Desarrollo Humano. Una Perspectiva del Ciclo vital. 3era. ed. México: Thomson. 2006.
34. Orem D. Teoría del Déficit de Autocuidado. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Harcourt-Brace. 1983.
35. Marriner A. Modelos Teorías de Enfermería. 7° ed. España Elsevier. 2008.
36. Canales F. et al. Metodología de la investigación “Manual para el desarrollo de personal de salud” 1998 (pg. 287) pg131-148 editorial Limusa Washington 1° ed.
37. Varela J. y Pinedo L. Perfil clínico funcional y socio familiar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Revista

internacional UPCH Rev. méd. hered; 24(3):199-203, jul.-sept. 2013.

graf, tab. Disponible en :

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

38. Villareal G. y Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Artículo original Vol. 28, N° 1, 2012 ISSN 0120-5552. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (1): 75-87
39. Camino S. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2011, tesis para optar el título profesional de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos, Lima – Perú 2012.
40. Ruiz L. y Campos M. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006, Rev. Perú Méd Exp Salud Pública. 2008; 25(4): 374-79.

ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 6523-2016-FACS-UNJBG

Tacna, 20 de julio del 2016

VISTO:

El Oficio N° 363-2016-ESEN/FACS, remitido el 19.07.2016, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Est. Hossana Zolams Saavedra Olaya, y

CONSIDERANDO:

Que, la Bach. Est. Hossana Zolams Saavedra Olaya, de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 198-2016-ESEN/FACS, remitido el 19.07.16, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016**, presentado por la Est. Hossana Zolams Saavedra Olaya, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María del Carmen Silva Cornejo;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesor a la Dra. María del Carmen Silva Cornejo, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis a partir de la fecha;

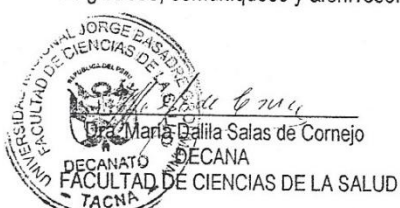
De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

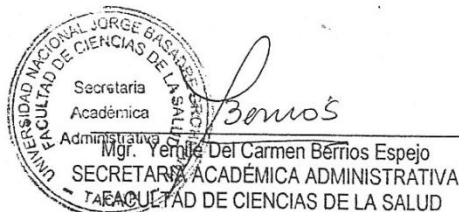
ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora la Dra. María del Carmen Silva Cornejo, del Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016**, presentado por la Est. Hossana Zolams Saavedra Olaya, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Est. Hossana Zolams Saavedra Olaya, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Distrib.: ASESOR., Interesado., Arch.



YDCBE/tr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:, de años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que habiendo sido invitado(a) a participar en la investigación “Factores Socio familiares y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor en el Club Juan pablo II, CPM La Natividad, Tacna -2016 ”, doy mi consentimiento para que la investigadora me realice una entrevista, aplique una encuesta, y otros acuerdos programados con fines de investigación; cuyo objetivo es el de mejorar el autocuidado del adulto mayor del CPM La Natividad en la ciudad de Tacna

Firma de la persona investigada

Firma de la Investigadora

Tacna, de..... del.....

“FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA – 2016”

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCCIONES

Estimado Sr. (a): El presente instrumento forma parte de un trabajo de Investigación que tiene como objetivo conocer los Factores Sociofamiliares y culturales que influyen en el Autocuidado del Adulto Mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad. Por lo que solicito su participación, a través de su respuesta valiosa e importante, expresándoles que es de carácter anónimo. La información proporcionada permitirá incrementar el conocimiento sobre el problema de estudio y así poder incentivar la mejora del programa del adulto mayor.

Agradezco anticipadamente su comprensión y participación.

I. FACTORES SOCIALES

41. Sexo :
a. Femenino
b. Masculino
42. Edad
a. 60 a 69 años
b. 70 a 79 años
c. 80 a mas
43. Estado civil :
a. Soltero /a
b. Casada /o
c. Separado/a
d. Viudo/a
e. Conviviente
44. Lugar de nacimiento
a. Tacna
b. Puno
c. Arequipa
d. Otros
45. Tipo de residencia
a. Propia
b. Alquilada
c. Cedida
d. Otra
46. Material de la vivienda
a. Construida con servicios básicos
b. Construida sin servicios básicos
c. Semiconstruida con servicios básicos
d. Semiconstruida sin servicios básicos
47. Situación económica
a. Trabajador activo
b. Jubilado
c. Pensión 65
d. Apoyo Familiar
e. Ninguno
48. Relaciones sociales
a. **Si se relaciona** con la comunidad y familia
b. No se relaciona con la comunidad
c. Si se relaciona con la familia
49. Apoyo Social
a. SIS
b. ESSALUD
c. Club de adulto mayor
d. Otro
e. Ninguno
46. Material de la vivienda
a. Construida con servicios básicos
b. Construida sin servicios básicos
c. Semiconstruida con servicios básicos
d. Semiconstruida sin servicios básicos

II. FACTORES FAMILIARES

1. Composición Familiar
a. Familia extendida(Vive con hijos, nietos)
b. Familia nuclear (Vive con Cónyuge)
c. Familia monoparental (Vive solo)
d. Familia extendida(Vive con otros)
2. Funcionalidad familiar – Apgar Familiar

a. Normo funcional 7 a 10 pts.	b. Disfunción leve 4 a 6 pts.	c. Disfunción severa. 0 a 3 pts.
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

III. FACTORES CULTURALES

CRITERIOS		CS	A	CN
		(2)	(1)	(0)
1	Estoy satisfecho porque puedo buscar ayuda en mi familia cuando algo me preocupa.			
2	Estoy satisfecho de la forma, como mi familia me cuenta sus cosas y comenta conmigo sus problemas.			
3	Estoy satisfecho de que mi familia acepta y apoya mis deseos cuando tomo nuevas actividades y decisiones.			
4	Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: enojo, dolor o amor.			
5	Estoy satisfecho de la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos			

1. Nivel de instrucción

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

2. Religión que profesa

- a. Católica
- b. Mormón
- c. Setimo día
- d. Otra

3. Participa de eventos religiosos de su comunidad

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

4. Participa de actividades recreativas organizadas por su comunidad

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

5. Formas de atención de su salud

- a. Atención en centro de salud
- b. Curandero, huesero
- c. Automedicación
- d. Remedios caseros

IV. AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR

ESCALA DE PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LEITON

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tiene el propósito de conocer la práctica del autocuidado en su vida diaria. A continuación se le leerá unas preguntas y usted debe responder con sinceridad, si las realiza siempre (S), a veces (AV) o nunca (N)

A. ASPECTO BIOLOGICO	S	AV	N
CUIDADO CON LOS OJOS			
1. Realiza manualidades o lecturas en sitios bien iluminados (luz artificial o natural)	3	2	1
2. Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches	3	2	1
3. Evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando	3	2	1
4. Tiene ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios y juegos de letras grandes	3	2	1
5. Visita al oculista por lo menos una vez al año	3	2	1
6. Acude al médico inmediatamente si presenta pérdida brusca de la visión, dolor visión doble, inflamación y lagrimeo	3	2	1
CUIDADO CON LOS OIDOS	S	AV	N
7. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabello, palitos de fosforo	1	2	3
8. Evita los ruidos fuertes	3	2	1
9. Usa remedios caseros o gotas indicadas por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida de equilibrio, zumbido del oído	1	2	3
10. Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostada a ponerse de pie)	1	2	3
11. Visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año	3	2	1
12. Acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír no comprende las palabras que le dicen o pide que le repitan	3	2	1
CUIDADOS DE PIEL	S	AV	N
13. Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana	3	2	1
14. Se da masajes por todo el cuerpo de preferencias en codos, coxis y rodillas.	3	2	1
15. Utiliza crema o aceite de bebe para su piel.	3	2	1
16. Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos especialmente entre los dedos del pie.	3	2	1
17. Examina su piel por lo menos 1 vez al mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento o aparición o cambios de lunares	3	2	1
18. Usa compresas o bolsillas de agua caliente para calentarse	1	2	3
CUIDADOS DE LOS PIES	S	AV	N
19. Se lava los pies a diario	3	2	1
20. Usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves)	3	2	1
21. Realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3 veces por semana	3	2	1
22. Se cambia de medias todos los días	3	2	1
23. Camina sin zapatos	1	2	3
24. Corta lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas	3	2	1
CUIDADO CON LA BOCA	S	AV	N
25. Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida	3	2	1
26. Usa hilo dental para retirar los restos de alimento.	3	2	1
27. Visita al dentista por lo menos una vez al año.	3	2	1
28. Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento o	3	2	1

sangrado al cepillarse, etc.			
29. Usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes.	3	2	1
30. Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas (se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuánto tiempo cambia su cepillo=máx. Cada 6 meses)	3	2	1
CUIDADO NUTRICINAL	S	AV	N
31. Ingiera una dieta balanceada y variada todos los días (por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes(pollo, pescado, res, soya, productos lácteos descremados(queso, leche, yogurt), quaker, fruta, jugos naturales, verduras(3), fideos, papa, yuca, camote, menestras, etc.	3	2	1
32. Le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hogdot, etc.	1	2	3
33. Ingiera 1 a 2 lt. de líquidos diarios	3	2	1
34. Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.	1	2	3
35. Evita el consumo excesivo de alcohol(más de 30ml/día)	3	2	1
36. Mantiene su peso ideal o el recomendado.	3	2	1
CUIDADO EN EL SUEÑO	S	AV	N
37. Duerme por lo menos 4horas seguidas en la noche	3	2	1
38. Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora	3	2	1
39. Consume una dieta liviana por las noches	3	2	1
40. Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir	1	2	3
41. Antes de dormir lee , escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño	3	2	1
42. Toma algún medicamento para dormir sin indicación medica	1	2	3
CUIDADO CON LA MEMORIA	S	AV	N
43. Realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria, como intenta memorizar, visualizando los rostros de personajes de la Tv, revistas o personas que han sido presentadas recientemente.	3	2	1
44. Cuando le presentan una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido	3	2	1
45. Tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc	3	2	1
46. Al acostarse visualiza a “todo lo que ha realizado durante el día ”	3	2	1
47. Le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído o escuchado	3	2	1
48. Esta al día con las noticias o novedades	3	2	1
CUIDADO CON LA ELIMINACION	S	AV	N
49. Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas	3	2	1
50. Realiza ejercicios para mejorar su micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento)(cuenta hasta 10 y luego los relaja los músculos)	3	2	1
51. Consume todos los días bebidas como café, coca cola, te, alcohol o bebidas con edulcorantes artificiales.	1	2	3
52. Mantiene un horario fijo para hacer su deposición	3	2	1
53. Usa laxante, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación	1	2	3
54. Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frejoles, brócoli, pan integral, etc	3	2	1
ASPECTO PSICOSOCIAL	S	AV	N
55. Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables	3	2	1
56. Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas etc.)	3	2	1
57. Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc)	3	2	1
58. Se reúne con sus familiares (parejas, hijos, nietos, hermanos, etc) para conversar aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.	3	2	1
59. ¿Adejado de interesarle actividades o cosas que antes hacía ?	1	2	3
60. Tiene deseos de seguir viviendo	3	2	1

61. ¿Está satisfecho con su vida?	3	2	1
62. Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida	3	2	1
63. Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.	3	2	1
64. Acepta su vida con sus triunfos y fracasos	3	2	1
65. Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez	3	2	1
66. Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría	3	2	1
67. Brinda muestras de cariño a sus familiares y amigos	3	2	1
68. Estas insatisfecho o inconforme con la vida sexual que tiene ahora	1	2	3
69. Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos	3	2	1
70. Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia	3	2	1
71. Permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted	1	2	3
72. Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc	3	2	1
73. Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto	1	2	3
74. Se preocupa por mantener una buena apariencia personal(limpio/a, arreglado/a, etc)	3	2	1
75. Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos	3	2	1
76. Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas	3	2	1
77. Se siente valioso, útil e importante a pesar de los cambios de su edad	3	2	1
78. Tiene miedo a la muerte	1	2	3
79. Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida	3	2	1
80. Fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su grupo religioso.	3	2	1
PUNTAJE TOTAL			

- Nivel de autocuidado deficiente : 80 – 133 puntos ()
- Nivel de autocuidado regular : 134 – 186 puntos ()
- Nivel de autocuidado bueno : 187 – 240 puntos ()

CAPACIDAD FUNCIONAL “Valoración de las actividades básicas de la vida diaria según el índice de Katz – Leitón”modificado por la autora

INSTRUCCIONES: A continuación se le leerá unas preguntas y usted debe responder con sinceridad, si las realiza sin ayuda (SA), con alguna ayuda (AA) o total ayuda (TA)

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)	SA	AA	TA
1. ¿Se lava y se baña?	2	1	0
2. ¿Se pone y se saca la ropa?	2	1	0
3. ¿Va al baño, se limpia y se arregla la ropa?	2	1	0
4. ¿Se levanta y acuesta de la cama por sí mismo?	2	1	0
5. ¿Controla la orina y la defecación?	2	1	0
6. ¿Come usted sus alimentos?	2	1	0
PUNTAJE TOTAL			

- Dependiente 0 - 2 pts. ()
- Moderadamente Independiente 3 – 11 pts. ()
- Independiente 12 pts. ()

ANEXO N°2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

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

FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016

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 instrumento, 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 el lenguaje utilizado en este instrumento 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. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

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

Firma del experto.

20/06/2016.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

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


 MINISTERIO DE SALUD
 C.S. LA INACTIVIDAD
 Lic. M. Del Pilar Cornejo Portugal
 C.E.P. 18230

Firma del experto

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

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

MINISTERIO DE SALUD
CLAS LA NATIVIDAD

ENF ADA MALDONADO PIMENTEL
CEP N° 13360

Firma del experto

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

① La ficha de Recolección de datos debe conservar el título del Estudio

② La escala de Katz es Calificativa. Sus valores deben ir del valor A al G.

③ Dentro de los factores familiares el ítem de Composición familiar describe los tipos de hogar (Según ENAHO) por lo que debe ser Catalogado como BI.

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Servicio Especialidades Médicas

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Servicio Especialidades Médicas

DRA. ELIZABETH GARBY ALIAGA DIAZ
MEDICO ASISTENTE
C.M.P. 43154 R.N.E. 24669

Firma del experto

VALIDACION DE EXPERTOS

PROCEDIMIENTO

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

N° de ITEM	EXERTOS				PROMEDIO
	I	II	III	IV	
1	5	4	4	5	4,5
2	5	4	4	5	4,5
3	5	4	4	5	4,5
4	5	4	4	5	4,5
5	5	4	5	5	4,75
6	5	4	5	5	4,75
7	5	4	4	5	4,5
8	5	4	5	5	4,75
9	5	4	5	5	4,75

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

$$\text{Donde DPP} = V(x-y_1) + (x-y_2) + (x-y_3) + \dots + (x-y_9) +$$

Donde x = Valor máximo de la escala concebida para cada ITEM
(5)

Y= promedio de cada ITEM.

En el presente trabajo de investigación la DPP es: 3,5

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

Donde $DPP = V(y_1-1) + (y_2-1) + (y_3-1) + \dots + (y_9-1)$

Y= valor máximo de la escala para cada ITEM.

El valor de los resultados de D máx.= 32,5

4. Con este último valor hallado se constituye una nueva escala valoratoria 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 : Escala adecuación

E : Inadecuación

5. El punto DPP debe caer en las zonas de A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue 3,5, cayendo en las zonas de A y B, lo cual significa que no habrá una reestructuración y el instrumento puede ser utilizado.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES

El criterio de confiabilidadⁱ se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron los siguientes :

INSTRUMENTO		Alfa de Cronbach	Nº de elementos
1	Factores Sociales.	0.615	9
2	Factores Familiares.	0.774	6
3	Factores Culturales.	0.611	5

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

1.- Factores Sociales.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,615	9

2.- Factores Familiares.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,774	6

3.- Factores Culturales.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,611	5

CONFIABILIDAD ESTADISTICA **PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE ADULTO MAYOR**

INSTRUMENTO		Alfa de Cronbach	Nº de elementos
1	CUIDADO CON LOS OJOS	0,568	6
2	CUIDADO CON LOS OIDOS	0,766	6
3	CUIDADOS DE LA PIEL	0,671	6
4	CUIDADOS DE LOS PIES	0,744	6
5	CUIDADO CON LA BOCA	0,701	6
6	CUIDADO NUTRICINAL	0,799	6
7	CUIDADO EN EL SUEÑO	0,676	6
8	CUIDADO CON LA MEMORIA	0,776	6
9	CUIDADO CON LA ILUMINACION	0,696	6
10	ASPECTO PSICOSOCIAL	0,793	26

1. CUIDADO CON LOS OJOS

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,568	6

2. CUIDADO CON LOS OIDOS

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,766	6

3. CUIDADOS DE LA PIEL

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,671	6

4. CUIDADOS DE LOS PIES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,744	6

5. CUIDADO CON LA BOCA

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,701	6

6. CUIDADO NUTRICINAL

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,799	6

7. CUIDADO EN EL SUEÑO

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,676	6

8. CUIDADO CON LA MEMORIA

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,776	6

9. CUIDADO CON LA ILUMINACION

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,696	6

10.ASPECTO PSICOSOCIAL

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	16	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	16	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,793	26

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CAPACIDAD FUNCIONAL

INSTRUMENTO		Alfa de Cronbach	Nº de elementos
1	Factores Capacidad Funcional.	0.911	6

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

VALIDEZ ESTADISTICA

Para la validez estadística, Conviene observar con detenimiento la información relacionada con **“Correlación elemento-total corregida”**. Esta correlación indica la correlación lineal entre el ítem y la puntuación total (sin considerar el ítem que se está evaluando), señalando la magnitud y la dirección de esta relación. Los ítems cuyos coeficientes ítem-total arrojan valores menores a 0.30 deben ser desechados o reformulados ya que las correlaciones a partir de 0.30 son estadísticamente significativas, Considerando a Rosenthal (García 2005). Una baja correlación entre el ítem y la puntuación total puede deberse a diversas causas, ya sea de mala redacción del ítem o que el ítem no sirve para medir lo que se desea medir

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	60	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	60	100,0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,748	102

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sexo	240,0833	150,688	,353	,748
Edad	239,6833	156,796	,395	,760
Estado Civil	238,5667	153,504	,313	,761
Lugar de Nacimiento	239,7667	147,572	,380	,745
Tipo de Residencia	239,9167	151,400	,322	,751
Material de Vivienda	239,1667	152,175	,365	,756
Situación Económica	239,2500	161,479	,318	,778
Relaciones Sociales	239,9833	151,644	,338	,753
Apoyo Social	237,3167	151,169	,327	,748
Composición Familiar	239,9000	149,990	,344	,749
Funcionalidad familiar Apgar Familiar	239,1667	146,718	,379	,742
Nivel de Instrucción	239,4000	149,092	,395	,748
Religion que Profesa	239,5000	144,831	,379	,746
Participa a Eventos Religiosos	240,1167	153,257	,329	,753
Participa de Actividades	239,9833	154,898	,309	,757
Formas de Atención de la Salud	240,3667	149,931	,324	,746
Realiza manualidades o lecturas en sitios bien iluminados (luz artificial o natural)	239,4667	148,863	,397	,748
Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches	238,9500	148,421	,393	,744

Evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando	238,8500	149,452	,327	,746
Tiene ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios y juegos de letras grandes	239,0000	142,441	,398	,735
Visita al oculista por lo menos una vez al año	239,6167	148,206	,357	,745
Acude al médico inmediatamente si presenta perdida brusca de la visión, dolor visión doble, inflamación y lagrimeo	239,4833	145,576	,313	,740
Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabello, palitos de fosforo	239,7500	153,343	,327	,754
Evita los ruidos fuertes	238,9333	149,690	,393	,747
Usa remedios caseros o gotas indicadas por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, perdida de equilibrio, zumbido del oído	238,8500	153,655	,369	,753
Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostada a ponerse de pie)	239,1500	151,384	,323	,752
Visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año	240,0500	146,387	,319	,741
Acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír no comprende las palabras que le dicen o pide que le repitan	239,9667	147,694	,391	,744
Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana	239,1667	149,768	,392	,747
Se da masajes por todo el cuerpo de preferencias en codos, coxis y rodillas.	239,2667	143,046	,448	,736
Utiliza crema o aceite de bebe para su piel	239,6167	146,749	,395	,744
Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos especialmente entre los dedos del pie	239,3333	145,412	,390	,739
Examina su piel por lo menos 1 vez al mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento o aparición o cambios de lunares	239,2667	144,877	,310	,740

Usa compresas o bolsillas de agua caliente para calentarse	238,7500	152,394	,386	,751
Se lava los pies a diario	238,7500	150,089	,321	,746
Usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves)	238,7000	147,095	,365	,741
Realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3 veces por semana	239,0333	146,372	,378	,742
Se cambia de medias todos los días	238,7333	150,741	,354	,748
Camina sin zapatos	238,8167	147,339	,354	,743
Corta lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas	239,2500	148,699	,330	,744
Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida	239,0167	146,830	,322	,741
Usa hilo dental para retirar los restos de alimento	240,1667	150,379	,357	,748
Visita al dentista por lo menos una vez al año	239,2833	146,681	,343	,743
Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento o sangrado al cepillarse, etc.	239,2333	146,046	,305	,741
Usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes	238,8167	149,678	,306	,747
Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas	238,9000	149,142	,367	,745
Ingiere una dieta balanceada y variada todos los días	238,7000	148,010	,347	,742
Le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hogdot, etc.	239,3333	153,684	,404	,753
Ingiere 1 a 2 lt. de líquidos diarios	239,0167	146,152	,396	,740
Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos	239,4167	152,451	,391	,751
Evita el consumo excesivo de alcohol(más de 30ml/día)	239,0000	149,492	,372	,748
Mantiene su peso ideal o el recomendado	238,6667	148,565	,378	,743
Duerme por lo menos 4horas seguidas en la noche	238,7667	149,809	,330	,746
Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora	238,8833	149,664	,339	,746
Consume una dieta liviana por las noches	238,6500	151,248	,322	,748

Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir	238,8000	154,027	,484	,754
Antes de dormir lee , escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño	238,8167	147,406	,398	,742
Toma algún medicamento para dormir sin indicación medica	238,7500	151,411	,311	,750
Realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria, como intenta memorizar , visualizando los rostros de personajes de la Tv, revistas o personas que han sido presentadas recientemente	239,3333	146,023	,316	,741
Cuando le presentan una persona intenta recordar su nombre asociándolo co algo conocido	239,2667	145,792	,402	,739
Tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc	238,8667	143,914	,435	,737
Al acostarse visualiza a "todo lo que ha realizado durante el día	238,9500	145,303	,437	,739
Le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído o escuchado	239,0833	144,179	,472	,737
Esta al día con las noticias o novedades	239,1833	144,051	,562	,736
Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas	238,6500	151,519	,411	,749
Realiza ejercicios para mejorar su micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento)(cuenta hasta 10 y luego los relaja los músculos)	239,9000	143,922	,386	,738
Consume todos los días bebidas como café, coca cola, te, alcohol o bebidas con edulcorantes artificiales	238,9000	152,702	,304	,752
Mantiene un horario fijo para hacer su deposición	239,1667	147,429	,446	,743
Usa laxante, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación	238,8500	150,706	,348	,748
Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frejoles, brócoli, pan integral, etc	239,0333	147,965	,374	,743

Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables	239,1833	146,390	,335	,741
Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas etc.)	239,2333	145,470	,414	,739
Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc)	239,4667	145,880	,328	,740
Se reúne con sus familiares (parejas, hijos, nietos, hermanos, etc) para conversar aconsejar o disfrutar de su tiempo libre	239,1167	146,545	,375	,740
¿A dejado de interesarle actividades o cosas que antes hacía ?	239,1167	148,308	,405	,744
Tiene deseos de seguir viviendo	238,5833	149,603	,378	,745
¿Está satisfecho con su vida?	238,6167	149,223	,384	,744
Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida	238,6500	148,435	,302	,743
Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio	238,6333	149,592	,323	,745
Acepta su vida con sus triunfos y fracasos	238,7167	147,698	,367	,742
Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez	238,6000	148,549	,398	,743
Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría	238,7167	148,545	,282	,743
Brinda muestras de cariño a sus familiares y amigos	238,6333	148,507	,353	,743
Estas insatisfecho o inconforme con la vida sexual que tiene ahora	238,7500	147,547	,352	,743
Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos	239,2333	151,402	,327	,749
Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia	238,8000	147,824	,315	,742
Permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted	238,6500	148,299	,359	,743
Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc	238,7167	150,274	,398	,747

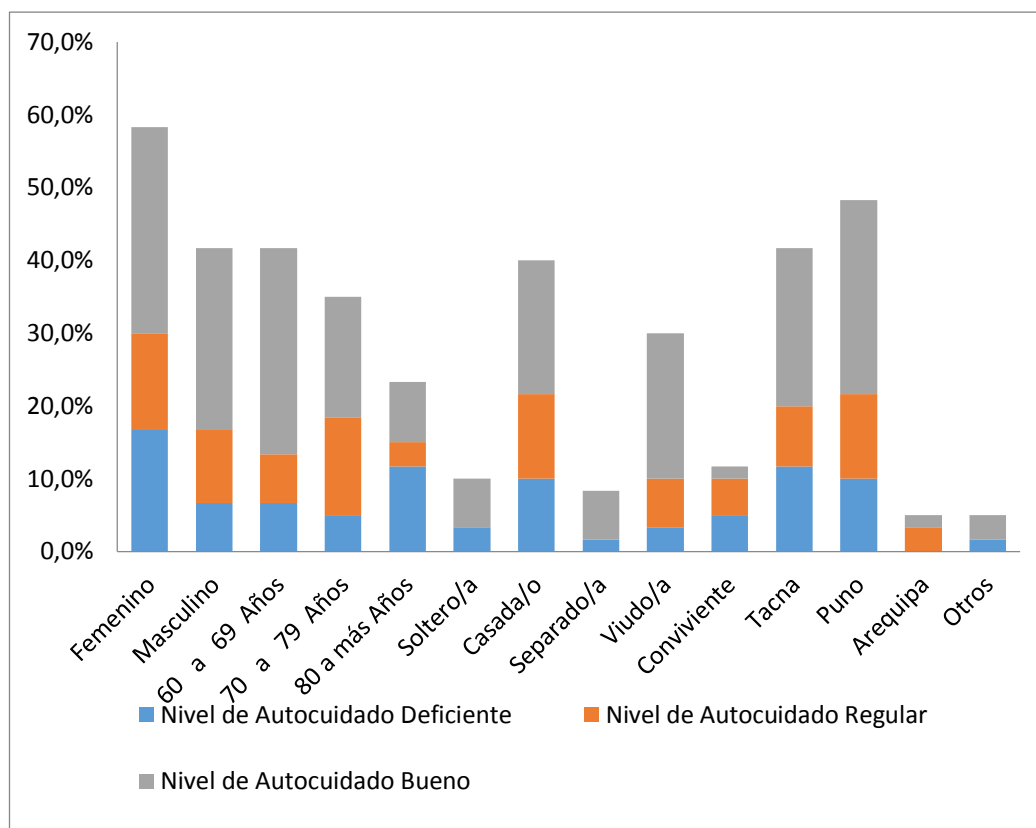
Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto	238,8833	151,868	,344	,750
Se preocupa por mantener una buena apariencia personal(limpio/a, arreglado/a, etc)	238,7000	147,264	,382	,741
Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos	239,1833	146,559	,392	,742
Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas	238,6833	146,898	,430	,741
Se siente valioso, útil e importante a pesar de los cambios de su edad	238,6000	148,447	,412	,743
Tiene miedo a la muerte	238,7333	148,504	,301	,744
Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida	238,6833	148,254	,372	,743
Fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su grupo religioso	238,6500	151,011	,334	,748
¿Se lava y se baña?	239,7167	151,291	,337	,748
¿Se pone y se saca la ropa?	239,6500	149,723	,371	,745
¿Va al baño, se limpia y se arregla la ropa?	239,5500	150,692	,314	,747
¿Se levanta y acuesta de la cama por sí mismo?	239,6333	150,067	,342	,746
¿Controla la orina y la defecación?	239,5667	150,114	,379	,746
¿Come usted sus alimentos?	239,5333	151,202	,377	,747

ANEXO N° 3

RESULTADOS ESTADISTICOS

GRAFICA N°1-A

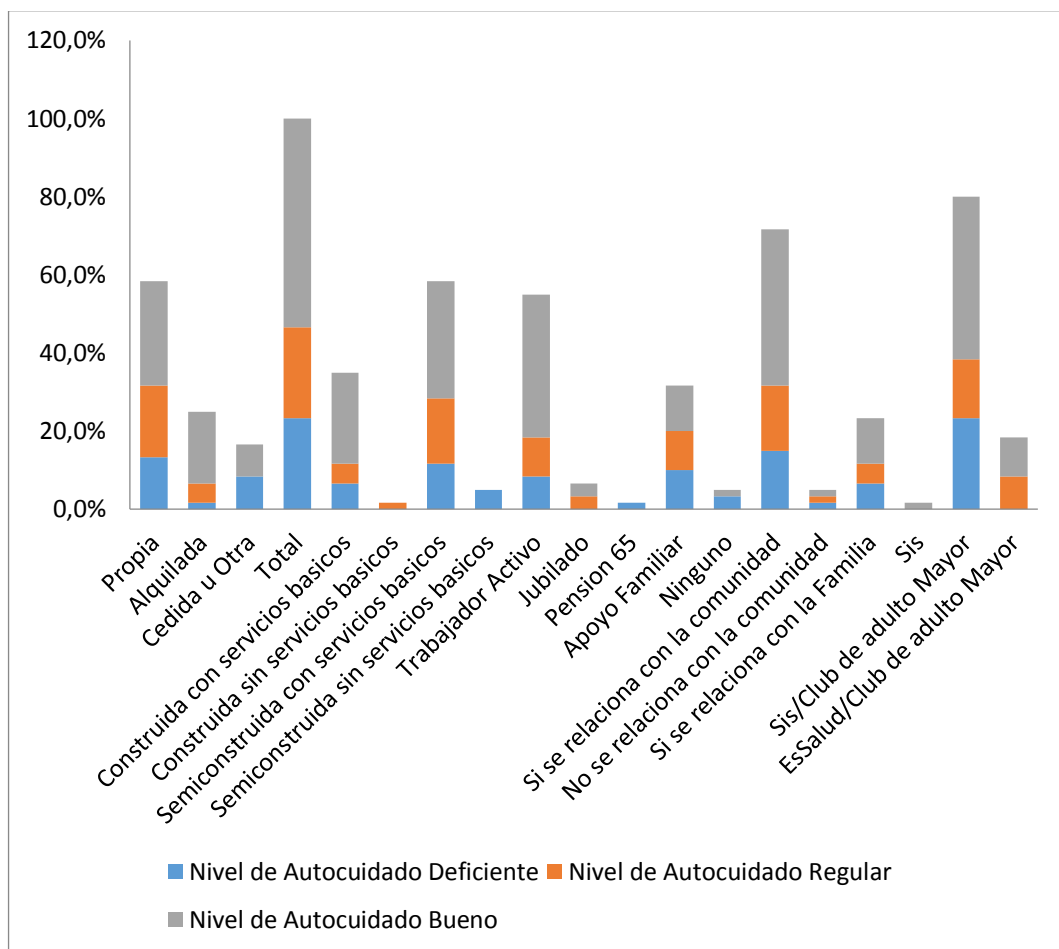
INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016



Fuente: Tabla N°06

GRAFICA N°1-B

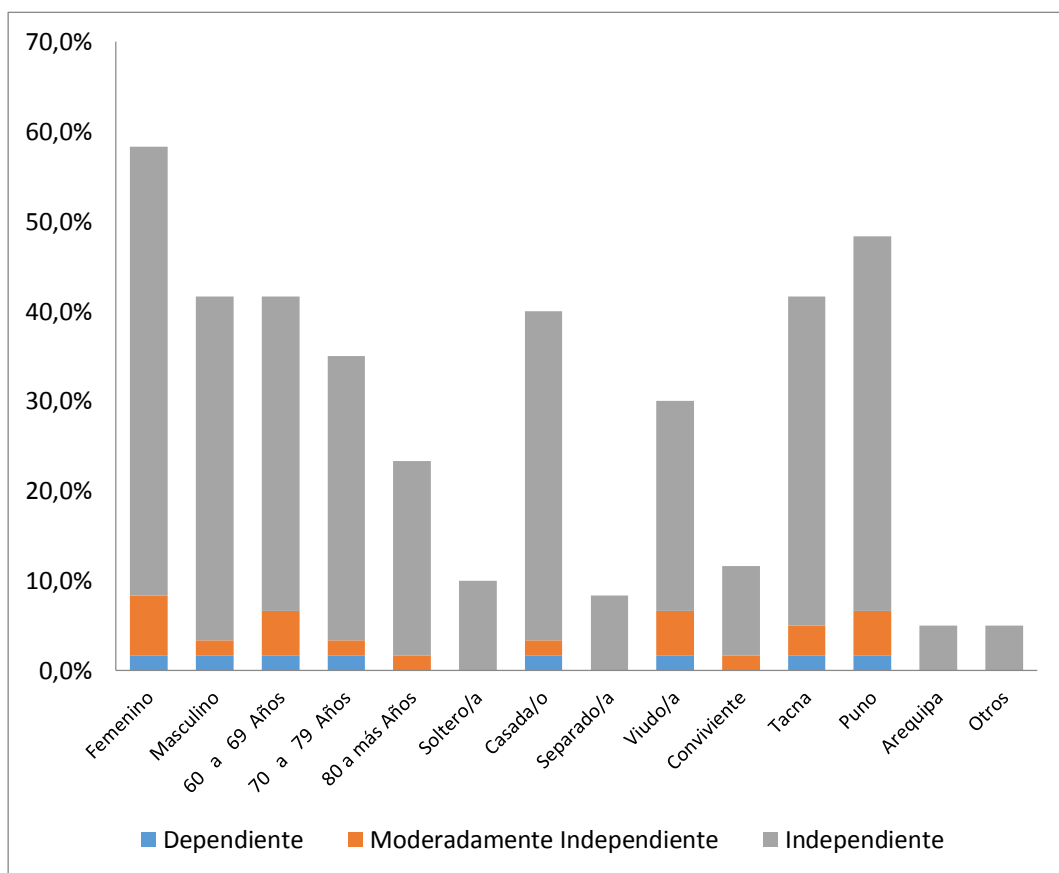
**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**



Fuente: Tabla N°06

GRAFICA N°2-A

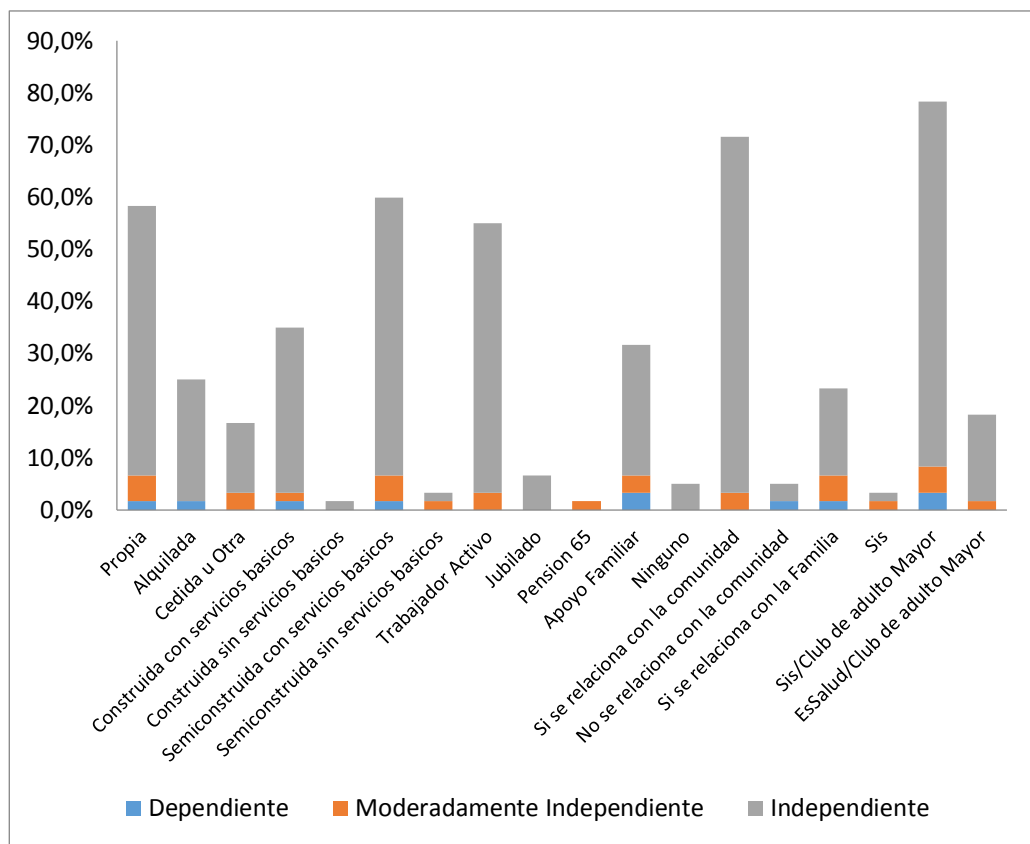
**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**



Fuente: Tabla N°07

GRAFICA N°2-B

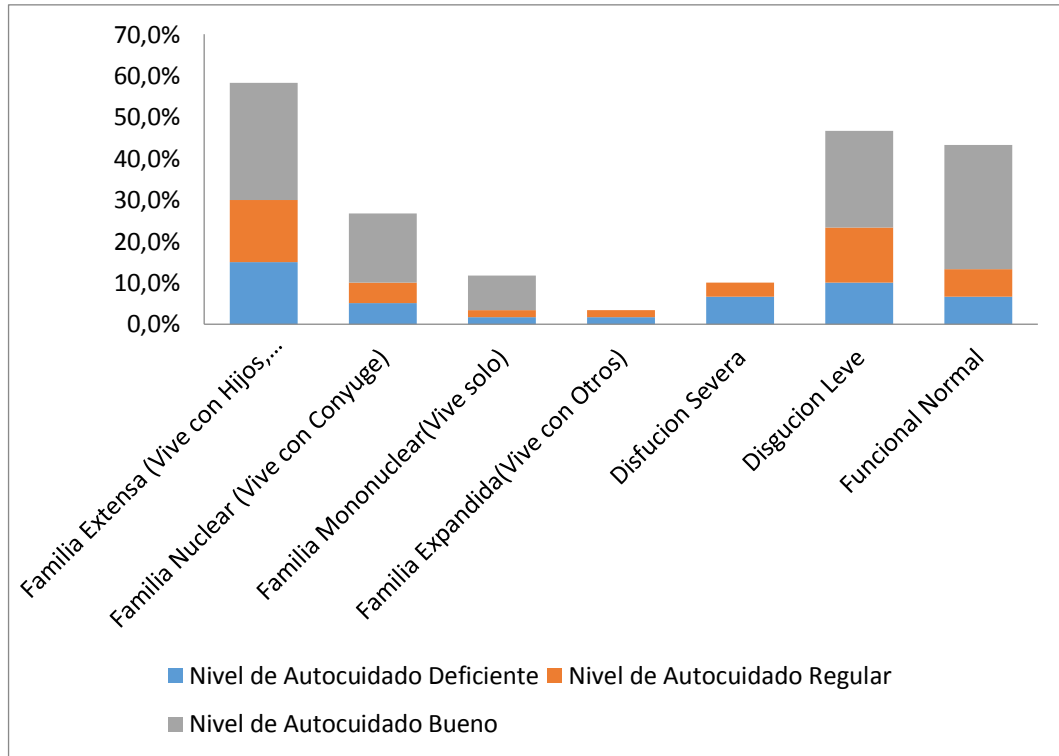
**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**



Fuente: Tabla N°07

GRAFICA N°3

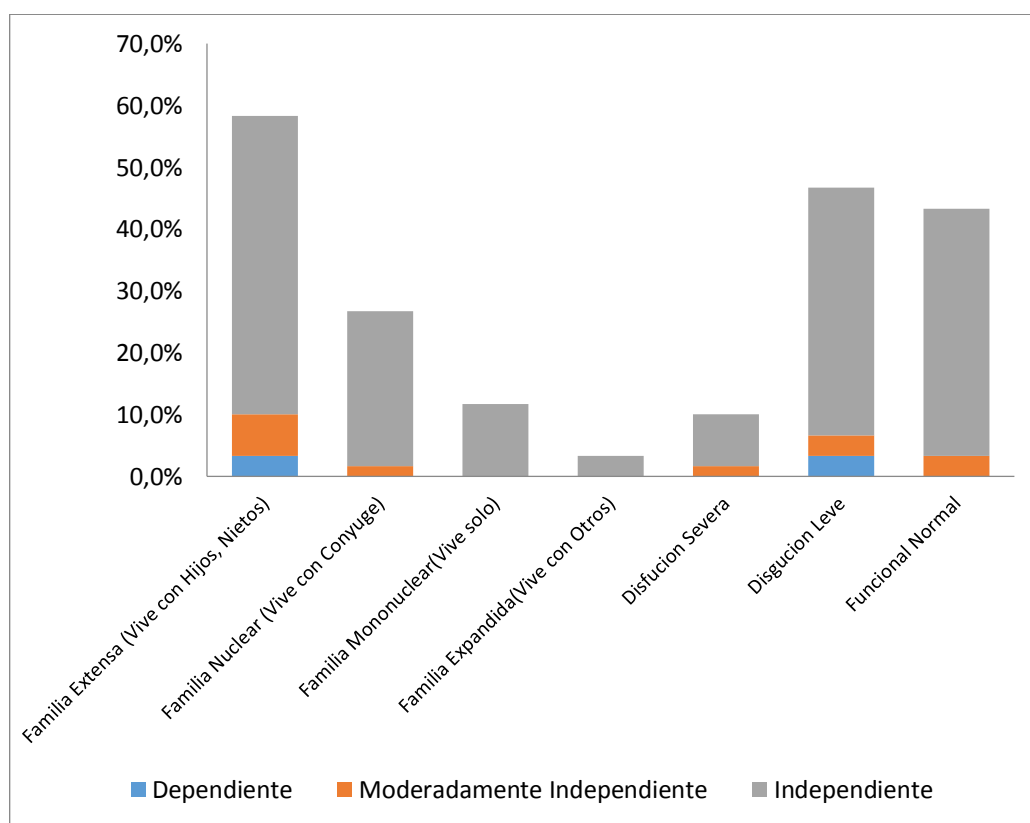
INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES EN LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016



Fuente: Tabla N°08

GRAFICA N°4

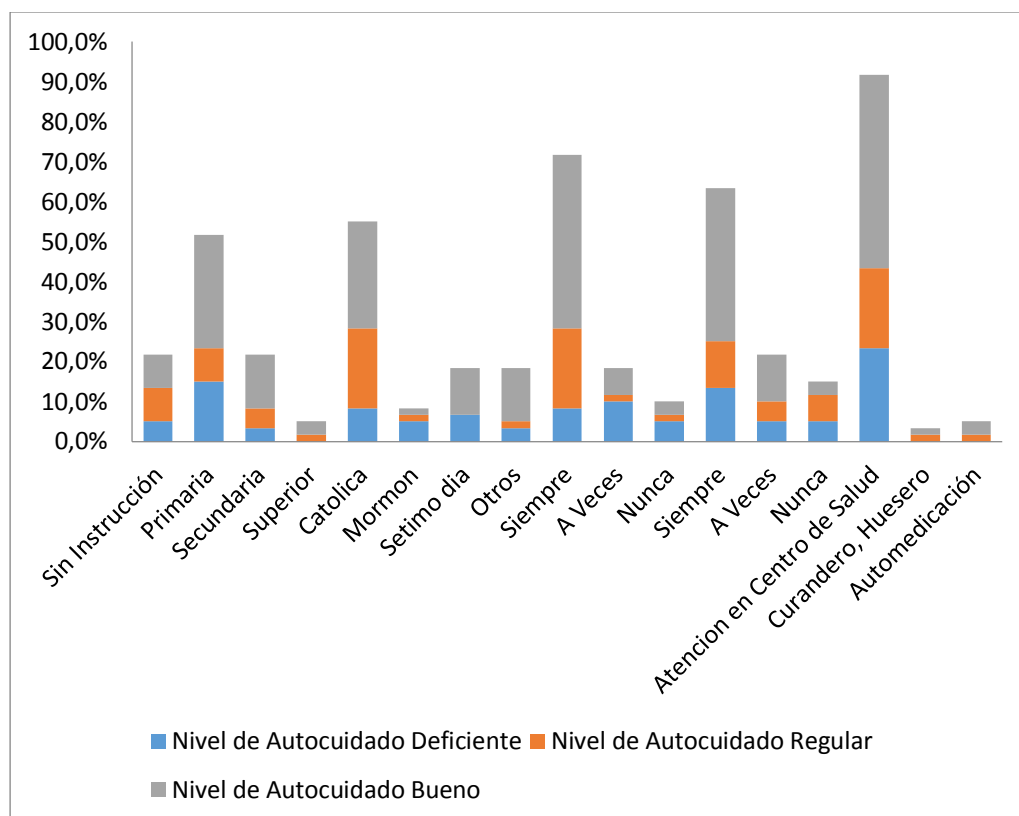
INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016



Fuente: Tabla N°09

GRAFICA N°5

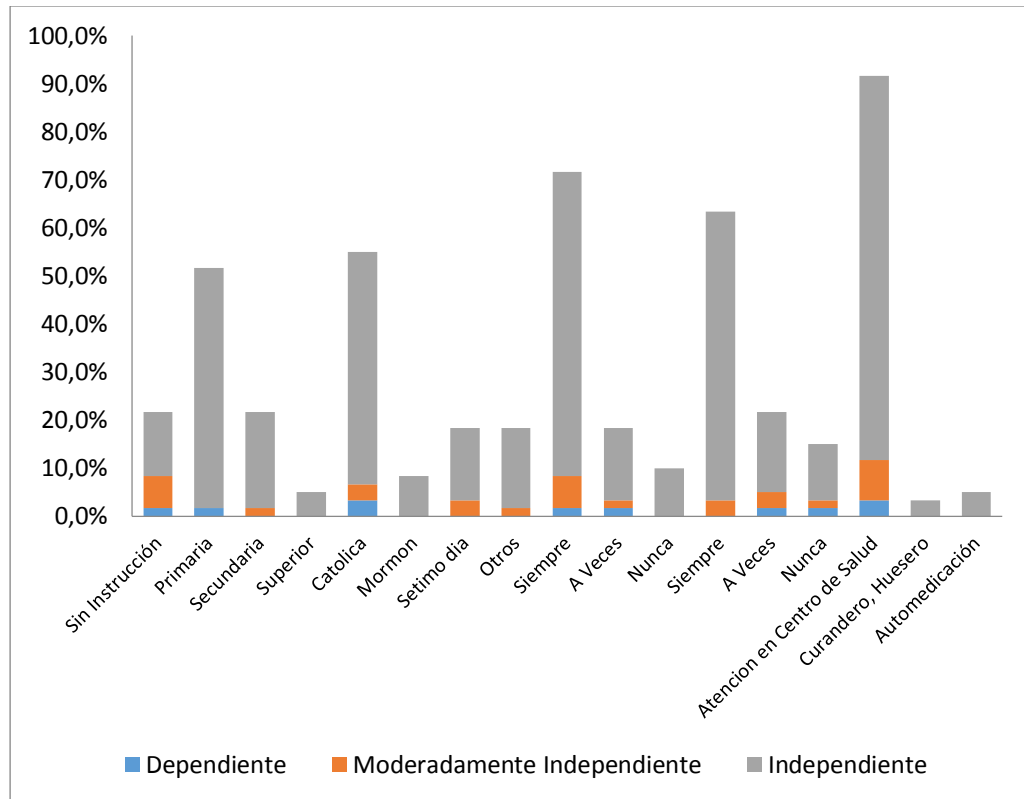
**INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES EN LA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
JUAN PABLO II, CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**



Fuente: Tabla N°10

GRAFICA N°6

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**



Fuente: Tabla N°11

ANEXO N°4

RELACION ENTRE LA PRACTICA DE AUTOCUIDADO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL

TABLA N° 1

INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y LA CAPACIDAD
FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016

PRACTICAS DE AUTOCUIDA DO		CAPACIDAD FUNCIONAL						Total		χ^2	Valor (P)
		Dependien te		Moderadamen te Independiente		Independien te					
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel de Autocuidado Deficiente	de	0	0,0%	2	3,3%	12	20,0%	14	23,3%	1,907	0,753
Nivel de Autocuidado Regular	de	1	1,7%	1	1,7%	12	20,0%	14	23,3%		
Nivel de Autocuidado Bueno	de	1	1,7%	2	3,3%	29	48,3%	32	53,3%		
Total		2	3,3%	5	8,3%	53	88,3%	60	100 %		

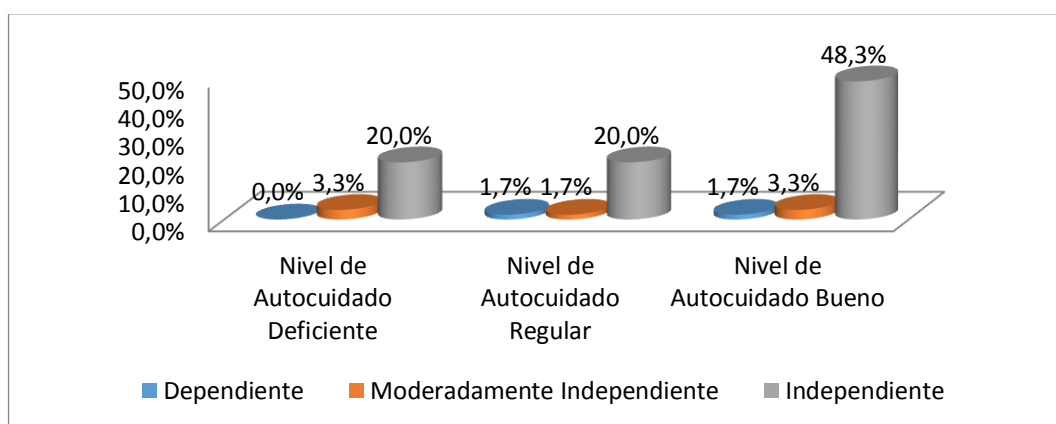
FUENTE: Encuesta Aplicada Agosto Setiembre 2016

INTERPRETACION

En la tabla N° 1 Las prácticas de autocuidado en relación a la capacidad funcional se observa que los que tienen un nivel de autocuidado bueno son independientes con 48,3%; mientras que los que mantienen un nivel de autocuidado regular y deficiente representan solo el 20% cada uno quienes también se observa que son independientes, mostrándose así que no hay influencia significativa entre Prácticas de Autocuidado y Capacidad Funcional del adulto mayor en del centro de Salud la Natividad Tacna - 2016.

GRAFICA N°1

**INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y LA CAPACIDAD
FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB JUAN PABLO II
CPM LA NATIVIDAD TACNA -2016**



Fuente: Tabla N°12

En la tabla N° 1, al relacionar las prácticas de autocuidado con la capacidad funcional obtuvimos que del 53% quienes mantienen un nivel de autocuidado bueno un 48,3%.son independientes, encontrándose a la vez que los que tiene un nivel de autocuidado regular y bueno en un 23% cada uno siguen con una capacidad funcional dependiente. Demostrando así que las prácticas de autocuidado no influyen en la capacidad funcional del adulto mayor.

Datos obtenidos en este estudio son similares a los reportados por:

Camacho y Luchuma I. (13), observaron que al evaluar el nivel de prácticas de autocuidado según el nivel de capacidad funcional básica (ABVD), se detectaron que del 92% de adultos mayores que son independientes en la capacidad funcional básica, la mayoría de ellos (78%) tienen prácticas de autocuidado bueno; así mismo del 8% de adultos que son moderadamente independientes en las ABVD; el 4,6% tiene autocuidado bueno y 3,4% autocuidado regular. Sin embargo al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de significancia de $p=0,098 < \alpha = 0,05$; es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y las prácticas de autocuidado en adultos mayores.

Encontrándose también estudios donde difieren con los datos encontrados en esta investigación:

Leitón Et Al., en una investigación de un programa de consulta externa con adultos mayores en Peru-2008, encontraron relación significativa entre la práctica de autocuidado e independencia funcional tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las instrumentales. Es decir, el 73% que tuvo buen autocuidado fueron los independientes y los que tuvieron 62,5% con autocuidado regular fueron los moderadamente dependientes en las ABVD; y AIVD los que tuvieron 65,7% fueron los independientes y los que tuvieron 77,7% con autocuidado regular fueron los moderadamente dependientes.

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"

CARGO

OFICIO Nº 457-2016-ESEN/FACS
Tacna, 2016 Agosto 24

Señor:
Andrés Choque Coaquera
Presidente del Club de Adultos Mayores Juan Pablo II
Presente.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR PRUEBA PILOTO

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo muy cordialmente y, a la vez hacer de su conocimiento que la Egr. Hossana Zolams Saavedra Olaya, viene ejecutando su Proyecto de Tesis titulada : **FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN PABLO CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016**, según R.F. Nº 6523-2016-FACS-UNJBG, por lo que agradeceré a Ud. se sirva **AUTORIZAR** la Aplicación de la Prueba Piloto, que estará dirigida al grupo de adultos mayores que asisten al Club que se encuentra bajo su presidencia, por lo que agradeceré se sirva brindar las facilidades que requiera el caso a la mencionada estudiante.

Agradeciéndole por anticipado, la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.

Atentamente,



Dra. Victoria N. Vela de Córdova
Directora E.P. Enfermería

Adj: Lo indicado

Ccch.



Andrés Choque Coaquera

26-08-16

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"

CARGO

OFICIO Nº 456-2016-ESEN/FACS
Tacna, 2016 Agosto 24

Señora:
Lic. Obst. Narda Isabel Vizcarra Santos de Yábar
GERENTE DEL CENTRO DE SALUD LA NATIVIDAD
Presente.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR PRUEBA PILOTO

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo muy cordialmente y, a la vez hacer de su conocimiento que la Egr. Hassana Zolams Saavedra Olaya, viene ejecutando su Proyecto de Tesis titulado : **FACTORES SOCIOFAMILIARES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL CLUB JUAN PABLO CPM LA NATIVIDAD TACNA - 2016**, según R.F. Nº 6523-2016-FACS-UNJBG, por lo que agradeceré a Ud. se sirva **AUTORIZAR** la Aplicación de la Prueba Piloto, que estará dirigida al grupo de adultos mayores que asisten a su establecimiento, por lo que agradeceré se sirva brindar las facilidades que requiera el caso a la mencionada estudiante.

Agradeciéndole por anticipado, la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.

Atentamente,


DIRECCION
DR. Victoria N. Vela de Córdova
Directora E.P. Enfermería

CENTRO SALUD LA NATIVIDAD
TACNA
25 AGO 2016
17:58
RECIBIDO

Adj: Lo indicado

Ccch.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
Factores sociofamiliares y Culturales que Influyen en el Autocuidado del Adulto Mayor en el Club Juan Pablo II CPM La Natividad Tacna – 2016	¿Cuáles son los Factores Sociofamiliares y Culturales que Influyen en el Autocuidado del Adulto Mayor en el Club Juan Pablo II CPM La Natividad Tacna – 2016?	OBJETIVO GENERAL Determinar los Factores Sociofamiliares y Culturales que Influyen en el Autocuidado del Adulto Mayor en el Club Juan Pablo II, CPM La Natividad Tacna – 2016 OBJETIVO ESPECIFICO -Identificar los factores sociofamiliares del adulto mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad. -Identificar los factores culturales del adulto mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad. -Identificar la capacidad funcional y práctica de autocuidado del adulto mayor del Club Juan Pablo II, CPM La Natividad.	HIPOTESIS ALTERNATIVA H1: Los factores Sociofamiliares y culturales que influyen en el autocuidado en el Club Adulto Mayor Juan Pablo II, CPM La Natividad, Tacna – 2016. HIPOTESIS NULA H0: Los factores sociofamiliares y culturales no influyen en el autocuidado en el Club Adulto Mayor Juan Pablo II, CPM La Natividad, Tacna – 2016.	VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES SOCIO FAMILIARES Y CULTURALES DEL ADULTO MAYOR	SOCIAL FAMILIAR	-Edad -Sexo -Estado Civil -Lugar de nacimiento -Tipo de residencia - Material de vivienda - Situación Económica - Relaciones sociales - Apoyo social Composición familiar Funcionalidad familiar – Apgar familiar	La presente investigación es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo de corte transversal y relacional.	La población de estudio está constituida por el 100% de los adultos mayores que asisten al club Juan Pablo CPM La Natividad Tacna-2016.

		- Relacionar los factores sociofamiliares y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor del Club Juan pablo II, CPM La Natividad Tacna -2016			CULTURAL	- Nivel de instrucción - Religión que profesa - Participa de eventos religiosos de su comunidad - Participa de actividades recreativas organizadas por su comunidad - Formas de atención de salud		
				VARIABLE DEPENDIENTE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR	Escala de prácticas del autocuidado Capacidad funcional	Escala de práctica de autocuidado de LEITON Actividades básicas de la vida diaria según el índice de Katz		

