

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CAPACIDAD FUNCIONAL Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU - 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORA

DIANA CAROLINA ROQUE CAICEDO

ASESORA

MGTR. ANITA DEL ROSARIO ZEVALLOS COTRINA

Chiclayo, 2019

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Por ser mi guía y darme las fuerzas para salir adelante manteniéndome firme con mis objetivos propuestos.

A mis padres por su sacrificio y ser mi apoyo incondicional, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron en el camino. El esfuerzo y las metas alcanzadas son por y para ellos.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por hacer de mí una persona responsable, inculcarme en valores, por apoyarme en toda mi etapa universitaria, y sobre todo ser mi sustento para hoy cumplir uno de mis grandes anhelos.

A mí querida profesora Mtra. Anita del Rosario Zevallos Cotrina por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos, así como también haberme tenido toda la paciencia para guiarme durante el proceso del desarrollo de la Tesis.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru - 2018. Estudio de tipo cuantitativo diseño transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 165 adultos mayores, se utilizó muestreo estratificado por afijación proporcional. En la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos el índice de Katz para la variable capacidad funcional y la escala de prácticas de autocuidado para la variable autocuidado, se realizó la prueba piloto en una población con características similares a la del estudio. Así mismo, se determinó la fiabilidad de los instrumentos obteniendo un alfa de Cronbach de 0.90 para la variable capacidad funcional y 0.844 para la variable autocuidado. Se aplicó los principios éticos principalistas (respeto por las personas, beneficencia, justicia). Los datos obtenidos fueron registrados y procesados mediante el programa Excel y SPSS versión 24, se elaboró tablas de contingencia determinando si existe relación significativa entre ambas variables mediante el estadígrafo Chi cuadrado. Los resultados revelaron que los adultos mayores presentaron autonomía con un 98.2% y que el 78.8% presentaron buenas prácticas de autocuidado general, al contrastar ambas variables se concluyó que existe correlación negativa muy baja entre la capacidad funcional y el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru. $X^2 = 0.823$ gl=2 y cuyo $p=0.663$ ($p>0.05$), rechazando la hipótesis alternativa y aceptando la hipótesis nula.

Palabras Clave: Autocuidado, actividades diarias, Adulto Mayor.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between functional capacity and self-care in older adults of the Tupac Amaru Health Center - 2018. Study of quantitative type cross-sectional correlational design. The sample consisted of 165 older adults, stratified sampling by proportional affixation was used. In the data collection, two instruments were applied, the Katz index for the variable functional capacity and the scale of self-care practices for the self-care variable, the pilot test was carried out in a population with characteristics similar to that of the study. Likewise, the reliability of the instruments was determined obtaining a Cronbach's alpha of 0.90 for the functional capacity variable and 0.844 for the self-care variable. The principalist ethical principles were applied (respect for people, beneficence, justice). The data obtained were recorded and processed using the Excel program and SPSS version 24, contingency tables were drawn up determining if there is a significant relationship between both variables using the Chi square statistic. The results revealed that older adults showed autonomy with 98.2% and that 78.8% presented good practices of general self-care. By contrasting both variables, it was concluded that there is a very low negative correlation between functional capacity and self-care in the elderly of the Center. of Health Tupac Amaru. $X^2 = 0.823$ $gl = 2$ and whose $p = 0.663$ ($p > 0.05$), rejecting the alternative hypothesis and accepting the null hypothesis.

Keywords: Self-care, daily activities, Older Adult.

INDICE

| | pág |
|--|-----|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | v |
| I- INTRODUCCIÓN | 7 |
| II- MARCO TEÓRICO | 11 |
| 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA | 11 |
| 2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICAS | 15 |
| III- HIPÓTESIS | 23 |
| IV- METODOLOGÍA | 23 |
| 4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 23 |
| 4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 23 |
| 4.3. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO | 24 |
| 4.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN | 25 |
| 4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 26 |
| 4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 28 |
| 4.7. PROCEDIMIENTOS | 29 |
| 4.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 30 |
| 4.9. MATRÍZ DE CONSISTENCIA | 32 |
| 4.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 33 |
| V- RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 34 |
| VI- CONCLUSIONES | 55 |
| VII- RECOMENDACIONES | 56 |
| VIII- LISTA DE REFERENCIAS | 57 |
| IX- ANEXOS | 66 |

I- INTRODUCCIÓN

El proceso de transición demográfica en el Perú, América Latina y el mundo, muestra en los últimos censos poblacionales un incremento progresivo del grupo de personas mayores de 60 años ¹. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) indica que entre el 2015-2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países ².

Como resultado de los grandes cambios demográficos percibidos en las últimas décadas en el país, se han experimentado grandes cambios representativos en estructura por edad y sexo en la población. En los años cincuenta la población peruana estaba compuesta básicamente por niños; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En el proceso de envejecimiento de los habitantes peruanos, aumenta el tamaño de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017 ³.

Para poder lograr un envejecimiento exitoso se deben adoptar medidas de autocuidado para prevenir la discapacidad y el declive funcional, prolongar la senectud y mejorar la calidad de vida. Es necesario que los adultos mayores y la población en general reconozcan que ciertas prácticas de cuidado de la salud repercuten en el envejecimiento; por lo tanto, deben tomar conciencia de lo que realmente está pasando sobre el cuerpo, de aprender nuevos roles que ayuden en la adaptación del envejecimiento y al medio socio cultural que lo rodea ⁴.

Por lo tanto para mantener el autocuidado del adulto mayor es

necesario considerar su independencia funcional, la cual es la capacidad de cumplir acciones del diario vivir; los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades de la vida diaria y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida ⁴, así lo demuestra Giraldo C ⁵. Al publicar que en Colombia los adultos mayores realizan actividades instrumentales en forma adecuada cuando el adulto es funcional; se encontraron que el 72,5% de los adultos mayores eran independientes para alimentarse y el 67,5% requerían ayuda para vestirse. En las actividades de bañarse, utilizar el inodoro, movilizarse y control de esfínteres, muestran que la mayoría de ellos requería apoyo de otra persona; así, entre el 55% y el 67,5% necesitaban apoyo parcial o total en estas actividades.

Las actividades de la vida diaria son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores. La realización de tareas cotidianas son necesarios para el autocuidado personal y una vida independiente ⁴. En relación a ello, en Noruega se publicó que el tiempo excesivo sentado, tiempo de sueño corto y la inactividad física son factores de riesgo importantes para la discapacidad de actividades básicas ⁶. Además un estudio realizado en San Juan de Miraflores muestra que mayormente la capacidad de autocuidado se ve afectada al momento de ir de compras, preparar comidas y responsabilidad en la medicación ⁷, de la misma manera en Chiclayo se publicó que los adultos mayores tienen un nivel de cuidado medio y que las necesidades de autocuidado que más se identificaron fue la práctica de actividades recreativas y manuales y escasa relación de intercambio de experiencias con sus amigos ⁸.

A nivel local la investigadora evidenció en las prácticas comunitarias que los adultos mayores no realizan correctamente las prácticas de autocuidado, por ejemplo en el aspecto biológico, algunos adultos mayores suelen usar gotas oftálmicas para mantener la humedad de los ojos ya que refieren que se nubla la visión, leen poco y mayormente es la Biblia o algunos

libros religiosos. Con respecto al cuidado de los oídos en ellos no es una práctica habitual visitar el médico para su evaluación y se conoce que a esta edad los adultos mayores no escuchan bien. Es muy común el insomnio, la pérdida de memoria, les gusta contar historias pasadas de su niñez, como también se les hace difícil recordar que medicamentos deben tomar al día, lo cual se hace necesario realizar un registro donde ellos puedan leer que pastillas le toca tomar ya sea mañana, tarde o noche.

Uno de los cuidados que más se realiza es el cuidado de la piel, evidenciándose el uso de diversas cremas para evitar la resequedad. Otro aspecto a considerar es el cuidado de la boca; donde la mayoría de adultos mayores usan dentadura postiza, la cual se conserva en un vaso con agua y además mencionaron no asistir a sus controles anuales con el odontólogo. Con respecto a la alimentación se observa escaso consumo de azúcares, carbohidratos, dulces, y lo que más suelen consumir son verduras para mantener un peso ideal. En relación al aspecto psicosocial algunos adultos mayores asisten a grupos sociales donde realizan manualidades o pueden interactuar con otras personas de su misma edad, también realizan actividades socio-recreativas como salir de paseo, hacer tours, visitar las playas, realizar fiestas de cumpleaños, etc. Son pocos los adultos mayores que asisten a grupos de interacción, otros suelen tener timidez o no les gusta socializar con los demás y es por ello que no asisten a este tipo de reuniones.

Teniendo en cuenta la situación problemática expuesta es importante para Enfermería dar propuestas de solución a esta realidad demográfica y social, con el fin de mejorar las prácticas de autocuidado del adulto mayores, así como también aportar en la construcción de una sociedad para todas las edades ⁹, siendo esto lo que motivó a investigar y dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre capacidad funcional y autocuidado en los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru en el año 2018?

La presente investigación es importante porque es una realidad social que se vive actualmente de gran impacto en la salud pública; ya que uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad. Por lo tanto, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención ¹⁰, cuyo cuidado y atención repercute en el ámbito económico, social y principalmente en el sistema de salud, quien deberá ofrecer mayores servicios, acorde a sus necesidades ¹¹.

Por consiguiente el envejecimiento es un problema social, y se requiere que la sociedad incorpore la perspectiva de desarrollo humano donde el autocuidado se consolide como una práctica tanto de los involucrados, sus familias, y el estado mismo para garantizar la calidad de vida del adulto mayor ¹⁰; igualmente el profesional de enfermería es protagonista de dicha tarea mediante la promoción de la salud en la población en todos los ciclos de vida con la finalidad de ir fomentando un envejecimiento saludable en la sociedad.

Los resultados serán una fuente de información más que se suma a los ya publicados en otros contextos donde podrá ser en un futuro un marco de referencia para proponer programas de prevención de salud que propicien mejor calidad de vida y salud para el adulto mayor en atención primaria.

Se planteó como objetivo general: Determinar la relación que existe entre capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru- 2018; y como objetivos específicos: 1) Explicar el nivel de capacidad funcional que tienen los adultos mayores del centro de salud Túpac Amaru- 2018, 2) Identificar el nivel de autocuidado general que tienen los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru- 2018, 3) Identificar el autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto biológico: cuidado de ojos, oídos, piel, boca, nutricional, sueño, memoria, eliminación; en el año 2018, 4) Identificar el autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto

psicosocial en el año 2018.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se planteó la siguiente hipótesis: H1: La capacidad funcional está en relación directa con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru.

H0: La capacidad funcional no está en relación con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru

II- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

A nivel internacional se encontró un estudio publicado en el 2016 realizado en México, los autores Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palomé G, Juárez A. en su investigación titulada: Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Tuvieron como objetivo: Establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; llegando a la conclusión de que no existe relación entre las variables señaladas ¹⁰.

Así mismo, en Brasil en el año 2016 se publicó la investigación de Vasconcelos S, Souza S, Carneiro L, Alves C. titulada: Fortaleza y capacidad para implementar las actividades de la vida diaria en ancianos residentes en áreas rurales. Investigación realizada en Brasil, agosto 2011. Los resultados muestran que en la evaluación de las BADL (actividades básicas de la vida

diaria) el 96.6% de los ancianos pueden realizar sus tareas de forma independiente, sin embargo, para realizar IADL (actividades instrumentales de la vida diaria) solo el 16.0% son independientes. La fuerza muscular de los miembros superiores no se asoció con la capacidad de realizar los BADL con niveles estadísticamente significativos ($p = 0,401$). Sin embargo, cuando se evaluó la asociación de la fuerza de las extremidades superiores con la capacidad de realizar las IADL, hubo una significación estadística ($p = 0,045$). En este estudio, se encontró una asociación entre la fuerza muscular dinámica y la capacidad de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin embargo, solo fue estadísticamente significativa para la IADL. Los autores concluyen que debido a la reducción en la fuerza muscular que se produce durante el envejecimiento y su asociación con la capacidad funcional, los ancianos están predispuestos a una mayor dependencia para llevar a cabo sus tareas diarias, por lo tanto, el desarrollo de acciones dirigidas a la atención de salud a los ancianos que asistieron se les recomienda la Estrategia de salud familiar, que incluye el control de los hábitos de vida para el mantenimiento y la mejora de la fuerza muscular de la población estudiada ¹².

En un estudio publicado en el año 2014. Realizado por Liang, Song, Du, Guralnik. Titulado: Tendencias en la discapacidad en las actividades de la vida diaria entre adultos chinos, 1997-2006: Encuesta de salud y nutrición de China. Los resultados muestran que la prevalencia de la discapacidad ADL (actividad de la vida diaria) disminuyó del 13.2% en 1997 al 9.9% en 2006; la tendencia fue estadísticamente evidente entre las personas de 60-69 años, las mujeres y los residentes rurales. De 1997 a 2006, la prevalencia de la discapacidad ADL disminuyó a una tasa anual relativa de 3.1% en la muestra total; la disminución fue estadísticamente más evidente en los jóvenes que en los mayores, en los hombres que en las mujeres y en los residentes rurales que en los urbanos. El efecto incapacitante disminuyó con el tiempo para el accidente cerebrovascular ($p_{\text{trend}} = .032$) y múltiples enfermedades cardiometabólicas ($p_{\text{trend}} = .014$). Conclusión. Los datos de las encuestas

nacionales sugieren que la prevalencia de la discapacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria disminuyó de 1997 a 2006 entre los adultos mayores chinos. Las apoplejías y las enfermedades cardiometabólicas múltiples parecen ser menos incapacitantes con el tiempo, lo que puede contribuir en parte a la tendencia favorable en la discapacidad de las actividades de la vida diaria ¹³.

Según Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Japón 2014. En su investigación Asociación entre la participación social y las actividades instrumentales de la vida cotidiana de los adultos mayores que viven en la comunidad. Estudio transversal con 14 956 residentes de 65 años o más que viven en la comunidad, la entrevista se realizó a través de cuestionarios enviados por correo. Los resultados muestran que la prevalencia de IADL (actividades instrumentales de la vida diaria) pobre fue del 19,0% para los hombres y del 12,3% para las mujeres, lo que muestra una diferencia significativa entre los géneros ($p < 0,001$). En cuanto a SP (participación social) la proporción de sujetos que no participaron en ningún grupo fue similar entre hombres y mujeres, pero los hombres fueron más propensos a participar en grupos de voluntarios, grupos deportivos y asociaciones de la comunidad de barrio que las mujeres. Conclusión: Después del ajuste para los factores de confusión putativos, incluidos los datos demográficos, estado de salud, hábitos de estilo de vida, actividades de la vida diaria, depresión, función cognitiva, redes sociales, apoyo social y roles sociales, la participación en varios Grupos Sociales entre ambos sexos se asoció inversamente con IADL deficiente, mostrando una relación dosis-respuesta significativa entre un número creciente de Grupos Sociales y una proporción menor de aquellos con IADL pobre (P para la tendencia < 0.001). Una asociación inversa significativa entre la participación frecuente y la IADL pobre se observó para todos los tipos de Grupos Sociales entre las mujeres, mientras que la asociación se limitó a los grupos de deportes y clubes de ancianos entre los hombres ¹⁴.

A nivel Nacional Garcilazo M, Perú 2014. Realizó un trabajo titulado:

Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014. Investigación de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Se tiene como resultado que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según dimensión procedimental se obtuvo que del 100% de personas encuestadas el 94.6% son independientes para utilizar el dinero, el 97.3 son independientes para usar medios de transporte; el 54.1% son dependientes en su medicación; el 83.8% son independientes para lavar la ropa; el 93.2% son independientes para cuidar su casa; 58.1% independientes para preparar comida; 56.8% son independientes para ir de compras y el 87.8% son independientes para usar el teléfono. La autora concluye que: En la dimensión procedimental la capacidad de autocuidado del adulto mayor es dependiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria siendo los más afectados: ir de compras, preparar la comida y responsabilidad de la medicación ⁷.

Camacho S, Lachuma I. Iquitos – Perú 2013 realizaron una investigación titulada: Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de octubre. 2013. Tuvieron como objetivo: determinar la relación que existe entre capacidad funcional, depresión y las prácticas de autocuidado en el adulto mayor. Los resultados mostraron que: el 92% de adultos mayores que son independientes en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la mayoría de ellos (78%) tiene prácticas de autocuidado bueno; así mismo del 8% de adultos que presentaron algún grado de dependencia en las ABVD, el 4.6% tiene buenas prácticas de autocuidado y 3.4% regular autocuidado. Las autoras concluyen que: al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de significancia de $p=0.098$ ($p=0.05$), es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y las prácticas de autocuidado en adultos mayores ⁹.

A nivel Local, Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y. en su investigación: Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el Programa del “Adulto Mayor” del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015. En este estudio, para medir el nivel de autocuidado se abordaron tres dimensiones: biológica, psicológica y social. Los resultados revelan que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje alcanzado en las tres dimensiones fue: en varones 94% y mujeres 76%, destacándose que en la dimensión biológica ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Se identificó también que el 80% de los adultos mayores tienen un nivel de autocuidado medio. Las necesidades relacionadas con el uso de protector solar, controles médicos, la práctica de actividades recreativas y manuales y la falta de relaciones con sus espacios o experiencias de intercambio con sus amigos(as), áreas críticas en el geronto. Como consideración final se tuvo que los resultados obtenidos ameritan que el profesional de enfermería planifique y ejecute intervenciones destinadas a incrementar la capacidad del autocuidado en esta población involucrando las tres dimensiones en estudio ⁸.

2.2. Base Teórica Científicas

Capacidad funcional es definida como la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria ¹⁶. En este sentido se define también como la competencia que tiene la persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad ^{15, 17}.

Del mismo modo, es la capacidad de un adulto mayor para realizar las

actividades básicas de la vida diaria de forma independiente o autónoma como (bañarse, vestirse, aseo personal, uso del inodoro, continencia, trasladarse, caminar, alimentarse) e instrumentales como (cocinar, realizar las compras, labores domésticas, limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales)¹⁸.

Según Hazzard¹⁹, expresa que la capacidad funcional puede ser evaluado en tres niveles: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las actividades básicas de la vida diaria, actividades personales de la vida diaria, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo como bañarse, vestirse, aseo personal, uso del inodoro, continencia, trasladarse, caminar, alimentarse¹⁹.

Para evaluar las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores existen numerosas escalas y una de ellas es el Índice de Katz que es un instrumento muy apropiado para evaluar el estado funcional, como medición de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independiente, valora la capacidad funcional a partir de las actividades básicas de la vida diaria esenciales para el autocuidado¹⁷; se valora en base a tres respuestas (independiente, requiere asistencia y dependiente para cada actividad) la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria bañarse, vestirse, aseo personal, usar el inodoro, continencia esfinteriana, trasladarse, caminar, alimentarse. Cada uno de estos ocho parámetros se clasifica en una escala nominal, con base en la dificultad de realizar las actividades, y a su vez se convierten a una escala numérica del 0 al 2. La evaluación final va de 16 a 0 puntos, que define a un paciente autónomo a uno dependiente total respectivamente²⁰.

Al evaluar al Adulto Mayor según la escala de Katz ²¹ se obtiene una clasificación:

Se encuentra el adulto mayor Independiente que es capaz de satisfacer sus propias necesidades, luego está el que Requiere Asistencia que se define como aquella persona que necesita asistencia humana o mecánica para realizar alguna actividad, y el adulto mayor Dependiente es la persona completamente incapaz de realizar actividades por sí mismo.

Para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria el principal instrumento utilizado es la escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton ¹⁹. Suponen un nivel más complejo de conducta que las actividades básicas de la vida diaria ya que dependen más de la situación mental, tanto cognitiva como afectiva del individuo y del entorno social ²², pero para fines de esta investigación solo se utilizará la escala de Katz.

Podemos decir que capacidad funcional es una facultad presente en la persona adulta mayor lo cual le hace capaz de realizar actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión o requerir asistencia, mejor dicho, tener la capacidad de desenvolverse de manera autónoma.

Por otro lado se define al autocuidado según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ²³, como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

Según el Ministerio de Salud ²⁴ define al autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y

prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

Dorothea Orem ²⁵, pionera en este concepto plantea su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general que está compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería.

El estudio se centró en la primera categoría que es la teoría de Autocuidado, fundamentada como una función reguladora del hombre ⁷. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida y que son dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Además se menciona que el autocuidado es un sistema de acción y una actividad que desde ya el hombre aprende y se orienta hacia un objetivo ²⁵.

Orem realiza un análisis semántico de la palabra autocuidado, la cual separa auto y define como aquel individuo integral, que comprende necesidades físicas, psicológicas y espirituales; y cuidado, como el conjunto de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Posteriormente, las incorpora y define como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar ¹⁶.

Orem determina 3 tipos de requisitos de autocuidado que deben satisfacer los individuos: presenta primero los requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y por último los requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud ²⁶. Para efectos de esta investigación se trabajará con el primer grupo de requisitos que propone Dorothea Orem.

Los requisitos de autocuidado universales se precisan como los objetivos que

deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida, o lo que está en proceso de ser validado, sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital⁷.

Orem enuncia ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: El mantenimiento del aire, agua, alimentos, eliminación, equilibrio entre actividad y reposo, interacción social y la soledad, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento del bienestar y promoción del funcionamiento humano²⁷. Cada uno de estos requisitos universales es muy importante para el funcionamiento humano ya que son parte de la higiene personal, física y mental destinada a satisfacer las necesidades humanas básicas y parte integral de la rutina del diario vivir²⁶.

Así mismo están las medidas de autocuidado en el aspecto biológico para un envejecimiento saludable, se encuentra el autocuidado de los sentidos (tacto, oídos, ojos, gusto, olfato), las medidas que se toman en cuenta contribuyen a que el adulto mayor se relacione adecuadamente en su medio ambiente, sea más independiente y pueda disfrutar del mundo que le rodea. Entre los principales cambios normales que produce el envejecimiento se tiene: la disminución de la agudeza visual, alteración de la percepción de los colores, disminución de la capacidad para adaptarse a los cambios de luz y disminución de la producción de lágrimas²⁸.

En el autocuidado de los ojos se tiene en cuenta la prevención de enfermedades y posibles complicaciones, entre las más importantes esta: evitar el pase brusco de la oscuridad a la luz, iluminar muy bien su hogar especialmente por las noches, tener ayudas visuales como por ejemplo: lentes de aumento, libros de letras grandes, acudir por lo menos una vez al año al médico oftalmólogo o inmediatamente cuando se presenta alguna alteración inexplicable²⁸.

El principal cambio del sentido de gusto y olfato es la disminución de la capacidad de percibir los olores y sabores debido a una atrofia de las fibras olfatorias y gustativas, los cambios producidos en el oído es la pérdida gradual de la audición, se tiene dificultad para percibir o distinguir los sonidos, así como también el cerumen se vuelve seco y duro interfiriendo la transmisión del sonido. En cuanto al tacto existe una disminución de la sensibilidad. Entre las principales medidas de autocuidado se tiene: preparar alimentos apetitosos, permanecer en la cocina o cerca de ella cuando se preparen los alimentos, controlar el estado nutricional y pesarse por lo menos una vez al mes, moverse con cuidado por la disminución táctil en la planta de los pies, valorar el dolor, visitar al médico periódicamente, evitar exposición a ruidos ambientales, no utilizar hisopos para limpiarse los oídos, ni aplicar gotas al oído sin prescripción médica ²⁹.

Por otra parte está el autocuidado de la piel, en la vejez generalmente se vuelve seca, arrugada, frágil, disminuye la elasticidad con adelgazamiento. Lentitud de las cicatrizaciones de heridas y propensos al desarrollo de infecciones, hematomas, disminuye la capacidad de sentir frío y/o calor, menos sudoración, el pelo se vuelve cano con caída total o parcial del mismo ²⁹.

Además está el autocuidado en el sueño, numerosos estudios demuestran cambios en la vejez relacionados con la profundidad del sueño. Esta la disminución de la duración del sueño debido a constantes siestas por la tarde, aumento del sueño ligero y disminuye el sueño profundo, se levantan muy temprano por las mañanas. Se señala también el autocuidado de la memoria, en el envejecimiento normal se presenta la disminución de la memoria, que es una queja frecuente y muy preocupante, la pérdida de memoria a corto plazo denominados olvidos benignos de la ancianidad. Esta pérdida de memoria no se da en todos los adultos mayores, muchos de ellos mantienen una memoria intacta y conservada ³⁰.

Por último, se encuentra el autocuidado en el aspecto psicosocial y espiritual, la autoestima es una de las primeras necesidades de todo ser humano para la construcción de una vida plena. Todo ser humano encuentra en los familiares las posibilidades de poder realizarse, crecer y ser feliz, por lo tanto, el apoyo familiar es muy necesario ya que brinda una principal fuente de apoyo emocional, afecto, cuidados; reduce los efectos negativos de la transición de la vida como también se encuentra la incomparable felicidad de envejecer juntos. Este aspecto se orienta también a la manera en cómo afrontar la muerte, algunos adultos mayores ven la muerte como alternativa y no como pérdida. En general a ellos la muerte les puede causar menos ansiedad y la aceptan más que cualquier otro grupo, esto es debido a que han perdido parientes y amigos más que cualquier otro grupo, además de admitir su mortalidad, sufren enfermedades crónicas, que difícilmente superan y sienten que han realizado las tareas más importantes de su vida ²⁹.

Para sintetizar lo expuesto anteriormente, se entiende que autocuidado son un conjunto de acciones que tomará el adulto mayor para cuidar de sí mismo, sin tener ayuda de algún familiar o personal de salud como también la prevención de enfermedades, donde los adultos mayores deben aprender a llevar un estilo de vida saludable, teniendo una rutina de actividad física para el mantenimiento de la propia salud.

La Organización de la Naciones Unidas (ONU) organizó en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, conformada por los delegados de 124 Estados Miembros, donde adoptaron la definición convencional de vejez a la edad de 60 años como límite inferior ³¹.

Según la Organización Mundial de la Salud reitera que un adulto mayor es aquella persona que sobrepasa los 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen uno y otros países ¹⁵.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) sostiene que la etapa del adulto mayor se refiere a las personas de ambos sexos de sesenta años a más. Es en este periodo de la vida donde presentan una serie de cambios físicos que afectan diversos órganos y sentidos y hacen que el estilo de vida de las personas se modifique ³². Desde el punto de vista funcional se puede clasificar a los adultos mayores en tres grupos: Adulto mayor Autovalente, frágil y postrado o terminal ²⁹.

El adulto mayor Autovalente es aquella persona capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria como: alimentarse, vestirse, bañarse, uso de sanitario, etc. Así mismo realizar actividades instrumentales de la vida diaria como: asear la casa, ir a la tienda, uso de móvil, medicación, dinero. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Por otro lado está la persona adulta mayor frágil ²⁹, es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Por último se tiene a la persona adulta mayor dependiente o postrada, se define como la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una ausencia física o funcional que limita o impide al adulto mayor desempeñarse en las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% - 5% de los que viven en la comunidad tienen esta condición.

La forma de actuar de cada persona a lo largo de la vida se pone en evidencia en gran parte un reflejo de sus tradiciones y de su educación, y estas acciones plenamente repercuten sobre la capacidad funcional del adulto mayor, resultando primero una disminución y pronto una pérdida de la autonomía junto con la esporádica aparición de la dependencia ²⁰.

III- HIPÓTESIS

H1: La capacidad funcional está en relación con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru.

H0: La capacidad funcional no está en relación con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru

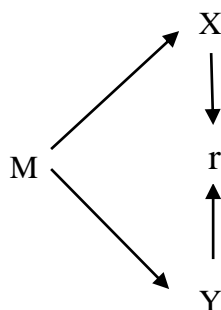
IV-METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación:

Se realizó investigación de tipo cuantitativa ³⁴ ya que se recopila información objetiva en cifras lo que permitió explicar, determinar las variables de estudio.

3.2. Diseño de investigación:

La presente investigación fue de diseño transeccional correlacional ³⁴, porque describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. Por lo tanto, se buscó la relación que existe entre ambas variables que son Capacidad Funcional y Autocuidado.



Donde:

- M : Adulto Mayor
- X : Capacidad Funcional
- Y : Autocuidado
- r : Relación

3.3. Población, muestra y muestreo

En esta investigación la población³⁵ está conformada por 500 adultos mayores programados por la jurisdicción del Centro de Salud Túpac Amaru 2018 según MINSA

Cuadro N°- 1 Adultos Mayores programados del C.S. Túpac Amaru -2018

| SECTORES | | N° |
|------------------------|--|------------|
| 1 | PP.JJ. Santa Rosa | 85 |
| 2 | El Porvenir | 50 |
| 3 | Asentamiento Humano Luis Alberto Sánchez | 20 |
| 4 | PP.JJ. Santo Toribio de Mogrovejo | 20 |
| 5 | Ampliación Túpac Amaru | 12 |
| 6 | PP.JJ. Túpac Amaru | 50 |
| 7 | Ricardo Palma | 60 |
| 8 | La Primavera | 70 |
| 9 | Cois | 08 |
| 10 | Zona Urbana | 125 |
| TOTAL POBLACIÓN | | 500 |

Fuente: Programación 2018 del C.S Túpac Amaru

La muestra³⁴ se obtuvo usando el método probabilístico y la fórmula para población finita. La muestra estuvo conformada por 165 adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru (Anexo N° 01).

Así mismo se utilizó el muestreo³⁶ estratificado por afijación proporcional³⁷ y muestreo aleatorio simple en cada estrato ubicando los datos de cada adulto mayor que asista al centro de salud y posterior a ello se procedió a visitar a cada uno en su domicilio para la realización de las encuestas.

Cuadro N°- 2 Afijación proporcional de la muestra

| SECTORES | | N° |
|----------------------|--|------------|
| 1 | PP.JJ. Santa Rosa | 28 |
| 2 | El Porvenir | 16 |
| 3 | Asentamiento Humano Luis Alberto Sánchez | 07 |
| 4 | PP.JJ. Santo Toribio de Mogrovejo | 07 |
| 5 | Ampliación Túpac Amaru | 04 |
| 6 | PP.JJ. Túpac Amaru | 16 |
| 7 | Ricardo Palma | 20 |
| 8 | La Primavera | 23 |
| 9 | Cois | 03 |
| 10 | Zona Urbana | 41 |
| TOTAL MUESTRA | | 165 |

3.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores que residan en la Jurisdicción del Centro de Salud Túpac Amaru
- Independientemente de diagnóstico médico sobre agregado.
- Si el adulto mayor presenta dependencia total será el familiar quien ayude a contestar las preguntas del cuestionario.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que al momento de la encuesta estuvieron de visita o que no vivan en la zona de estudio.

3.5. Operacionalización de Variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA | VALOR FINAL |
|---|---|---|---|---|--|---------|--|
| Independiente: CAPACIDAD FUNCIONAL | Se define como la habilidad de la persona adulta mayor de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas de la vida diaria | Las actividades de la vida diaria, serán medidas con la escala de Katz y se clasificará en: -Autónomo -Dependencia Ligera -Dependencia Moderada -Dependencia Severa -Dependencia Total | 1- Bañarse 2- Vestirse 3- Apariencia Personal 4- Usar el inodoro 5- Continencia 6- Traslarse 7- Caminar 8- Alimentarse | Sin ayuda Con ayuda parcial Con ayuda total | Independiente (2 puntos) Requiere Asistencia (1 punto) Dependiente (cero puntos) | Nominal | Autónomo (16 puntos) Dependencia ligera (11-15 puntos) Dependencia Moderada (6 - 10 puntos) Dependencia severa (1 a 5 puntos) Dependencia Total (0 puntos) |

| | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------|--|--|---------|--|
| Dependiente: AUTOCUIDADO | Acciones y decisiones que toma una persona adulta mayor dirigida a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud | Las prácticas de autocuidado serán medidas con la escala de Leitón y se clasificará en: -Autocuidado Deficiente -Autocuidado Regular -Autocuidado Bueno | Aspecto Biológico | -Cuidados de ojos. -Cuidados de oídos -Cuidados de piel -Cuidados de boca -Cuidados nutricionales -Cuidados en el sueño -Cuidados de memoria -Cuidados de eliminación | Escala de Likert: - Siempre - A veces - Nunca | Ordinal | Autocuidado Deficiente (80 a 133 puntos) |
| | | | Aspecto Psicosocial | -Participación en actividades de ocio -Estado emocional -Autoestima -Familia -Adaptación -Espiritualidad -Muerte | | | Autocuidado Regular (134 - 186 puntos) Autocuidado Bueno (187 - 240 puntos) |

3.6. Técnicas, instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos a aplicarse en la presente investigación fue la encuesta ³⁴, la cual ha sido aplicado tanto para la variable independiente: Capacidad funcional y la variable dependiente: Autocuidado, haciendo uso de dos instrumentos; el cuestionario de Katz y la escala de prácticas de autocuidado de Leitón que cuenta con 8 y 80 preguntas respectivamente.

El instrumento para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor fue la escala según Katz, esta se encuentra dividida en 8 dimensiones (Ver anexo N° 01) estructuradas de la siguiente manera: bañarse, vestirse, apariencia personal, uso del inodoro, continencia, trasladarse, caminar y alimentarse, cada uno con 3 ítems. La escala se evalúa con una clasificación de una escala de 0 al 2, donde la puntuación 0 necesita ayuda, 1 requiere asistencia y 2 no necesita ayuda ²⁰.

En cuanto a la validez fundamentalmente de contenido y de constructo con una sensibilidad aceptable y confiabilidad (0,73- 0,98), se puede mencionar que en los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante ²⁰.

El instrumento que se utilizó para la variable Autocuidado se tomó de la investigación titulada: Prácticas de Autocuidado, Capacidad Funcional y depresión en adultos mayores C.S. 9 de octubre – 2013, cuyos autores fueron Camacho S, Lachuma I. El instrumento utilizado por las investigadoras fue elaborado por Leitón y Ordoñez (2003), según el sustento teórico de Dorothea Orem, y los cambios del envejecimiento normal. Permite evaluar la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en sus dimensiones: biológica y psicosocial. Este instrumento consta de 80 ítems (Ver anexo N° 02), los cuales están divididos por 54 ítems para la dimensión biológica y 26

ítems para dimensión psicosocial. La consistencia interna encontrada por el autor para la validación se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.9100; Por lo tanto, es un instrumento cuya confiabilidad es demostrada por las investigadoras⁹.

Así mismo se aplicó la prueba piloto a 25 adultos mayores del centro de salud José Leonardo Ortiz que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para probar la fiabilidad de los instrumentos. Se aplicó la prueba de confiabilidad de alfa de cronbach y el valor que se obtuvo para el test de capacidad funcional fue de 0.90. Para el test de prácticas de autocuidado la prueba de confiabilidad fue de 0.844, ambos valores considerados con un nivel bueno.

3.7. Procedimientos

Primero se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, posterior a ello se sustentó ante un jurado evaluador el cual proporcionó correcciones y/o sugerencias.

Se presentó al Comité de Ética de la Facultad de Medicina para su aprobación, una vez aceptado se procedió a realizar la prueba piloto para corroborar que el instrumento a utilizar es confiable en la población de estudio.

Una vez obtenida la resolución del proyecto de tesis (Anexo 5) y habiendo obtenido el permiso del Centro de Salud Túpac Amaru (Anexo 6), Se procedió a aplicar los cuestionarios (Anexo 02), (Anexo 03), (Anexo 04), además se realizó el muestreo aleatorio simple ubicando primero los datos de cada adulto mayor que asista al centro de salud posterior a ello se visitó a cada uno en su domicilio para la realización de las encuestas.

La información adquirida será guardada como mínimo dos años para posibles auditorías que quiera hacer el jurado evaluador, posteriormente será eliminado toda información obtenida.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Después de haber obtenido la información se procedió a la verificación de la calidad de los datos; fueron codificados, tabulados mediante el programa EXCEL, después se transfirió al programa (SPSS versión 24) ³⁸ para la elaboración de la tablas estadísticas y la contrastación de la hipótesis. Una vez transferida los datos al programa estadístico mencionado anteriormente, se procedió a realizar la validación de los dos instrumentos utilizando para ello la prueba de confiabilidad del alfa de Cronbach (Anexo 06) para evaluar la consistencia interna tanto para el test de Capacidad Funcional como para Autocuidado.

Luego se calculó la prueba de normalidad de kolmogorov ($n > 30$) (Anexo 06) para el puntaje total, con el objetivo de averiguar si las valoraciones de los 165 encuestados siguen una distribución normal, cuyo resultado fue negativo en los dos test. Antes de cumplir con cada uno de los objetivos planteados en el presente estudio, se procedió a realizar tablas unidimensionales que corresponde a las características generales de los encuestados tales como: edad y sexo. Una vez, obtenido dicha información, se calculó tablas unidimensionales para cumplir con los objetivos tanto generales como específicos.

Con respecto al primer objetivo específico se realizaron dos tablas, una tabla unidimensional general sobre la capacidad funcional con su respectivo porcentaje y la segunda tabla que contiene de manera específica la capacidad funcional de cada una de las actividades básicas de la vida diaria.

Para responder al segundo objetivo específico se realizó una tabla

unidimensional con su respectivo porcentaje para el nivel de autocuidado general; para el tercer objetivo específico se utilizaron dos tablas unidimensionales y porcentajes para el nivel de autocuidado en el aspecto biológico así como también para cada dimensión. En cuanto al cuarto y último objetivo específico se utilizó también una tabla unidimensional con sus respectivos porcentajes acerca de autocuidado en el aspecto psicosocial.

Finalmente para cumplir con el objetivo general del presente estudio, se elaboró una tabla de contingencia colocando en dicha tabla el valor de chi cuadrado así como su p-valor para poder responder si existe o no relación entre las dos variables en estudio (Capacidad funcional y Autocuidado), una vez obtenida dicha información procedemos a calcular el coeficiente de Spearman para conocer qué tan correlacionadas se encuentran ambas variables. Adicionalmente se utilizó la tabla de medias de todas las dimensiones de autocuidado con la finalidad de presentar en forma más detallada el comportamiento de los valores numéricos obtenidos con la escala de autocuidado de Leitón y conocer si son estadísticamente significativas.

3.9. Matriz de Consistencia

| PROBLEMA | OBJETO | OBJETIVOS | MÉTODO | VARIABLES |
|---|---|--|---|---|
| <p>¿Cuál es la relación que existe entre capacidad funcional y autocuidado en los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru en el año 2018?</p> | <p>Capacidad funcional y del autocuidado adulto mayor</p> | <p>Objetivo General: -Determinar la relación que existe entre capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru -2018</p> <p>Objetivos Específicos: -Explicar el nivel de capacidad funcional que tienen los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru- 2018 -Identificar el nivel de autocuidado general que tienen los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru - 2018 -Identificar el autocuidado del adulto mayor en el aspecto biológico: cuidado de ojos, oídos, piel, boca, cuidado nutricional, sueño, memoria, eliminación; en el año 2018. -Identificar el autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto psicosocial en el año 2018</p> | <p>Cuantitativo</p> <p>Diseño Transeccional correlacional</p> | <p>Independiente: Capacidad funcional</p> <p>Dependiente: Autocuidado</p> |

3.10. Consideraciones éticas

En todo el proceso que se llevó a cabo en la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos básicos de Belmont ⁴¹, estos tres principios básicos son relevantes para la ética de la investigación en humanos.

El respeto por las personas; en este principio se incluye: en primer lugar que las personas deben ser tratadas con respeto como agentes autónomos, en segundo lugar, que aquella persona con autonomía disminuida también tiene derecho a ser protegida.

En la presente investigación se aplicó este principio abordando a los adultos mayores respetando su autonomía protegiendo su identidad en todo momento, se tomó en cuenta su independencia y el consentimiento de dichos participantes.

Beneficencia; este principio se resume en cumplir dos reglas generales que son: No causar daño a la persona y maximizar los beneficios posibles disminuyendo los daños.

Se aplicó este principio porque los adultos mayores fueron libres de participar en la investigación, primero informándoles acerca del procedimiento a realizarse, los objetivos, beneficios, del mismo modo fueron libres de abandonar y no querer ser parte de la investigación lo cual no implicó ningún tipo de daño.

Justicia; este principio se refiere a los requerimientos morales que se deben tener en cuenta al momento de seleccionar a los sujetos de investigación.

Se aplicó este principio escogiendo a los sujetos de investigación de manera parcial, justa y equitativa sin ningún tipo de conveniencia.

V- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características Generales

Tabla N° 1: ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD, CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| Grupo de edades | n | % |
|-------------------|------------|------------|
| Menor a 65 años | 29 | 17.6 |
| 66 años a 75 años | 71 | 43.0 |
| 76 años a 85 años | 52 | 31.5 |
| 86 años a más | 13 | 7.9 |
| Total | 165 | 100 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru. Chiclayo 2018.

Interpretación: La mayoría (43%) de participantes se encuentra entre la edad de 66 a 75 años que corresponde a la clasificación de adulto mayor anciano joven.

Tabla N° 2: ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO,
CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO
2018

| Sexo | n | % |
|-----------|-----|------|
| Femenino | 138 | 83.6 |
| Masculino | 27 | 16.4 |
| Total | 165 | 100 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru. Chiclayo 2018.

Interpretación: El 83.6% de los adultos mayores encuestados, fueron de sexo femenino.

4.2. Nivel de capacidad funcional que tienen los adultos mayores

Tabla N° 3: NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| Nivel de Capacidad Funcional | n | % |
|------------------------------|-----|-------|
| Dependencia Moderada | 1 | 0.6 |
| Dependencia Ligera | 2 | 1.2 |
| Autónomo | 162 | 98.2 |
| Total | 165 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru. Chiclayo 2018.

Interpretación: El 98.2% de los adultos mayores encuestados, tienen capacidad funcional autónoma para realizar las actividades básicas de su vida diaria y 0.6% tiene dependencia moderada.

4.3. Nivel de autocuidado general que tienen los adultos mayores

Tabla N° 4: NIVEL DE AUTOCUIDADO GENERAL QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| Nivel Autocuidado | n | % |
|-------------------|-----|-------|
| Regular | 35 | 21.2 |
| Bueno | 130 | 78.8 |
| Total | 165 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru. Chiclayo 2018

Interpretación: 78.8% de los adultos mayores tienen buen nivel de autocuidado general.

4.4. Autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto biológico: cuidado de ojos, oídos, piel, boca, nutricional, sueño, memoria, eliminación; en el año 2018.

Tabla N° 5: NIVEL DE AUTOCUIDADO GENERAL DEL ASPECTO BIOLÓGICO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| Nivel Autocuidado (Aspecto Biológico) | n | % |
|--|-----|-------|
| Regular | 5 | 3.0 |
| Bueno | 160 | 97.0 |
| Total | 165 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru. Chiclayo 2018.

Interpretación: 97% de los adultos mayores encuestados, tienen buen nivel de autocuidado en el aspecto biológico.

4.5. Autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto psicosocial en el año 2018

Tabla N° 6: AUTOCUIDADO EN EL ASPECTO PSICOSOCIAL QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| Nivel Autocuidado (Aspecto Psicosocial) | n | % |
|---|-----|-------|
| Regular | 3 | 1.8 |
| Bueno | 162 | 98.2 |
| Total | 165 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru. Chiclayo 2018.

Interpretación: 98.2% de los adultos mayores encuestados, tienen buen nivel de autocuidado en el aspecto psicosocial.

4.6. Relación que existe entre capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores

Tabla N° 7: RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD FUNCIONAL SEGÚN EL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| Capacidad Funcional | Autocuidado | | | |
|----------------------|---------------------|-----|-------------------|------|
| | Autocuidado Regular | | Autocuidado Bueno | |
| | n | % | N | % |
| Dependencia Moderada | 0 | 0 | 1 | 0.8 |
| Dependencia Ligera | 0 | 0 | 2 | 1.5 |
| Autónomo | 35 | 2.3 | 127 | 97.7 |
| Total | 35 | 100 | 130 | 100 |

$X^2=0.823$ gl=2 p=0.663 (p>0.05)

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru Chiclayo 2018.

| Escala | | Capacidad Funcional | Autocuidado |
|---------------------|---------|---------------------|-------------|
| Capacidad Funcional | r_s | 1.000 | -0.071 |
| | p-valor | | 0.367 |
| Autocuidado | r_s | -0.071 | 1.000 |
| | p-valor | .367 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru. Chiclayo 2018.

Interpretación: Podemos inferir que no existe relación entre capacidad funcional y autocuidado en los adultos mayores p=0.663 (p>0.05)

En el proceso de envejecimiento se producen cambios que afectan de manera lenta en el área; biológica, psicológica y social en cada individuo; en el aspecto biológico se pierde la fuerza, masa muscular, la reserva funcional (cardiaca, respiratoria, neurológica, renal, inmunológica, etc), igualmente en el área psicosocial se producen los cambios: ánimo, en la autopercepción de salud, calidad de vida, en la espiritualidad y la función cognitiva; así mismo, se producen cambios en el aspecto social: se retira laboralmente y depende de los hijos, apoyo estatal, los hijos se casan, se alejan de los padres lo que ocasiona déficit en el nivel socioeconómico tanto individual, familiar y comunidad ²¹.

Por influencia de los determinantes sociales durante su ciclo de vida, el adulto mayor presenta problemas de salud como: las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes, Hipertensión Arterial, Osteoporosis etc.); según INEI en el año 2018 publicó que el 81% de la población adulta mayor femenina presentó enfermedades crónicas, siendo este porcentaje menor en la población masculina 71.7% que sufren enfermedades no transmisibles, estas enfermedades a menudo afectan o colocan el riesgo el estado funcional del adulto mayor ^{42,43}.

Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional del Índice de Katz, la cual proporciona los datos objetivos que pueden indicar la decadencia o mejoramiento del estado de salud y que permite al personal de salud participar de forma apropiada.

Los participantes tuvieron las siguientes características: 43% de los adultos mayores encuestados oscila entre 66 a 75 años mientras que el 31% tienen edades entre 76-85 años de edad, y el 7.9 % de los adultos mayores tienen más de 86 años, de acuerdo a las características encontradas la mayoría se encuentra en la clasificación de adulto mayor anciano joven, también se observa una considerable proporción de población anciana vieja y longeva. Estos datos son similares a los ya publicados en la Organización Mundial de la Salud donde muestra que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 70 años y menciona que Japón tiene el 30% de su población que supera los 60 años a diferencia de nuestro país que en la actualidad el 10.4% ⁴³ es adulta mayor y en Lambayeque el 10.6% de la población supera los 60 años ⁴⁴.

Con respecto al sexo (tabla N°2) se evidencia que 83.6% de los adultos mayores encuestado fueron de sexo femenino y el resto masculino. Estos datos coinciden con los publicados en el años 2015 que en el Perú el 53.3% de adultos mayores eran mujeres y el 46.6% eran hombres; este crecimiento poblacional es similar a los que ocurre en el departamento de Lambayeque donde el 53% de la población adulta mayor fue de sexo femenino y el 47% de sexo masculino. Todos estos datos nos revelan que las mujeres son las que alcanzan mayor esperanza de vida por lo que en el mundo científico se habla de feminización del envejecimiento ⁴⁵.

Los resultados de la presente investigación se orientan al proceso de explicar el nivel de capacidad funcional que tienen los adultos mayores; se sabe que la evaluación de la capacidad funcional es el centro de la valoración del adulto mayor, ya que posibilita la detección temprana de discapacidades o enfermedad subyacente y es uno de los principales determinantes de su calidad de vida.

Los resultados demuestran que el 98.2% de los adultos mayores tienen una capacidad funcional autónomo para realizar las actividades básicas de su vida diaria, mientras que una mínima proporción tiene dependencia moderada. El mayor porcentaje de discapacidad podría atribuirse a que la vejez no es sinónimo de deficiencia; pero sí que a mayor edad existe el riesgo de discapacidad más alto, y estas limitaciones son más notorias a partir de los 75 años ⁴⁶. Además teóricamente según la OMS ⁴⁴ el 65% de adultos mayores que viven en la comunidad son consideradas personas autovalentes capaces de realizar actividades de la vida diaria sin dificultad. Los que presentaron capacidad funcional con algún grado de dependencia probablemente se debe a que participaron población anciana vieja, longeva y mujeres; ya que existen factores que indican que la mayor prevalencia de discapacidad es: sexo femenino, pobreza, menor escolaridad.

Estos resultados son similares a un estudio realizado en Arequipa ⁴⁷ en el año 2018 donde publicaron que el 72% de adultos mayores muestran autonomía para las actividades básicas de la vida diaria y que un mínimo porcentaje de 7% presentaron dependencia. Igualmente en un estudio realizado en Iquitos ⁹ en el año 2013 publicaron que el 92.8% son autónomos e independientes en actividades básicas de la vida diaria y el 9,2% tienen algún grado de dependencia. Otro estudio realizado en

Colombia ⁴⁸ en el año 2017 muestra lo contrario, que en la funcionalidad del adulto mayor predomina con dependencia severa 52.5%, el 20% con dependencia moderada y el 17.5% es independiente en las actividades básicas de la vida diaria.

Entonces a medida que la persona envejece, a partir de los 75 años se coloca en una situación de fragilidad, disminuyendo los niveles de reserva funcional, desde el punto de vista biológico. El envejecimiento fisiológico es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a los largo del tiempo, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades tanto mentales como físicas, repercutiendo en la etapa de la vejez aumentando el riesgo de sufrir enfermedades y finalmente la muerte ⁴⁴.

La escala del índice de Katz consta de 8 ítems; y sirve para valorar si el adulto mayor tiene capacidad funcional autónoma o es dependiente. En la población estudiada con respecto a la dimensión baño: 98% manifiesta ser independiente. En la capacidad de vestirse, 98.8% manifestaron ser independiente. El 99.4% de los adultos mayores, manifestaron ser capaces de cuidar su apariencia sin ayuda de nadie y el 100% de la población manifiesta no necesitar ayuda para alimentarse. Estos resultados indican que es factible realizar intervenciones a nivel comunitario para mejorar su capacidad funcional y calidad de vida especialmente de actividad física y alimentación.

Estos resultados son diferentes a los publicados en Colombia donde muestran que 72,5% de los ancianos eran independientes para alimentarse y el 67,5% requerían ayuda para vestirse ⁵. Probablemente esta diferencia es porque en el estudio realizado en Colombia fueron adultos mayores que tuvieron algún grado de dependencia y contaron con un acompañante familiar, por lo contrario en el presente estudio se tiene adultos mayores activos autónomos que viven en sus domicilios, y además asisten voluntariamente a reuniones, consultas que realiza el establecimiento de salud.

En cuanto al uso de inodoro, 98.8% de los adultos mayores manifestaron ser capaces de ir al inodoro, sentarse, pararse, ajustar su ropa, limpiar sus órganos de excreciones, usar el orinal sólo en la noche, con respecto a la continencia el 100% de

los adultos mayores pueden auto controlar la micción y defecación. El 98.8% de los adultos mayores manifiestan poder trasladarse sin ayuda mientras que el 1.2% requiere asistencia. En cuanto al caminar el 98.8% de los adultos mayores manifestaron no necesitar ayuda. El poder realizar adecuadamente las necesidades fisiológicas básicas son necesarias para mantener la calidad de vida; ya que la incontinencia es un problema social e higiénico que repercute en lo personal, social y económico. Estos resultados son similares a los encontrados en Arequipa ⁴⁷ donde el 80.8% es independiente en la actividad de uso del inodoro, el 63.6% refiere ser independiente en la actividad caminar, en cuanto a la continencia y deposición el 71.2% - 84.6% respectivamente refirieron no tener problemas para estas actividades.

Por otro lado un estudio realizado en Colombia ⁴⁸ dice lo contrario donde muestra que el 26,1% son dependientes en actividades como la micción y la ambulación en el grupo de ancianos mayores 75 años. Conforme el adulto mayor avanza en edad las capacidades se va deteriorando perdiendo la funcionalidad de los sistemas osteomuscular, óseos, nervioso, etc. lo cual se va observando con la pérdida de control de esfínteres, aumento del tamaño de la próstata, en mujeres el prolapso, disminución de los niveles de estrógenos, dolor de huesos, dependencia al caminar, además de no poder realizar por sí mismos las actividades básicas de la vida diaria.

El estudio realizado en Colombia difiere de los resultados de la presente investigación y se podría explicar porque el estudio tenía como requisito principal que los sujetos de investigación debían tener algún grado de dependencia, teniendo en cuenta que la edad en su mayoría era de 75 años a más, Lo cual diverge con la investigación ya que son adultos mayores entre 66 a 75 años que realizan sus actividades sin necesidad de ayuda de otros.

Con respecto al segundo objetivo 78.8% de adultos mayores tienen autocuidado general bueno y el 21.2% tiene un autocuidado regular. Este alto porcentaje de valoración general se ha obtenido de personas autovalentes, lo que ha reducido el margen de encontrar población con problemas de autocuidado. Los adultos mayores tienen la preocupación de mantener apariencia de adultos mayores sanos, ya que se

vive en una sociedad de rechazo en relación con la edad y del estereotipo social del viejo.

La práctica de autocuidado en algunos estudios demuestra que son iguales. En Trujillo en el año 2014 publicaron que 82.35% de adultos mayores tuvo una buena práctica de autocuidado y 17.65% tuvo regular práctica de autocuidado ⁴⁶. Así mismo un estudio realizado en Guadalupe muestra que el 53% presentó un nivel de autocuidado alto y el 47% presentó un nivel de autocuidado regular ⁴⁹. Otro estudio realizado en México muestra que los resultados acerca de las prácticas de autocuidado global fueron: 76.6% tuvo autocuidado muy bueno, el 22.4% tuvo autocuidado bueno y solo 1% tuvo autocuidado regular ¹⁰.

Se puede decir que el autocuidado en las personas adultas mayores responde a la satisfacción de las necesidades básicas que tiene el ser humano. El envejecimiento es un proceso biológico que se acompaña de una serie de cambios tanto estructurales como funcionales que van apareciendo con el paso del tiempo, lo cual deteriora también la capacidad de autocuidado ⁴⁶. Sin embargo, como en las diferentes etapas de vida, los adultos mayores saben enfrentarse a las circunstancias donde la salud para la mayoría se constituye en una de las principales preocupaciones de su vida lo cual hace que vayan adquiriendo conocimientos, prácticas o habilidades de autocuidado basado en sus experiencias para un cuidado integral que satisfaga sus necesidades fisiológicas, emocionales, etc. además que el poseer una buena capacidad de autocuidado hace al adulto mayor una persona independiente y responsable del cuidado de su salud ⁵⁰.

Los adultos mayores no solo tienen la capacidad física e intelectual para aprender por sí mismos acerca de su autocuidado sino que también la transmiten a sus amigos con quienes interactúan ⁹. Por ende el individuo tiene un potencial ilimitado de aprendizaje independientemente de su edad ya que estas personas en ocasiones asisten a reuniones donde el personal de salud tiene como objetivo educar al adulto mayor y lograr que adopte conductas o estilos de vida saludable y pueda cuidar de sí mismo.

El aprendizaje en el adulto mayor no se deteriora con el paso de los años, por el contrario, el proceso de aprendizaje se desarrolla de manera dinámica y fluida durante toda la existencia. Los adultos mayores aprenden mejor cuando: gozan de buena salud, su audición y visión se encuentran en buenas condiciones: tienen alta autoestima. El medio en la cual vive el adulto mayor proporciona relaciones confiables con personas de su misma edad. Otro aspecto a tener en cuenta en el aprendizaje es el sistema de valores, creencias y la cultura; además, los aspectos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, etc. todo lo mencionado ofrece al que aprende fuentes de apoyo social que le ayuden a adquirir habilidades, conocimientos por sí mismo. El aprendiz por lo tanto, se convierte en el protagonista de su propio aprendizaje ²⁹.

Además el 21.2% tienen prácticas de autocuidado regular. Estos resultados indican que el autocuidado y la promoción de la salud son de suma importancia para mantener un envejecimiento saludable, a pesar de que la vejez cada vez se vuelva más difícil de sobrellevar. En el proceso de envejecimiento hay factores que van a impedir o limitar que el adulto mayor ejerza un buen autocuidado, ya que en este proceso se realizan diversos cambios anatomofisiológicos como también el deterioro de algunas funciones cognitivas, aparecen las enfermedades crónico degenerativas, problemas psicosociales como la depresión, ansiedad, el abandono, y varios aspectos que van a restringir la práctica de autocuidado ⁵⁰.

Los resultados encontrados muestran que la mayoría de adultos mayores presentan prácticas de autocuidado buenas, probablemente se deba a que la muestra del estudio son personas ancianos jóvenes en un 43% y en mayor proporción son de sexo femenino, con una capacidad cognitiva integra capaces de aprender y mejorar su capacidad de autocuidado, además se considera que la mujer se cuida más que el varón, ya que le da más importancia a su salud y su imagen ⁵⁰.

El tercer objetivo específico: Autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto biológico: cuidado de ojos, oídos, piel, boca, estado nutricional, sueño, memoria y eliminación. Los resultados muestran que 97% de los adultos mayores tienen un nivel de autocuidado bueno y 3% tiene autocuidado regular con respecto al aspecto biológico.

Al respecto, existe un estudio realizado en José Leonardo Ortiz- Chiclayo⁸ que difiere con los resultados de esta investigación, muestra que en la dimensión biológica los adultos mayores tienen un nivel de autocuidado medio donde destacan los varones con un 94.1%, 23% de mujeres presentan nivel de autocuidado bajo. Estos resultados evidencian que los adultos desconocen o no le brindan la importancia debida a este tipo de cuidados que lo exponen a situaciones de riesgo como caídas, disminución de la capacidad auditiva, que consuma alimentos que afecta su salud, etc. todo ello repercute en la funcionalidad y en su calidad de vida.

Se observa que 69.7% de adultos mayores tienen un autocuidado bueno en cuanto al cuidado de ojos, mientras que solo el 1.2% tiene un autocuidado deficiente. Uno de los cambios que se observa en el envejecimiento en la vista caída o suspensión del parpado, además 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 de tamaño y se vuelve rígido. Frecuentemente aparecen cataratas. A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años impidiendo desempeñar diversas actividades dentro y fuera del hogar ⁵².

Adicionado a ello, el padecer de enfermedades crónicas degenerativas incrementan el riesgo de discapacidades, por ello es primordial tener controles anuales con el oftalmólogo, para control de presión ocular, si hay disminución de agudeza visual, dolor e inflamación, etc. ²⁹ en los resultados de la presente investigación muestra un representativo porcentaje de adultos mayores que tienen autocuidado regular con 29.1% que indican que no toman importancia al cuidado de los ojos, ya que referían no asistir a sus controles médicos con el oftalmólogo ya sea por la falta de tiempo o de dinero y a pesar de tener el seguro integral de salud, lo que evidencia que no existe prácticas de atención preventiva.

En el cuidado de los oídos los resultados muestran que los adultos mayores tienen un autocuidado regular con 83%. A medida que la persona envejece 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 ⁵². Según la Sociedad española de Otorrinolaringología ⁵³ nos dice que la pérdida de audición progresiva que aparece en la tercera edad está presente en el 20% de las personas mayores de 60 años. Este porcentaje aumenta con el paso de los años, pues afecta a un 30% de las personas de entre 65 y 70 años y al 70% de las personas que superan los 70 años.

Se puede decir que los adultos mayores no tienen un buen autocuidado de los oídos, como por ejemplo la no concientización de asistir a controles con el otorrinolaringólogo ya que se realizan por lo menos una vez al año, refieren también limpiarse los oídos con hisopos lo cual no se debe hacer ya que facilita la formación de tapones de cera y puede empujarla, agravando más la impactación, tampoco se debe introducir instrumentos punzantes (como llaves u horquillas de cabello) que pueden provocar infecciones o perforación del tímpano, para ellos es normal perder la audición, y no le toman importancia a este aspecto biológico. Sin embargo solo para el 17% de adultos mayores es primordial la salud de sus oídos. El no tener esta práctica de autocuidado en este aspecto puede conllevar a tener aislamiento social debido a la dificultad de comunicación con sus familiares y amigos, así como también perder la capacidad de escuchar señales preventivas.

Con respecto al cuidado nutricional los resultados muestran un autocuidado bueno en 75.8% y autocuidado regular en 24.2% de los participantes. Un estudio similar realizado en Guadalupe muestra que 62% presento un nivel de autocuidado nutricional alto, mientras que el 38% presento nivel de autocuidado regular ⁴⁹. De igual modo un estudio realizado en Colombia muestra que el 53.11% de adultos mayores presentan un adecuado autocuidado nutricional, frente a un 38.42% con un autocuidado regular y un 7.9% de autocuidado deficiente ⁵⁴.

Una buena alimentación es fundamental en cada una de las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez. Los aspectos básicos de una dieta son los mismos a lo largo de cada ciclo de vida, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que se envejece. Se produce disminución de la musculatura del esófago, lo cual hace que la digestión sea lenta, es decir, retarda la absorción de los alimentos, por eso los adultos mayores necesitan variedad de nutrientes como (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales). Otro de los cambios producidos por el

envejecimiento es la atrofia de la mucosa oral y encías, dientes quebradizos, desgastados o ausencia de ellos que no les va permitir masticar adecuadamente. Así como también hay presencia de estreñimiento debido a la disminución del peristaltismo ²⁹.

La información sobre alimentación en la población en general es escasa, por lo que al llegar a la vejez aún no se tiene estilos saludables de alimentación, y en su afán de cuidado terminan consumiendo alimentos no favorables para la digestión y su alimentación.

En el cuidado del sueño los resultados muestran autocuidado bueno con 83.6% y 24.2% de autocuidado regular en los adultos mayores. Existen otros estudios que no corroboran estos resultados como el realizado en Colombia ⁵⁴ en el año 2017 donde muestra que el 51.98% tiene un nivel de autocuidado regular con respecto al sueño y un 21.47% tiene autocuidado bueno.

Se puede explicar que el ciclo vigilia-sueño del anciano no es igual a la de un joven, lo cual se caracteriza por una disminución de sueño nocturno, aumento de la cantidad y duración de despertar por las noches, disminución del sueño lento y una mayor somnolencia y fatiga diurna. Conforme avanza la edad se reduce la capacidad para mantener el sueño, es decir, cuesta más permanecer despierto. Normalmente el adulto se pasa durmiendo todas las horas requeridas en la cama, mientras que el adulto mayor cuando se acuesta en la cama pasa horas en vela hasta conciliar el sueño. Esta práctica es adecuada porque permite que el adulto mayor durante las horas del día se mantenga despierto interrelacionándose ya sea con sus familiares cercanos, amigos o sociedad en conjunto ⁵⁴.

Los resultados expuestos anteriormente muestran que los adultos mayores refieren tener problemas para dormir ya que presentaban estrés, pérdida de seres queridos, depresión, problemas económicos y enfermedades crónicas. Todo esto muestra lo contrario con la población de estudio, ya que son adultos mayores activos e independientes y no tienen problemas con el sueño.

Con respecto al cuidado de la eliminación los resultados muestran que el 73.9% tiene un autocuidado bueno y el 26.1% de los participantes tuvo autocuidado regular. Un estudio realizado en Colombia ⁵⁴ muestra lo contrario donde el 45.2% tiene autocuidado regular, el 31.64% refirió tener un buen autocuidado y el 22.6% con aun autocuidado deficiente.

En el adulto mayor la pérdida involuntaria de la orina de forma regular es uno de los problemas más frecuentes, produciendo un gran malestar, como los problemas de higiene, ansiedad, depresión y aislamiento, lo cual conlleva a un importante impacto psicológico y social que como consecuencia agrava el estilo de vida del adulto mayor. Con respecto a la eliminación intestinal, el sistema gastrointestinal del adulto mayor es diferente del adulto joven o adulto ya que la digestión se hace más lenta, con tendencia al estreñimiento, aumenta la flatulencia y el dolor abdominal. Existe una disminución de calcio, hierro, grasas, proteínas y vitamina B. Las alteraciones en la función intestinal de los adultos mayores se pueden atribuir a factores como el envejecimiento, disminución de la movilidad y actividad física, el tipo de alimentación, enfermedades y prácticas terapéuticas ^{29,54}.

En el presente trabajo de investigación con respecto al cuidado de la eliminación no se muestran resultados significativos acerca de problemas de incontinencia urinaria, estreñimiento ya que la muestra de estudio que son los adultos mayores son personas en su mayoría autónomas, activas y con un autocuidado bueno.

En el cuidado de la memoria los resultados muestran que el 74.5% tiene un autocuidado bueno, mientras que el 25.5% tiene un autocuidado regular.

El deterioro cognitivo es una enfermedad asociada al envejecimiento, lo cual se hace presente cuando hay alteraciones en las actividades de la vida diaria, funciones mentales, orientación, reconocimiento visual, lenguaje, interacción social y sobre todo en la memoria, sin embargo, es necesario saber diferenciar un envejecimiento normal de un patológico ⁵⁵.

Este tipo de situaciones se dan en el envejecimiento normal, y corresponde a la pérdida de memoria a corto plazo que son llamados “olvidos benignos de la ancianidad” como por ejemplo recordar donde guardaron sus llaves o lo que iban a realizar durante el día, esto se debe a que les resulta difícil retener nueva información, nuevos datos. Sin embargo, teniendo presentes estas fallas no afectan el desenvolvimiento de la capacidad funcional del adulto mayor ⁵⁵. Cabe mencionar que no todos los adultos mayores sufren estos cambios ya que existen numerosos grupos que conservan aun sus funciones conductuales y cognitivas intactas ²⁹.

Se puede decir que los adultos mayores del estudio presentan un buen autocuidado con respecto a la memoria ya que el centro de salud al cual ellos acuden realizan entrenamiento cognitivo como: realizar crucigramas, pupiletras ejercitando la mente, intentar memorizar rostros, estar al día con las noticias además de comentarlas con sus vecinos o amigos. Lo cual es de suma importancia seguir ejercitando la mente implementando programas donde participe no solo Enfermería sino en conjunto el equipo multidisciplinario para así ayudar a disminuir los efectos del deterioro cognitivo siendo este un síndrome geriátrico común en el adulto mayor.

En el cuidado de la boca los resultados obtenidos muestran que el 52.1% tienen un autocuidado regular y 47.3% tiene autocuidado bueno. Existen otros estudios que corroboran los resultados anteriores como uno realizado en Apurímac ⁵⁶ muestra que el 97.5% tuvo autocuidado regular en cuanto a su salud bucal.

En la boca se forma el bolo alimenticio que es triturado por los dientes para una buena digestión, ayuda en la pronunciación de las palabras y la apariencia personal. Sin embargo, en el envejecimiento se produce una serie de cambios en estructuras y funciones de la cavidad bucal, entre los principales cambios son la sequedad de boca por disminución de la saliva y esto se debe a la edad o por los medicamentos alterando la degustación. Hay un mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes quebradizos. Hay una reducción de tejido nervioso y vasos sanguíneos, provocando mayor sensibilidad, las encías se

adelgazan, favoreciendo la pérdida de los dientes, se reduce la capacidad para soportar presión de una prótesis dental y disminuye la capacidad de masticar ²⁹.

Los adultos mayores no asisten a sus controles con el dentista y esto se explica porque tiempo atrás ellos vivieron en una época donde la salud bucal no era considerada importante ya que las intervenciones orales solo se limitaban a la extracción de dientes y además los tratamientos ocasionaban mucho dolor, todo esto hacia que la visita al odontólogo sea con temor. En consecuencia, la población adulta mayor presenta en su mayoría problemas dentales que el resto de la población ⁵⁷.

Con respecto al cuidado de la piel los resultados muestran que el 87.9% tienen un autocuidado regular y el porcentaje restante 12.1% refiere tener autocuidado deficiente. Un estudio realizado en Brasil ⁵⁸ muestra que los adultos mayores tienen un autocuidado regular con un 64.3% respecto al cuidado de la piel.

La piel del adulto mayor es muy diferente a la de un adulto o adulto joven, generalmente se vuelve más seca, frágil y menos elástica, además de alterar o disminuir las funciones que cumple. Estos cambios que se producen pueden influenciar en la imagen de sí mismo y en la confianza de la persona, repercutiendo también, en la interacción social con riesgo de aislamiento. Entre otros cambios que se producen en la piel se tiene el aumento de riesgo de presentar úlceras por presión para adultos mayores que viven postrados o tienen un mayor grado de dependencia lo cual se debe a la reducción de grasa cutánea y niveles de colágeno. Se vuelve lenta la cicatrización de heridas y mayor riesgo de infecciones ²⁹.

El adulto mayor a pesar de su edad debe cuidar la aparición de manchas, lunares, melanomas, etc. es importante que examine su piel por lo menos una vez al mes para poder actuar a tiempo ya que diversos estudios indican que existe una gran probabilidad de aparición de problemas cancerígenos y es necesario buscar ayuda médica especializada. Con respecto al cuidado de los pies como: usar zapatos cómodos, realizar ejercicios de piernas, evitar caminar sin zapatos, cambiarse de medias todos los días, saber cortarse las uñas de manera recta, todos estos cuidados

son evaluados por el personal de enfermería en el centro de salud, así se evitan las malas posturas, comodidad al momento de caminar, la buena higiene, evitar que las uñas se encarnen y pueda producir lesiones etc.

A todo esto la Enfermera tiene la capacidad de poder implementar programas que expliquen el buen autocuidado de la piel donde participe no solo el adulto mayor sino también la familia logrando tener un seguimiento en el centro de salud y en casa.

El cuarto objetivo específico: autocuidado que tiene el adulto mayor en el aspecto psicosocial. Los resultados muestran que el 98.2% de adultos mayores tienen un autocuidado bueno y solo el 1.8% tiene autocuidado regular. Estos resultados difieren con la investigación realizada en Ibagué Colombia ⁵⁵ donde muestra que el 40.68% de los adultos mayores presentaron un autocuidado regular, el 30.51% autocuidado deficiente y el 28.25% tuvo una buena práctica de autocuidado. Así mismo una investigación realizada en Chiclayo ⁸ muestra que el 55.6% tiene autocuidado regular, el 42.9 tiene un autocuidado deficiente y solo el 1.6% tiene un buen autocuidado.

En la última etapa de vida, la autoestima cobra un papel importante, pues los factores que contribuyen a los problemas del concepto de sí mismo, pueden ser asociados con los cambios físicos, enfermedades, crónicas o agudas, bienestar psicológico y actitudes sociales compatibles con la vejez. Si bien el adulto mayor se torna con autoestima baja tomará una actitud de desaliento, resignación; negando así la iniciativa de superación y de gozar una vida plena. En cambio si el adulto mayor tiene una autoestima alta sus actitudes serán sentirse valioso, útil, participativo, aunque se noten sus potencialidades físicas disminuidas, su mente seguirá excelente, adaptándose de esta manera mejor al proceso de envejecimientos teniendo posibilidades de vivir una vida con bienestar y agrado ⁴⁹.

El quererse a sí mismo, valorarse, sentirse valioso permite que el adulto mayor asuma actitudes positivas hacia el mundo, buscando los medios que le ayuden a mantener una vida activa saludable mediante el aprendizaje de correctas prácticas de

autocuidado, pues tienen la certeza y la capacidad de realizarlas en la vida cotidiana⁴⁹.

Según los resultados obtenidos en la presente investigación muestra que el nivel de autocuidado que presentaron los adultos mayores es muy buena; ya que en el centro de salud donde acuden se les realiza diferentes sesiones dinámicas con el objetivo de que entiendan lo valioso y útiles que son, además de que los adultos mayores son una fuente rica de conocimientos y experiencias que nos van a ayudar a reconocer y enfrentar la vida de diferente manera. Por el contrario la investigación realizada en Chiclayo⁸ muestra que el 55.6% tiene autocuidado regular, 42.9 autocuidado deficiente donde las autoras indican que los adultos mayores de la población de José Leonardo Ortiz no asisten a sus terapias recreativas y/o de relajación, trabajos manuales, etc. ya sea por falta de tiempo o desinterés lo cual no ayuda a que ellos se mantengan ocupados y tengan un mejor afrontamiento de problemas, a sentirse mejor con ellos mismos y por ende envejecer saludablemente. Esto explicaría la diferencia de resultados.

Con respecto a las variables capacidad funcional y autocuidado no se encontró relación estadística, el valor obtenido es de $p=0.633$ mayor a lo esperado. En un estudio realizado en México¹⁰ mostró como resultado que existe una mínima relación entre las variables capacidad funcional y autocuidado. A nivel nacional en Loreto los autores Camacho S, Lachuma I. detectaron que el 92% de adultos mayores que son independientes en capacidad funcional, en su mayoría (78%) tiene buenas prácticas de autocuidado; así mismo del 8% de adultos que presentaron algún grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria el 4.6% tiene autocuidado bueno y el 3.4% autocuidado regular. Sin embargo al realizar el análisis estadístico se encontró un valor de significancia de $p=0.098$, lo cual concluyen que no existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y las prácticas de autocuidado en adultos mayores⁹.

El resultado de la presente investigación, se puede explicar por qué la mayoría de adultos mayores del centro de salud Túpac Amaru eran autónomos y capaces de

continuar con su autocuidado, igualmente la pequeña proporción que tuvieron dependencia moderada; ya que el autocuidado y la funcionalidad está relacionada con el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor.

Una persona con autonomía es un ser que actúa con libertad, capaz de tomar sus propias decisiones, sin embargo, el no tener independencia, hace a la persona incapaz de razonar y actuar en función de sus deseos. Esta autonomía debe ser respetada, ya que es una condición por la cual el adulto mayor goza de autosuficiencia en la libertad de pensamiento, deseo, palabra y acción ⁵⁹.

En el proceso de envejecimiento no todos los adultos mayores presentan limitaciones intelectuales y/o físicas, y no todas las enfermedades anulan o disminuyen su capacidad funcional y su capacidad de decisiones. Es plenamente autónomo. Por ende, en cualquier situación deben ser respetados y consultados en sus decisiones ⁵⁹. Esta actitud debe ser tomada por parte del adulto mayor, la familia en sí y la sociedad que le rodea, ya que la vejez es considerada una etapa más de la vida por la cual toda persona pasa y que debe vivirse con dignidad.

Entonces la independencia funcional tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas adultas mayores repercutiendo en su cuidado y en la salud ya que mientras la persona tenga el control de sí misma se sentirá importante satisfecha y se considerará una persona digna ⁶⁰.

VI-CONCLUSIONES

- Los adultos mayores estudiados en su mayoría fueron ancianos jóvenes (66-75 años) y de sexo femenino con un 83.6%.
- 98% de adultos mayores tienen capacidad funcional independiente o autónoma en las actividades de: higiene, vestido, apariencia, uso de inodoro, trasladarse, caminar; y el 100% manifiesta ser autónomo en las actividades de continencia y alimentación.
- Los adultos mayores tuvieron el 78.8% nivel de autocuidado general bueno.
- En el aspecto biológico los adultos mayores mostraron autocuidado bueno en las dimensiones de: cuidado del sueño (83.6%), nutricional (75.8%), cuidado de la memoria (74.5%) y obtuvieron autocuidado regular en el cuidado del oído (83%), cuidado de la boca (52.1%) y cuidado de la piel (87.9%).
- En el aspecto psicosocial el 98.2% de adultos mayores tienen prácticas de autocuidado bueno y el 1.5% fue regular.
- Finalmente, al establecer la relación entre capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del centro de salud Túpac Amaru – 2018, se determinó que estadísticamente no existe relación entre ambas variables, observándose que la capacidad funcional no tiene repercusión sobre el autocuidado en el adulto mayor.

VII- RECOMENDACIONES

- Que en el equipo de salud que está a cargo del programa de adultos mayores, fomenten actividades recreativas y lúdicas que les ayuden a los adultos mayores a mejorar las actividades básicas de la vida diaria, y al mismo tiempo fomentar paseos y ejercicios al aire libre, talleres de bailoterapia, manualidades y de envejecimiento saludable.
- Los profesionales de la salud deben educar y promocionar el autocuidado en los adultos mayores en sus diferentes dimensiones: física, psíquica, social, política, económica, familiar comprometiendo a todas las autoridades del centro de salud Túpac Amaru, involucrar a la familia de los adultos mayores para que los hagan partícipes de las actividades cotidianas del hogar y también participen en el fomento del autocuidado del adulto mayor.
- Los profesionales del centro de salud Túpac Amaru especialmente los involucrados en el programa del adulto mayor, deben motivar a los adultos mayores a asistir al programa estableciendo una comunicación continua a través de radio, periódico mural, invitaciones personales, sorteo, ganancias de premios.

VIII- LISTA DE REFERENCIAS

1. Valera L, Chávez H, Tello T, Ortíz P, Gálvez M, Casas P, et.al. Perfil Clínico, Funcional y SocioFamiliar del Adulto Mayor de la comunidad en un Distrito de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2002 [consultado 3 de abril 2018]; 32(4): 709–16. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000400012&script=sci_arttext
2. OMS | Envejecimiento. WHO [Internet]. 2015 [consultado 6 de abril 2018]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
3. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2018 [consultado 7 de abril 2018]; Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
4. Acosta C, González A. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. Enseñaza e Investig en Psicol [Internet]. 2010 Nov 12 [consultado 3 de abril 2018]; 15(2):393–401. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/639/1116>
5. Giraldo C, Franco G. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Av.enferm [Internet]. Ene 2008 [consultado 7 de abril 2018]; 26(1): 43–58. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884>
6. Storeng SH, Sund ER, Krokstad S. Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. BMJ Open [Internet]. 2018 [Access 3 april 2018]; 8(3): 1-10. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29530908>
7. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [consultado 18 de abril 2018]. 87 p Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4131>

8. Condemarín L, Evangelista A, Benavides Y. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del “Adulto Mayor” del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015. 2015; 2(2): 19–29. Disponible en:
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/SSSU_98426d1c8e2a7ce818b5fd1880010947/Details
9. Camacho S, Lachuma I. Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores C.S. 9 de octubre – 2013. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014. [consultado 4 de mayo 2018]. 110 p. Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3539>
10. Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Univ [Internet]. Jul 2016 [Consultado 3 de abril 2018]; 13(3): 159–65. Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316300197>
11. Cervantes R, Villarreal E, Galicia L, Vargas E, Martínez L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Atención Primaria [Internet]. Jun 2015 [consultado 3 de abril 2018]; 47(6): 329–35. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
12. Vasconcelos S, Souza S, Carneiro L, Alves C. Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas. Colomb Med [Internet]. Sep 2016 [Access 3 april 2018]; 47(3): 167–71. Available in:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1593>
13. Liang Y, Song A, Du S, Guralnik J, Qiu C. Trends in disability in activities of daily living among Chinese older adults, 1997-2006: the China Health and Nutrition Survey. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. Jun 2015 [Access 3 april 2018]; 70(6): 739–45. Available in:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25414515>
14. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association Between Social Participation and Instrumental Activities of Daily Living Among

- Community-Dwelling Older Adults. *J Epidemiol* [Internet]. Oct 2016 [Access 3 april 2018]; 26(10): 553–61. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27180933>
15. Meza G. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo – 2016 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [consultado 23 de abril 2018]. 108 p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5892/Meza_lg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Orem D. Self-Care dependent-care nursing: the oficial journal of the international Orem Society. Extraído el 08 de Mayo de 2010 [consultado 16 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.orem-society.com/index.php/journal-archive>.
 17. Silva J, Coelho S, Pereira T, Stackfleth R, Marques S, Partezani R. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012 [consultado 16 de abril 2018]; 20(5): 9. Disponible en:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38634502/caidas_adulto_mayor.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523939744&Signature=guIZDQQZ%2FrZnuvN5oyvDz2pXJE%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DArticulo_Original_Caidas_e
 18. Soberanes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2009 [consultado 19 de abril 2018]; 14(4): 161–72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/473/47326415003/>
 19. Segovia M, Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* [Internet]. Dic 2011 [consultado 9 de abril 2018]; 22(4): 162–6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

20. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2004b). Guía clínica para atención Primaria a las personas adultas mayores. Washington: DC: 2003 OPS/OMS.
21. OPS. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. [consultado 4 de mayo 2018]; 31–46. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
22. Cheix M, Herrera M, Barroz C. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. América Lat Hoy [Internet]. 2015 [consultado 20 de abril 2018]; (71): 17-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/308/30843703002/>
23. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor [Internet]. [consultado 16 de abril 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=215-manual-autocuidado-del-adulto-mayor&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=235
24. Ministerio de Salud. Cuidado y Autocuidado de la Salud [Internet]. [consultado 16 de abril 2018]. P 28. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/adulto/materiales/rotafolio.pdf>
25. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Glob [Internet]. 2010 [consultado 14 de abril 2018]; (19): 1-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1695-61412010000200004
26. León A. Nivel de Autocuidado de las Enfermeras de la Microred Pueblo Nuevo según la Teoría de Orem 2016 [Tesis de Licenciatura en Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2016 [Consultada 14 de abril 2018]. 52 p. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2387/3/leon_a.pdf
27. Orem D. Nursing: concept of practice. 6ta edición. New York: Elsevier Mosby; 2001. 225-230p.

28. Ayalon L, Feliciano L, Arean, P. Cambios del envejecimiento que afectan la Comunicación. En Mauk, K. Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales. España: McGraw-Hill-Interamericana. 2008.
29. Leiton Z, Ordóñez Y. Autocuidado Del Adulto Mayor [Internet]. 2003 [consultado 4 de mayo 2018]. 150 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/33706153/Autocuidado-Del-Adulto-Mayor-MUY-BUENO>
30. Calso J. Programa de potenciación de Memoria. Unidad de memoria. Ayuntamiento de Sevilla. España. 2001.
31. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS; 1993.
32. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [Internet]. Lima - Perú; 2005 [consultado 29 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
33. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro”, Lima-2014. Rev Peru Obs Enferm [Internet]. 2014 [consultado 9 de abril 2018]; 10(1): 11. Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/708/554>
34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6 ed. México DF, México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A; 2014. 634 p.
35. Wayne D. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. 4 ed. Mexico: Limua Wiley; 2004. 736 p.
36. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017 [consultado 9 de abril 2018]; 35 (1): 227- 232. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

37. Rojas B. Estratificación por tamaño de unidades de muestreo. México. [Internet]. Consultado 15 de junio 2018. 20 p Disponible en: http://matematicas.unex.es/~inmatorres/teaching/muestreo/assets/cap_4.pdf
38. Guía breve de IBM SPSS Statistics 24. Copyright IBM Corp, 2018. 106 p. Disponible en: ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/24.0/es/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Brief_Guide.pdf
39. Polit H. “Investigación Científica en Ciencias de la Salud”. 6ta ed. México: Mc Graw Hill; 2002.
40. Almanza R. Gestión de personas: resultados de investigación. Rev. Gestión de las personas y tecnología [Internet]. 2015 [consultado 20 de mayo 2018]; (22): 17- 28. Disponible en: [Dialnet-LasCompetenciasProfesionalesYSuRelacionConLaEmplea-5771010%20\(1\).pdf](#)
41. Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. National Institutes of Health [Internet]. 1979 [consultado 12 de mayo del 2019]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.1_NTL_Informe_Belmont.pdf
42. INEI. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. [consultado 10 de noviembre 2018]. p 55. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf
43. León B, Díaz S. Revisión bibliográfica de la capacidad funcional en trabajadores mayores de 65 años. Med Secur Trab (Internet) 2011 [consultado 10 de noviembre 2018]; 57 (222) 63-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/original4.pdf>
44. OMS. Envejecimiento y salud. WHO [Internet] 2018 [consultado 10 noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>

45. INEI. Características sociodemográficas del adulto mayor. [Internet]. [Consultado 09 noviembre 2018] p 32. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap01.pdf
46. Garcia M, Gutierrez L, Arango V, Pérez M. Geriatria para el médico familiar. [Internet]. 2012 [consultado 2 de noviembre 2018]. 90 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=4uv6CAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=capacidad+funcional+adulto+mayor&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwipoMit2rbeAhWF21MKHeKLCrEQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=true>
47. Calcina Y. Capacidad funcional y afrontamiento-adaptación en adultos mayores del club “años dorados” municipalidad de Hunter, Arequipa- 2014. [Tesis de licenciatura en Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2014. [consultado 8 de noviembre 2018]. 96 p. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2265/ENcaquyp.pdf?sequence=1>
48. Villarreal G, Month E. Condicion sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012 [consultado 10 de noviembre]; 28 (1): 75-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/817/81724108009/>
49. Romero Y, Zuñe L. Efectividad del programa educativo: autocuidado para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor de la ciudad de Guadalupe – 2013. [Tesis de Licenciatura en internet]. Guadalupe: Universidad Nacional de Trujillo; 2014. [Consultado 10 de noviembre 2018]. 166 p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7677/TESIS%20-%20EFECTIVIDAD%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Sala A. Agentes comunitarios de la salud y estrategias de autocuidado de la salud mental en un distrito de Chíncha. [Tesis de licenciatura en internet]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2016. [consultado 16 de

- noviembre 2018]. 61 p. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7475/SALAS_SANCHEZ_AURORA_AGENTES_COMUNITARIOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. INEI. Situación de salud de la población adulta mayor, 2016. [Internet]. 2016 [consultado 17 de noviembre 2018]. 76 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf
52. Araya A. Autocuidado de la salud. [Internet]. 2012 [consultado 17 de noviembre 2018]. 34 p. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
53. Sociedad Española de Otorrinolaringología cirugía de cabeza y cuello. [Internet] 2018. [Consultado 16 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://seorl.net/personas-mayores-acudir-otorrinolaringologo-revisar-audicion/>
54. Castiblanco M, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/ vida, Ibagué, Colombia. Salud Uninorte. Barranquilla (Internet) 2017 [consultado 16 de noviembre 2018]; 33(1) 58-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n1/2011-7531-sun-33-01-00058.pdf>
55. Muyulema I. Aplicación de la gimnasia cerebral para disminuir el deterioro cognitivo en el adulto mayor, usuarios del Centro de Salud Tipo C Chimbacalle en el periodo noviembre 2017 – abril 2018. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2018. [Consultado 8 de mayo del 2019]. 104 p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15065/1/T-UCE-0020-TO020-2018.pdf>
56. Ccapcha J. Nivel de conocimiento sobre el cuidado y el mantenimiento de prótesis total de adultos mayores rehabilitados del programa “Sonríe Perú” de la jurisdicción de la micro red centenario durante el año 2013. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Abancay: Universidad tecnológica de los Andes; 2016. [Consultado 8 de abril del 2019]. 75 p. Disponible en:

[http://www.repositorio.utea.edu.pe/bitstream/handle/utea/63/Nivel de conocimiento sobre el cuidado y mantenimiento de protesis total de adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.utea.edu.pe/bitstream/handle/utea/63/Nivel_de_conocimiento_sobre_el_cuidado_y_mantenimiento_de_protesis_total_de_adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

57. Guarat M, Calavia E, Jañe J, Toledano R, Toledano Y. Intervención educativa: alimentación para unos dientes y encías sanos en el adulto mayor. Rev inf Cient [Internet]. 2017 [Consultado 8 de abril del 2019]; 96(1): 46-56. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2017/ric171f.pdf>
58. Vieira VAS, Santos MDC, Almeida NA, et al. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018;8:e2599. [Access 7 may 2019]; Available in: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2599/1940>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2599>
59. Leiton Z, Gómez M. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. 1era edición. Trujillo: Editorial universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo; 2012. p. 239.
60. Bonk E. The influence of activeness and Independence on the quality of life of senior citizens. Polish Psychological Bulletin. (Internet) 2016 [Access 24 may 2019]; 47(3) 338-345. Available in: <https://content.sciendo.com/view/journals/ppb/47/3/article-p338.xml>. DOI - 10.1515/ppb-2016-0040

IX-ANEXOS

9.1. Anexo N° 01

El tamaño de muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

d: error estándar, precisión (0.05)

Z: Valor estándar normal asociado con el grado de confianza elegido, se considera el nivel de confianza al 95% que es 1.96

p: Proporción de la población adulta mayor con 80% de autocuidado medio en J.L.O (0.8)

q: (1- p) es la proporción de la población de la población adulta mayor que no realiza autocuidado (1- 0.8) = 0.2

N: Tamaño de población que son 500 adultos mayores.

n: Tamaño de muestra, el dato que se quiere obtener

Reemplazando:

$$n = \frac{500 (1.96)^2 (0.80) (0.20)}{(0.05)^2 (500 - 1) + (1.96)^2 (0.80) (0.20)}$$

$$n = 165.03$$

9.2. Anexo N° 02

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

| EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) – INDICE DE KATZ MODIFICADO | | | | |
|---|-----------------|--|---|---------|
| N° | Actividad | <u>Guía para evaluación</u> | | Puntaje |
| | | <p>I: Independiente = 2 No necesita ayuda</p> <p>A: Requiere Asistencia = 1</p> <p>D: Dependiente = 0 Necesita ayuda</p> <p>Encuestador/a: en el recuadro “puntaje” marque I – A – D , según corresponda</p> | | |
| 1 | BAÑARSE | I | Se baña completamente sin ayuda o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, ejemplo espalda. | |
| | | A | Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, entrar o salir de la bañera aditamentos para la bañera. | |
| | | D | Completamente incapaz para bañarse por sí mismo | |
| 2 | VESTIRSE | I | Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturón (excluye amarrarse los zapatos). | |
| | | A | Necesita ayuda pues sólo está parcialmente vestido. | |
| | | D | Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo | |
| 3 | APARIENCIA | I | Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda | |
| | | A | Necesita ayuda para peinarse o afeitarse | |
| | | D | Completamente incapaz de cuidar su apariencia | |
| 4 | USAR EL INODORO | I | Capaz de ir al inodoro, sentarse, pararse, ajustar su ropa, limpiar sus órganos de excreción, usa el orinal sólo en la noche. | |
| | | A | Recibe ayuda para ir y usar el inodoro. Usa el orinal regularmente. | |
| | | D | Completamente incapaz de usar el inodoro. | |
| 5 | CONTINENCIA | I | Micción/ defecación auto controlados. | |
| | | A | Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. | |
| | | D | Usa catéter o colostomía. | |
| 6 | TRASLADARSE | I | Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica. | |
| | | A | Necesita ayuda humana o mecánica. | |

| | | | | |
|----------|--------------------|----------|---|--|
| | | D | Completamente incapaz de trasladarse, necesita ser levantado. | |
| 7 | CAMINAR | I | Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón | |
| | | A | Necesita asistencia humana/ andador, muletas. | |
| | | D | Completamente incapaz de caminar, necesita ser levantado. | |
| 8 | ALIMENTARSE | I | Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. | |
| | | A | Necesita ayuda para cortar o untar el pan. | |
| | | D | Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral. | |

INTERPRETACIÓN:

I: Independiente aquella persona que no precisa ayuda

A: Requiere Asistencia para más de un componente de la actividad pero puede realizar otros sin ayuda o supervisión

D: Dependiente, necesita ayuda de otra persona, supervisión o guía, para todos los componentes

PUNTAJE TOTAL: _____

- Autónomo : (16 puntos) _____
- Dependencia Ligera : (11-15 puntos) _____
- Dependencia Moderada : (6 -10 puntos) _____
- Dependencia Severa : (1 a 5 puntos) _____
- Dependencia Total : (0 puntos) _____

9.3. Anexo N° 03

ESCALA DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LEITÓN

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 BIOLÓGICO | | | |
|---|----------|-----------|----------|
| CUIDADO DE LOS OJOS | S | AV | N |
| 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 perdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc. | 3 | 2 | 1 |
| CUIDADO CON LOS OÍDOS | S | AV | N |
| 7. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabello, palitos de fósforo, etc. | 1 | 2 | 3 |
| 8. Evita los ruidos fuertes | 3 | 2 | 1 |
| 9. Usa remedios caseros o gotas indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, perdida del equilibrio, zumbido de oído, etc. | 1 | 2 | 3 |
| 10. Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostado 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 |
| CUIDADO 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 preferencia 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 de los pies | 3 | 2 | 1 |
| 17. Examina su piel por lo menos 1 vez al mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento o aparición o cambio en lunares | 3 | 2 | 1 |
| 18. Usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse | 1 | 2 | 3 |
| 19. Permanece sentado en la misma posición por más de una hora | 1 | 2 | 3 |
| 20. Usa generalmente zapatos cómodos (no apretado, 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 y 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 alimentos | 3 | 2 | 1 |
| 27. Visita al dentista por lo menos cada año | 3 | 2 | 1 |
| 28. Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento o sangrado al cepillarse, etc. | 3 | 2 | 1 |
| 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 abierta (se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuánto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses) | 3 | 2 | 1 |
| CUIDADO NUTRICIONAL | S | AV | N |
| 31. Ingiere 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), kuaker, fruta, jugos naturales, verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papas, yuca, camote, menestras. | 3 | 2 | 1 |
| 32. Le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hot dog, etc. | 1 | 2 | 3 |
| 33. Ingiere 1 a 2 litros 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 30 ml/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 4 horas 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 el 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 representadas recientemente. | 3 | 2 | 1 |
| 44. Cuando le presentan a una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido | 3 | 2 | 1 |
| 45. Tiene algún lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc. | 3 | 2 | 1 |
| 46. Al acostarse visualiza a “modo de película” 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 ELIMINACIÓN | 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 en un momento (cuenta hasta diez y luego relaja los músculos) | 3 | 2 | 1 |
| 51. Consume todos los días bebidas como café, Coca-Cola, té, alcohol, o bebidas con edulcorantes artificiales | 1 | 2 | 3 |
| 52. Mantiene un horario fijo para hacer su deposición | 3 | 2 | 1 |

| | | | |
|---|----------|-----------|----------|
| 53. Usa laxantes, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación | 1 | 2 | 3 |
| 54. Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral, etc. | 3 | 2 | 1 |
| B- 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, visitar, juegos de cartas, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 57. Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.) | 3 | 2 | 1 |
| 58. Se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc.) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre. | 3 | 2 | 1 |
| 59. ¿ha dejado de interesarle cosas y actividades 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. Trasmite 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. Está insatisfecho o inconforme por 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) | 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 iglesia o grupo religioso. | 3 | 2 | 1 |

PUNTAJE TOTAL: _____

- Nivel de Autocuidado Deficiente: 80 – 133 pts. ()
- Nivel de Autocuidado Regular : 134 – 186 pts. ()
- Nivel de Autocuidado Bueno : 187 – 240 pts. ()

9.4. Anexo N° 04



Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadora : Diana Carolina Roque Caicedo
 Título: Capacidad funcional y Autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru – 2018

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru – 2018.” Se está realizando este estudio para determinar cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru con la finalidad de conocer los resultados y aportar posibles mejorías.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

- 1) Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará preguntas que están contenidas en los 2 cuestionarios presentes en la investigación, el cual será totalmente anónimo guardando la confidencialidad del caso.
- 2) En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la universidad.
- 3) Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Diana Carolina Roque Caicedo al celular 944730958, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

| | |
|--|----------------------------|
| <p><i>Participante</i></p> <p>Nombre:</p> <p>DNI:</p> | <p><i>Fecha</i></p> |
| <p><i>Investigador</i></p> <p>Nombre:</p> <p>DNI:</p> | <p><i>Fecha</i></p> |

9.5. Anexo N° 05: Resolución de Comité de Ética



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 485-2018-USAT-FMED
Chiclayo, 20 de agosto de 2018

Vista la solicitud N° 153115 de fecha 17 de agosto de 2018 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Roque Caicedo Diana Carolina, de la Escuela de Enfermería.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: Capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru - 2018, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2°.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA

MSc. Bjo. Antero Enrique Yacarini Martínez
Secretario Académico
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Méd. Jorge Luis Limo Liza
Decano (e)
Facultad de Medicina

9.6. Anexo N° 06: Permiso de ejecución del proyecto



CENTRO DE SALUD "TÚPAC AMARU"
CAJAMARCA N° 390
PJ. TÚPAC AMARU - CHICLAYO
" AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL



Chiclayo, 06 de setiembre del 2018

Carta N° 010 -2018- CSTA/CH

DRA.:
MIRIAN ELENA SAAVEDRA COVARRUBIA
 Directora de la Escuela de Enfermería
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted para saludarle muy cordialmente y a la vez comunicarle que se autorizó a la estudiante: **ROQUE CAICEDO DIANA CAROLINA** de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo a la realización de su Proyecto de Investigación en el Centro de Salud "Tupac Amaru"-Red Chiclayo.

Sin otro particular me despido de usted no sin antes reiterarle muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

C.S. TUPAC AMARU
Jorge Luis Chira Sosa
 Médico Cirujano
 C.M.P. 3821

JLCHS/emch
 Cc. Arch Emitt.C.S.T.A

9.7. Anexo N°7

Para evaluar la consistencia interna de los instrumentos utilizados para el presente estudio, se hizo uso de la prueba de confiabilidad del Alfa de Cronbach. El valor que se obtuvo para el test de capacidad funcional fue de 0.90 y se considera bueno. Y con respecto al test de prácticas de autocuidado de Leitón fue de 0.844 también se considera bueno con un nivel de significancia del 95%, como se puede observar en la siguiente tabla.

*Estadística de Fiabilidad de
Capacidad Funcional*

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---------------------|-------------------|
| 0,900 | 8 |

*Estadística de Fiabilidad de
Autocuidado*

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---------------------|-------------------|
| 0,844 | 80 |

Para saber si las puntuaciones de la capacidad funcional y de autocuidado siguen o no una distribución normal, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov contrastando con la prueba de Shapiro-Wilk. Cuyos valores de p-valor es menor que 0.05, lo cual indica que la H0 se rechaza, es decir que las puntuaciones en los dos test no siguen una distribución normal con $D=0.094$, $p=0.001$ y $W=0.940$ $p=0.00$ para autocuidado, así mismo como para capacidad funcional con $D=0.528$ $p=0.000$ y $W=0.840$ $p=0.00$, como se observa en la siguiente tabla.

Prueba Estadística de Normalidad

| Escala | Kolmogorov-Smirnov ^a | | Shapiro-Wilk | |
|---------------------|---------------------------------|-------|--------------|-------|
| | D | p | W | p |
| Autocuidado | 0.094 | 0.001 | 0.940 | 0.000 |
| Capacidad Funcional | 0.528 | 0.000 | 0.095 | 0.000 |

9.8. Anexo N°8

Tabla N° 7: CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU 2018.

| Actividades básicas de la vida diaria | | n | % |
|---------------------------------------|---------------------|-----|-------|
| Bañarse | Dependiente | 1 | 0.6 |
| | Requiere Asistencia | 1 | 0.6 |
| | Independiente | 163 | 98.8 |
| Vestirse | Requiere Asistencia | 2 | 1.2 |
| | Independiente | 163 | 98.8 |
| Apariencia | Requiere Asistencia | 1 | 0.6 |
| | Independiente | 164 | 99.4 |
| Uso de inodoro | Requiere Asistencia | 2 | 1.2 |
| | Independiente | 163 | 98.8 |
| Continencia | Independiente | 165 | 100.0 |
| Trasladarse | Requiere Asistencia | 2 | 1.2 |
| | Independiente | 163 | 98.8 |
| Caminar | Requiere Asistencia | 2 | 1.2 |
| | Independiente | 163 | 98.8 |
| Alimentarse | Independiente | 165 | 100.0 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru. Chiclayo 2018

Interpretación: 98.8% de adultos mayores participantes manifiestan ser independientes en las actividades diarias de bañarse, vestirse, uso del inodoro, trasladarse y caminar.

9.9. Anexo N° 9

Tabla N° 5.1: AUTOCUIDADO DE LAS DIMENSIONES DEL ASPECTO BIOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU. CHICLAYO 2018

| | Aspecto Biológico | n | % |
|---------------------------|------------------------|-----|------|
| Cuidado de Ojos | Autocuidado Deficiente | 2 | 1.2 |
| | Autocuidado regular | 48 | 29.1 |
| | Autocuidado Bueno | 115 | 69.7 |
| Cuidado de oído | Autocuidado regular | 137 | 83.0 |
| | Autocuidado Bueno | 28 | 17.0 |
| Cuidado de la Boca | Autocuidado Deficiente | 1 | 0.6 |
| | Autocuidado regular | 86 | 52.1 |
| | Autocuidado Bueno | 78 | 47.3 |
| Cuidado nutricional | Autocuidado regular | 40 | 24.2 |
| | Autocuidado Bueno | 125 | 75.8 |
| Cuidado del Sueño | Autocuidado regular | 27 | 16.4 |
| | Autocuidado Bueno | 138 | 83.6 |
| Cuidado de la Memoria | Autocuidado regular | 42 | 25.5 |
| | Autocuidado Bueno | 123 | 74.5 |
| Cuidado de la Eliminación | Autocuidado regular | 43 | 26.1 |
| | Autocuidado Bueno | 122 | 73.9 |
| Cuidado de la piel | Autocuidado Deficiente | 20 | 12.1 |
| | Autocuidado regular | 145 | 87.9 |

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores del Centro de Salud de Túpac Amaru. Chiclayo 2018

Interpretación: Los participantes revelaron tener buen autocuidado en los ojos, cuidado nutricional, sueño, memoria y eliminación, y autocuidado regular en el cuidado de los oídos, boca y piel.

9.10. Anexo N°10: Prueba De Hipótesis

| | |
|---|--|
| 1 | <p>Plantear Hipótesis</p> <p>H1: La capacidad funcional está en relación directa con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru.</p> <p>H0: La capacidad funcional no está en relación con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru</p> |
| 2 | <p>Establecer un nivel de significancia</p> <p>Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 95\% = 0.05$</p> |
| 3 | <p>Seleccionar estadístico de prueba</p> <p>Coefficiente de Spearman</p> |
| 4 | <p>Valor de p=0.367</p> <p>Lectura del p-valor: dado que el p-valor es de 0.367, se rechaza la hipótesis alternativa, por lo cual no existe relación entre capacidad funcional y autocuidado en los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru</p> |
| 5 | <p>Toma de decisiones:</p> <p>Se acepta la hipótesis nula (H₀) La capacidad funcional no está en relación con el autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud Túpac Amaru, rechazando la hipótesis alternativa</p> |