

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
E INFECTOLOGÍA 12 C EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. LIMA - 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

AUTORAS:

**BRAVO GODOY YRMA ESPERANZA
CONDORI MOSQUIPA PAULINA
MEZA SOLÓRZANO MÓNICA MARGOT**

CALLAO, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR

Dra. ARCELIA OLGA ROJAS SALAZAR	Presidenta
Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES	Secretaria
Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESOR: Mg MIRIAM CRIBILLERO ROCA

Nº de Acta de Sustentación: 009 – 2017

Fecha de Aprobación de la Tesis: 11/12/2017

Resolución de Decanato N°1845 – 2017-o/FSC de fecha 16 de agosto de 2017 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad profesional.

LIC. BRAVO GODOY YRMA ESPERANZA
LIC. CONDORI MOSQUIPA PAULINA
LIC. MEZA SOLÓRZANO MÓNICA MARGOT

DEDICATORIA

A Jehová Dios, porque supo guiarme por el buen camino y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y enfrentar a las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento de seguir superándome como Enfermera.

A mi Esposo, **Corvacho Mellado P.** por su comprensión y su ayuda incondicional en el desarrollo de este trabajo.

A mis hijas **Melany** y **Valeska** por Motivarme y apoyarme en esta aventura científica.

A mi madre **Juliana Mosquipa Limachi** por ser el modelo más importante en mi vida demostrarme siempre su cariño, su fortaleza y sus triunfos.

Paulina Condori Mosquipa

DEDICATORIA

A Jehová DIOS, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre **Diony,** por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional

Mónica Meza Solórzano.

DEDICATORIA

A DIOS por concederme el permiso de escalar un peldaño más hacia mi superación profesional.

A mi Madre: Esperanza (en el Cielo)
Quién me enseñó que con esfuerzo y Lucha constante y amor al prójimo se logra la superación.

A mi hija: **Norka** por ser la razón de mi Vida que me impulsa a seguir adelante y Lograr mis objetivos.

A mi Esposo **Rony** por su comprensión Y apoyo incondicional.

Yrma Esperanza Bravo Godoy.

AGRADECIMIENTO

A los Docentes de la Universidad Nacional del Callao en especial al Dr. Cesar Guevara Llacza por su apoyo incondicional y motivación para la elaboración y culminación de nuestro proyecto.

Al servicio de Medicina Interna e Infectología 12-C HNERM por su reconocimiento y apoyo incondicional en nuestro trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Identificación del problema	15
1.2 Formulación del problemas	17
1.3 Objetivos de la investigación	18
1.4 Justificación	18
1.5 Importancia	19
II. MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes del Estudio	21
2.2 Bases científicas	24
2.3 Definición de Términos	53
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	55
3.1 Definición de las variables	55
3.2 Operacionalización de variables	56
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	58
IV. METODOLOGÍA	59
4.1 Tipo de investigación	59
4.2 Diseño de la investigación	59
4.3 Población y muestra	60
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
4.5 Procedimiento de recolección de datos	61
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	62
V. RESULTADOS	64
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	84
6.1 Contrastación de Hipótesis con los resultados	84
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios	85

	similares	
VII.	CONCLUSIONES	91
VIII.	RECOMENDACIONES	92
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
	ANEXOS	97
-	Matriz de consistencia	98
-	Cuestionario .Escala de Prácticas de Autocuidado de Leiton	98
-	Consentimiento Informado	103
-	Tabla de Codificaciones	104
-	Estadísticos Descriptivos	106
-	Anexo 6	109

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1 – Nivel de Autocuidado del Adulto Mayor Hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12-C HNERM 2016.

Tabla 5.2 – Nivel de Autocuidado en la Dimensión Biológica del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.

Tabla 5.3– Nivel de Autocuidado en la Dimensión psicosocial del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.

Tabla 5.4– Nivel de Autocuidado en la Dimensión Espiritual del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.

Tabla 5.5 – Nivel de Autocuidado según el grado de instrucción del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.

Tabla 5.6 – Nivel de Autocuidado según edad del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12 C HNERM.

Tabla 5.7 – Nivel de Autocuidado según Género del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12 C HNERM.

Tabla 5.8 – Nivel de Autocuidado según procedencia del adulto Mayor hospitalizado en el servicio de Medicina interna Infectología 12 C HNERM.

Tabla 5.9 – Nivel de Autocuidado según convivencia del adulto Mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna Infectología 12 C HNERM.

Tabla 5.10 – Nivel de Autocuidado según Religión del adulto Mayor hospitalizado en el servicio de Medicina interna e Infectología 12 C HNERM.

GRÁFICO DE CONTENIDO

- Gráfico 5.1 – Nivel de Autocuidado del Adulto Mayor Hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12-C HNERM 2016.
- Gráfico 5.2 – Nivel de Autocuidado en la Dimensión Biológica del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.
- Gráfico 5.3 – Nivel de Autocuidado en la Dimensión psicosocial del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.
- Gráfico 5.4 – Nivel de Autocuidado en la Dimensión Espiritual del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.
- Gráfico 5.5 Nivel de Autocuidado según el grado de instrucción del Adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología HNERM 2016.
- Gráfico 5.6 – Nivel de Autocuidado según edad del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12 C HNERM.
- Gráfico 5.7 – Nivel de Autocuidado según Género del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12 C HNERM.
- Gráfico 5.8 – Nivel de Autocuidado según procedencia del adulto

Mayor hospitalizado en el servicio de Medicina interna
Infectología 12 C HNERM.

Gráfico 5.9 – Nivel de Autocuidado según convivencia del adulto
Mayor hospitalizado en el servicio de Medicina Interna
Infectología 12 C HNERM.

Gráfico 5.10 – Nivel de Autocuidado según Religión del adulto
Mayor hospitalizado en el servicio de Medicina interna
e Infectología 12 C HNERM.

RESUMEN

El presente estudio: "Nivel de Autocuidado del Adulto Mayor Hospitalizado en el servicio de Medicina Interna e Infectología 12 C en el HNERM Lima 2016. Tuvo como Objetivo general determinar el nivel de Autocuidado de los adultos mayores hospitalizados y como objetivo específico, identificar el nivel de autocuidado de los adultos mayores en la Dimensión Biológica, psicosocial y espiritual. El método fué un estudio descriptivo aplicativo, cuantitativo, no experimental, de cohorte transversal. La población estuvo conformado por 50 pacientes adultos mayores hospitalizados en los meses de noviembre y diciembre del 2016. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario: Escala de Autocuidado en el adulto mayor para un envejecimiento con Bienestar de Zoila Leitón. Los resultados fueron: el Nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados fue predominantemente medio (70%). El Nivel de Autocuidado en la Dimensión Biológica fue Medio (48%); en la Dimensión Psicosocial fue Alto (70%) y en la Dimensión Espiritual fue Medio (46%)

Palabras Claves: Nivel de Autocuidado, Adulto Mayor.

ABSTRACT

The present study: "Level of Self-care of the Elderly Hospitalized in the service of Internal Medicine and Infectology 12 C in the HNERM Lima 2016. Its general objective was to determine the level of self-care of hospitalized older adults and, as a specific objective, to identify the level of self-care of the elderly in the Biological, psychosocial and spiritual dimension. The method was a descriptive, quantitative, non-experimental descriptive study of a transversal cohort. The population consisted of 50 elderly patients hospitalized in the months of November and December 2016. For the data collection was used as an interview technique and as an instrument the questionnaire: Scale of Self-care in the elderly for an aging with Wellbeing by Zoila Leitón. The results were: the level of self-care of the hospitalized elderly was predominantly medium (70%). The Level of Self-care in the Biological Dimension was Medium (48%); in the Psychosocial Dimension it was High (70%) and in the Spiritual Dimension it was Medium (46%)

Key Words: Level of Self-care, Elderly.

INTRODUCCIÓN

Siendo el adulto mayor, nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que tienen más de 60 años de edad; etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingreso decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Porque el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando (1).

Frente a esta realidad y considerando que uno de los objetivos de la OMS es motivar a las personas a que una de sus metas sea mantenerse saludable, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dicho objetivo. Así mismo el autocuidado nos sugiere el reconocimiento de que la potencialidad de la autonomía y autorresponsabilidad es indispensable, para tener una vida digna, plena y saludable, mejorando así la calidad de vida. Considerando que el alargamiento de vida de las personas, es un fenómeno que se viene evidenciando en la población mundial, es un menester de los encargados de la salud orientar su quehacer no sólo para alargar la vida, sino de dotarla de la más alta calidad posible y esto dependerá del conocimiento y actitudes que se tenga respecto a las necesidades y problemáticas que enfrenta el adulto mayor.

Se podría decir que la educación es parte fundamental del autocuidado en enfermería, ya que mediante ella informamos, motivamos y fortalecemos los conocimientos; esto origina la efectividad de sus intervenciones, mediante la aceptación de su enfermedad y cumplimiento de su autocuidado para mantener en equilibrio su salud.

El estudio, consta de Capítulo I: planteamiento del Problema, en el cual se detalla la identificación y formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación e importancia. Capítulo II: Marco Teórico en el que se describe los antecedentes del estudio, bases epistémicas, marco teórico y definición de términos.

Capítulo III: Variables e Hipótesis en el cuál se detalla la definición de variables, Operacionalización de Variables, hipótesis general e Hipótesis específicas. Capítulo IV: Metodología que comprende el tipo de investigación, diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento de recolección de datos y procesamiento estadístico y análisis de datos. Capítulo V: Resultados. Capítulo VI Discusión de Resultados. Capítulo VII Conclusiones. Capítulo VIII Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación del Problema

La OMS refiere que la población adulto mayor está en ascenso a nivel mundial. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, superando ahora en número al de los menores de 5 años. Asia, registro el mayor crecimiento del número de personas adultas mayores (225 millones), lo que representa casi las dos terceras partes (un 64%) del crecimiento mundial. Asimismo, indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará. (2)

Dentro del fenómeno del envejecimiento poblacional se está produciendo el “envejecimiento del envejecimiento” es así como actualmente a nivel mundial las personas mayores de 80 años constituyen el 14 % de la población de 60 años y más. El número de personas mayores de 100 años, está creciendo muy rápido y se proyecta que en el año 2050 aumentara nueve veces, de 451,000 en 2009 a 4.1 millones en 2050(3).

En nuestro país, según el INEI el 10% de la población peruana es adulta mayor; los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2013, revela que la población mayores de 60 años representa el 9,3% y se calcula que del total de la población para fines del 2025 la población adulta mayor representará el 13.27%. (3). De la mano con el incremento de la población adulta mayor, se produce un aumento en las demandas sanitarias, determinadas

principalmente por la situación de dependencia y de fragilidad propia del proceso de envejecimiento.

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

En la aplicación de los lineamientos, se señala la información y educación a la población adulta mayor sobre el autocuidado de la salud, esto se refiere a las prácticas cotidianas y las decisiones sobre estas que realiza una persona, para cuidar su salud; estas son habilidades aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las actividades habituales de la cultura a la que pertenece.(6) El Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013- 2017), basado en cuatro lineamientos de política nacional esenciales; envejecimiento saludable, empleo - previsión y seguridad social; participación e integración social, educación - conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.(7)

A pesar de los diversos programas establecidos, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, continúa los estilos de vida no saludable unido a la disfuncionalidad propio de esta edad, surge el incremento de comorbilidades que conllevan a la discapacidad del adulto mayor y posteriormente la dependencia.

Habiéndose observado en nuestro servicio de Medicina Interna e Infectología 12-C. a pacientes adultos mayores con diferentes diagnósticos como: IRA, ITU, UPP, DM, HTA, Secuelas de ACV, etc. muchos de los cuales se encuentran en un estadio avanzado, cuando estas pudieron haberse evitado o minimizado con prácticas de autocuidado. También observamos deficiencias nutricionales, de higiene, abandono socio-familiar y temores espirituales principalmente a la muerte. Ante esta realidad vimos la necesidad de conocer las prácticas de autocuidado de los adulto mayores, y también con el propósito de que la enfermera esté preparada para brindar buenas practicas al respecto; de tal manera que se contribuya a fortalecer el rol de la enfermera, y a contribuir a la disminución de las demandas sanitarias, y por ende disminuir la tasa de incidencia y prevalencia de los pacientes adultos mayores en el hospital Edgardo Rebagliati Martins. Por lo expuesto nos permitimos plantearnos la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna e Infectología 12-C HNERM. LIMA-2016?

1.2 Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna e Infectología 12 C en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, LIMA- 2016?

Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados, en la dimensión biológica?

- ¿Cuál es el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en la dimensión psicosocial?
- ¿Cuál es el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en la dimensión espiritual?

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo general.

Determinar el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna 12 C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima 2016.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Identificar el nivel de autocuidado de los pacientes adultos mayores hospitalizados, en la dimensión biológica.
- Identificar el nivel de autocuidado de los pacientes adultos mayores hospitalizados, en la dimensión psicosocial.
- Identificar el nivel de autocuidado de los pacientes adultos mayores hospitalizados, en la dimensión espiritual.

1.4 Justificación.

El concepto de autocuidado ha cobrado gran importancia en estos últimos años y exige una atención personalizada del profesional de enfermería, que identifique falencias, fortalezas del sujeto, para asistirlo, apoyarlo o asesorarlo de acuerdo a la situación que presente, y brindar un cuidado integral, que cubra sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales y espirituales.

El presente estudio de investigación es importante, ya que el porcentaje de adultos mayores está aumentando rápidamente en

todo el mundo, y habiendo observado en nuestro servicio de Medicina Interna e Infectología 12-C. a pacientes adultos mayores con diferentes diagnósticos como: IRA, ITU, UPP, DM, HTA, Secuelas de ACV, etc. Muchos de los cuales se encuentran en un estadio avanzado, cuando estas pudieron haberse evitado o minimizado con prácticas de autocuidado. También observamos deficiencias nutricionales, de higiene, abandono socio-familiar y temores espirituales principalmente a la muerte. Por tal motivo es necesario determinar el nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna e Infectología 12C del HNERM, y con ello se puedan implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente logrando así un envejecimiento activo y saludable.

Ante lo expuesto consideramos importante la necesidad de conocer y mejorar las prácticas de autocuidado de los adultos mayores; y también es importante porque proporcionará al equipo de salud y principalmente a la enfermera alternativas de solución, el cual contribuirá a mejorar el cuidado holístico que se le brinda al adulto mayor en el servicio de medicina interna e Infectología 12 C

Asimismo al mejorar el nivel de autocuidado, estaremos contribuyendo a disminuir la tasa de incidencia y prevalencia de los pacientes adultos mayores en el hospital Edgardo Rebagliati Martins.

1.5 Importancia

Los resultados del estudio proporcionaran a las autoridades y al equipo de salud del servicio de medicina interna e Infectología 12-C. información actualizada y relevante sobre el nivel de

autocuidado que tienen los adultos mayores hospitalizados, a fin de que se diseñe o desarrollen actividades dirigidas preventivas dirigidas a este grupo poblacional.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio.

MANRIQUE HUANACO, Dina, realizó un estudio sobre **Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la Satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Lima-Perú. 2010**, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega". El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, de corte transversal. Los participantes del estudio fueron 63 adultos mayores. La técnica fue la entrevista. Las conclusiones entre otras fueron: "El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es medio. La actitud del adulto mayor hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es de indiferencia" (8).

MILLAN MÉNDEZ, Israel, realizó un estudio sobre **"Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad- Cuba - 2010"**, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. El estudio fue descriptivo transversal, de un universo de 354 personas mayores de 60 años se seleccionaron 195. Las conclusiones entre otras fueron: "El 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y el 5,8% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud

aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen Autocuidado (9)

CAMINO SALAZAR, María del Pilar, realizó un estudio sobre **“Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín“** Lima - Perú, 2011. Con el objetivo de: determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín en el año 2011. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo con 46 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron: “Los adultos mayores del centro de salud “Tablada de Lurín” en su mayoría poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, de acuerdo a los factores de riesgo intrínsecos o relacionados con la edad y los factores extrínsecos relacionados con el entorno, lo que los pone en riesgo de sufrir caídas y sus posibles consecuencias físicas, psicológicas y socio familiares alterando el mantenimiento de la salud, bienestar y sobre todo la independencia y la autonomía(10)

CONDEMARIN CONDEMARIN Lucia de Lurdes, EVANGELISTA PAREDES Ana María, Benavides Fernández Yanet Marisol, realizaron un estudio sobre **“Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del centro de salud de José Leonardo Ortiz “**teniendo en cuenta que la población adulta mayor se está incrementando y su calidad de vida

depende de su autocuidado, por ello esta investigación cuantitativa descriptiva simple tiene por objetivo determinar el nivel de autocuidado de los adultos mayores que asisten al programa del Adulto Mayor del Centro de salud José Leonardo Ortiz en febrero del 2015. La población muestral fue de 80 adultos mayores que cumplieron los criterios de elegibilidad. Se les aplicó un cuestionario tipo Likert para identificar sus prácticas de autocuidado con respecto a las dimensiones: biológica, psicológica y social. Instrumento previamente validado y con una confiabilidad de 0.870 (alfa de Cronbach). Los datos se procesaron con el paquete estadístico Excel. Se respetaron los principios éticos y de rigor científico. 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. 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. Estos resultados 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. Palabras clave: autocuidado, adulto mayor, familia, amigos.(11)

2.2. Base Científica.

2.2.1. Autocuidado

Definición.-Es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. Se trata de un concepto de vital importancia, ya que involucra a la persona mayor como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.

Es un término amplio que abarca:

- Higiene (general y personal)
- Nutrición (tipo y calidad de la comida)
- Estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.)
- Factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales, etc.)
- Factores socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.)

Factores determinantes del autocuidado. La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son:

1.- Factores internos o personales: Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden

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

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una „clave para la acción“ diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos.

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

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

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

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

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

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean „vanidosas“ y a los hombres se les dice lo contrario. (13)

2.2.2 Teoría de Autocuidado

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

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

- **La teoría del autocuidado:**

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

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

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

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales como son: la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

- **La teoría del déficit de autocuidado:**

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

- **La teoría de sistemas de enfermería:**

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

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

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

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

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

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

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

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

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es 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.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.

Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él. (14)

Autocuidado en el Adulto Mayor

El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable. (Opus 2)

En el adulto mayor, las actividades de autocuidado son plenamente viables y se justifican con los planteamientos de Maslow, quien sostiene que la mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas sino también para transmitir las a otros, contradiciendo uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento, y mantienen la idea de que en la vejez es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable o participar activamente en el propio autocuidado. Para Orem, el adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como una "agencia de autocuidado", que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada. Toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez, con una disminución de las hospitalizaciones que demandan mayor cantidad de recursos

económicos y sociales. La incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida y apoyen el desarrollo disminuye notablemente el riesgo de morbimortalidad y mejoran su pronóstico funcional (opus 6).

2.2.3. Adulto Mayor

a.- concepto.- Nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. También se les conocen como la tercera edad, o ancianos. En nuestro país la Ley 28803 en su artículo 2: "entiéndase por personas adultas mayores a todos aquellos hombre o mujeres que tengan 60 o más años de edad.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos ámbitos los ámbitos de su vida.

b.- Significado.-Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. (15)

Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales.

C.-Cambios biopsicosociales:

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer. A continuación se revisarán algunos cambios asociados al envejecimiento.

- Cambios biológicos asociados:

1. Anatomía general

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

2. Piel, uñas y cabello

La piel se hace más delgada, por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica "arrugada" y toma un tinte amarillento; presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios premalignos. Se produce la pérdida de cabello y la aparición de canas. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras. La piel, por su

extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar.

3. Sistema muscular y el esqueleto óseo

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

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

4. Sistema nervioso

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

Estos deterioros, sin embargo, no se traducen necesariamente en cambios intelectuales ni conductuales. Tanto la acumulación de cambios como la actitud con que el sujeto los asume, sí le predisponen a sufrirlos. Los principales son: los reflejos disminuyen en intensidad de respuesta y estructura, y el ciclo del sueño se altera.

5. Oído y audición

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

6. Ojo y visión

Los cambios de los párpados pueden provocar su caída o suspensión. La córnea pierde transparencia y por depósito de lípidos se produce el "arco senil". La pupila reduce su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido. Frecuentemente aparecen cataratas.

A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años.

7. Sistema hormonal

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

8. Sistema inmunológico

Las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la

respuesta mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.

9. Sistema cardiovascular

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

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

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

10. Sistema respiratorio

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

11. Área cognitiva

Entre los cambios cognitivos se pueden considerar la existencia de problemas en la inteligencia fluida o rápida, y no en la inteligencia

centrada en la experiencia, que se desarrolla a lo largo de toda la vida. El coeficiente intelectual no parece descender con la edad. Algunos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, como en la capacidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.

Puede observarse disminución de la percepción de análisis e integración de la información sensorial, disminución de la memoria reciente o de corto plazo y alguna pérdida de la habilidad de adquirir nuevas habilidades. Estos cambios, que son relativamente normales, no se encuentran en todos los adultos mayores. Existe un grupo numeroso que conservan sus funciones intelectuales y cognitivas intactas y, por tanto, el interés en el mundo.

En la personalidad del adulto mayor se pueden observar nuevos signos de maduración, estabilidad emocional. Visión más ponderada de las cosas y hegemonía de valores relacionados con el mundo interior. Sin embargo, puede perder la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.

12. Sistema gastrointestinal

Existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. También se presentan por atrofia intestinal de las glándulas intestinales y disminución del peristaltismo, la flatulencia y el dolor abdominal. Se reduce la secreción de ácido clorhídrico y de enzimas. Se altera la absorción de hierro, de calcio, de grasa, de proteínas, de vitamina B12 y de ácido fólico. Disminuye el metabolismo de los fármacos.

13. Sistema genitourinario

Disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de urea y creatinina en sangre. Se reduce la excreción de fármacos. Por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal. Existe también un debilitamiento de la musculatura renal y reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria. También presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones.

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

Cambios psicosociales.

1. La ideología del “viejísimo”

Nuestra sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”; identificando esta etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social.

El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal. Esta concepción,

interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.

2. La vida laboral

El llegar a ser adulto mayor implica para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilación bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles que les causa un impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, por pérdida de su identificación dentro de la sociedad. Siente que “no son nadie” y pierde su sociabilidad. Por otro lado, la Teoría de la Continuidad refiere que el empleo del tiempo libre evita que se produzca esa crisis de ruptura e identidad social.

3. Cambio del rol desempeñado

Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas cuyo desempeño los haría sentirse útiles, y con reconocimiento social, elevando su autoestima.

Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos. Las mujeres viudas tienen mayores probabilidades de vivir solas que los hombres viudos, debido a su longevidad (viven más tiempo) y a motivos culturales (se casan con hombres mayores que ellas). Por esta razón, también, tienen menos probabilidades de contraer nuevo matrimonio después del fallecimiento del cónyuge. La carga de atender a los adultos

mayores recae con un peso mayor en las mujeres, pues son ellas quienes atienden a los miembros mayores de la familia, además, de ocuparse de sus esposos e hijos.

Las personas adultos mayores deben buscar qué hacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aun sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar, donde viven como desocupados un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, y sin horizontes.

Sin embargo, muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener la familia y de criar a los hijos. Escogen amigos, como lo hicieron en su juventud, y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para la mayoría de los ancianos y, ellos mismos son para éstos, en crisis o no, una fuente de sabiduría, compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar.

4. Autoestima

Muchas veces la autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos negativos. Si el adulto mayor se percibe a sí mismo en esos términos, toma una actitud fatalista, de resignación y apatía, inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.

La depresión

La pérdida del entusiasmo de vivir es el trastorno mental más habitual, asociado a todos los cambios y pérdidas y poco puede

hacer el adulto mayor para evitar su aparición pero mucho para superarla. Los síntomas somáticos y fisiológicos son más frecuentes e importantes que los emocionales y psicológicos, porque se mezclan con los cambios normales que se producen en la vejez. Puede configurarse esas sensaciones de soledad y aislamiento por el déficit sensorial, disminución del poder adquisitivo, cambios de vivienda, poca cantidad y calidad de los contactos y por la pérdida de sus seres queridos y amigos.

Afrontar la muerte

Algunos ven el cese de la vida como alternativa, de pasar a "mejor vida" y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma, o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. El adulto mayor tiene menor temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor intenso. Las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la muerte. Se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte (el "bien morir" de los antiguos filósofos estoicos - prueba de haber llevado una vida sana) puede ser el logro más importante de los últimos años.

En resumen, todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, coactándoles la iniciativa y la posibilidad de controlar su vida y ejercerla plenamente. (16).

Autocuidado en el aspecto biológico para una vejez con bienestar

Autocuidado de los sentidos

Las medidas de autocuidado de los sentidos van a contribuir a que el adulto mayor se relacione adecuadamente en su medio ambiente y sea más independiente y disfrutar del mundo que nos rodea. Entre los principales cambios normales de la visión tenemos: disminución de la agudeza visual, mala acomodación. Alteración de percepción de los colores con dificultad para diferenciar el azul, verde y violeta, hipersensibilidad a la luz y resplandor; disminución de la capacidad para adaptarse a los cambios en la cantidad de luz y disminución de la producción de lágrimas (17).

Las medidas de autocuidado de los ojos están orientadas a la seguridad ocular y prevención de enfermedades y complicaciones. Entre las más importante tenemos: Evitar el paso brusco de la oscuridad a la luz. Iluminar muy bien su hogar especialmente en las noches. Tener ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios de letras grandes. Utilice colores y contrastes en su medio ambiente. Evite el resplandor de lunas o superficies brillantes y luz solar directa. Lleve sombrero de ala ancha o gorra y si es posibles lentes que absorba el 100% de luz ultravioleta cuando salga de casa. Evite manejar especialmente en las noches. Acuda cada año al especialista (oftalmólogo) e inmediatamente presenta alteración de la visión brusca e inexplicable (18)

El principal cambio del gusto y del olfato es una disminución de la capacidad de percibir los olores y sabores debido a una atrofia de las fibras olfatorias y gustativas. En cuanto al tacto existe

disminución de la sensibilidad. Entre las principales medidas de autocuidado tenemos: Prepare alimentos apetitosos y atractivos. Permanezca en la cocina o cerca de ella cuando se cocinen los alimentos. Prepare de preferencia alimentos de textura o consistencia normal. Controle su estado nutricional y pésese por lo menos 1 vez al mes. Coma en compañía. Mantenga limpia la cavidad bucal, porque aumenta el gusto y el apetito. Sirva la comida caliente para que se mantenga la sensación del gusto. Consuma limón y hierbas aromáticas en lugar del exceso de sal y azúcar. Incluya en las comidas, vegetales verdes, pues estos intensifican el gusto. Coloque tapones de seguridad a los balones de gas y evitar corrientes de aire. Moverse con cuidado por la disminución táctil en la planta de los pies. Valore bien el dolor, porque es posible que no pueda sentir el dolor intenso. Visite al médico periódicamente (19).

Los principales cambios que se presentan en los oídos son: la pérdida gradual de la audición o presbiacusia, tienen dificultad para percibir o captar los sonidos, así como para localizarlos y distinguirlos especialmente las consonantes como la S, Z, T, F y G, y el cerumen se vuelve seca y duro interfiriendo la transmisión del sonido.

Entre las medidas de autocuidado tenemos: Evite exposición a ruidos ambientales. No utilice hisopos de algodón para limpiar el conducto auditivo, tampoco instrumentos punzantes. Siga indicaciones médicas para eliminar el cerumen impactado. Evite levantarse bruscamente de la cama. No aplicarse gotas al oído sin prescripción médica o vencidas. Visite al médico especialista para control y detección de enfermedades. También acuda al médico si tiene dificultades para oír por teléfono, no comprende las palabras, pide que le repitan las palabras, responde de manera inadecuada,

ciertos sonidos son excesivamente molestos o fuertes, disfruta menos de la televisión, la música, los demás se quejan que usted pone el volumen de la televisión o radio demasiado alto y tiene la impresión de que otros hablan entre dientes (20).

Autocuidado de piel y anexos

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

Las medidas de autocuidado están orientadas a que la piel y anexos se mantengan sanos e íntegros para lo cual es necesario: conservar su piel seca, limpia, lubricada. El baño completo 2 o 3 veces por semana de ducha preferentemente. Dese masajes por todo el cuerpo, especialmente en codos, coxis, rodillas. Lave su cabello por lo menos 1 a dos veces por semana, con shampoo suave. No use ligas o peinados que tensionen el cabello. Use la ropa cómoda de acuerdo a la estación y necesidades, preferentemente de lana, lino o algodón. No permanecer sentado/a en la misma posición por más de una hora. Examine su piel mensualmente y un examen médico cada año. Evite el uso de compresas o botellas de agua caliente. Aplíquese crema de alto poder protector solar si se expone al sol entre las 10 am. y 15 horas. No tome baños de sol. La mejor defensa contra el cáncer de piel es prestar atención a los signos de advertencia como (aparición de lunares, verrugas o manchas oscuras. Si un lunar empieza a crecer o se vuelve doloroso o cambia de color. Cambio

de color de la piel. Si una herida no cicatriza. Descamaciones, exudaciones, formación de costras. Lesiones, grietas picazón, enrojecimiento y sangrado en piel o hematomas) (opus 16).

Autocuidado para la salud bucal

El envejecimiento puede producir cambios en las estructuras y función de la cavidad bucal como: disminución de la saliva, mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados y quebradizos. Disminución del gusto. Mayor sensibilidad. Las encías se adelgazan favoreciendo la pérdida de los dientes. Las medidas de autocuidado están dirigidas a la conservación de los dientes, digestión y nutrición, aumenta la autoestima y favorece la mejor comunicación. Las más importantes son: Cepillase los dientes después de comer alimentos y principalmente después del desayuno, almuerzo y comida.

De igual manera si tuviera prótesis dental. Use pasta dental o bicarbonato de sodio, para el cepillado de dientes. Use hilo dental después del cepillado de dientes. No use los mondadientes que moviliza las piezas dentarias y produce lesiones. Consuma una alimentación balanceada sin exceso de dulces y harinas que producen caries. Use prótesis dental si le faltaran los dientes naturales y mantenga la limpieza y el cuidado necesario. Acuda al dentista por lo menos cada seis meses y si tiene prótesis dental 1 a 3 veces al año. Se recomienda el cambios de la prótesis dental cada cinco años o según lo recomiende el odontólogo (opus 18).

Autocuidado nutricional

Los cambios normales de mayor relevancia son los del sistema gastrointestinal, hígado, vías biliares y páncreas que afectan la función motora, secretora y absorción, interfiriendo la buena digestión de los alimentos y una repercusión en el estado nutricional de los mayores. Las medidas de autocuidado estarán orientadas hacia una alimentación saludable que va a promover y mantener la salud, retrasar algunos cambios del envejecimiento, prevenir las enfermedades y ayuda en la recuperación de las mismas con la disminución de la morbilidad en la vejez (opus 17).

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para los adultos mayores porque es un grupo heterogéneo, por lo que se debe considerar sus características individuales. Así como, el peso, enfermedades, pobreza, actividad física, patrones culturales, etc. A continuación recomendaciones generales para adultos mayores sanos: Limitar el consumo de grasas y frituras, Sustituir la carne roja por carne blanca (pollo, pavo). Cocinar bajo de sal. Restringir el consumo de alcohol a una copa diaria.

Mantener el consumo equilibrado de calorías, consumir calcio suficiente a diario, especialmente en las mujeres, tomar mínimamente el sol y el consumo diario de vitamina D debe ser de 400 a 600UI. Consumo todos los días frutas y verdura y beber agua en cantidad suficiente (aprox. 2 lts). Si es posible reparta su menú en 4 pequeñas comidas. Controle su peso periódicamente y disfrute de la comida, "el comer" debe ser un tiempo agradable para usted y su familia (opus 20).

Autocuidado en el sueño

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

Las medidas de autocuidado están orientadas a la conservación del sueño adecuado favoreciendo la conservación de la funcionalidad y mejor desempeño en las actividades de la vida diaria: Levantarse y acostarse todos los días a la misma hora aún durante los feriados y fines de semana. Eliminar las siestas diurnas y si lo hace que no sea más de 30 minutos. Evitar en lo posible estrés y emociones fuertes. Hacer ejercicios pero no cerca de la hora de dormir. Realizar técnicas de relajación y respiratorios. Dieta liviana por las noches. Evitar el consumo de estimulante como: alcohol, tabaco, cafeína cerca de la hora de acostarse. Usar infusiones de manzanilla y tilo. Disminuir la ingesta de líquidos después de la cena y miccionar antes de ir a dormir. Condicionamiento de un ambiente adecuado para dormir: tranquilo, cómodo, con temperatura agradable, sin ruido, limpio, ventilado, etc. Leer, escuchar música, ver películas adecuadas, meditar, o rezar antes de dormir. Evitar el uso de medicamentos para dormir sin indicación médica (opus 17).

Autocuidado y actividad física

La actividad física y especialmente la marcha suele disminuir a edades más tempranas, que se acentúan cuando se llegan a los 60

años y más. En el envejecimiento los músculos, huesos y las superficies articulares sufren cambios que provocan una alteraciones en el cartílago, reducción de la masa muscular, la fuerza y la coordinación.

La práctica de la actividad física permite un funcionamiento físico óptimo en los adultos mayores porque: Mantiene y prolonga la independencia física y psicosocial. Retarda el envejecimiento y/o lo hace más saludable. Es clave contra las enfermedades o ayuda a recuperarse de ellas especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, obesidad y depresión. Disminuye la mortalidad total. Potencia la capacidad de autocuidado y permite el control sobre las AVD y aumenta la seguridad, confianza en si mismo y bienestar general, de ahí la importancia de su práctica. Existe varios tipos de ejercicios que pueden realizar que van desde los más simples como caminar, correr, nadar, bailar, montar bicicleta hasta los ejercicios dirigidos; sin embargo, todos los ejercicios hasta los más simples proporcionan beneficios. Entre las precauciones que se deben tener en cuenta al realizar los ejercicios o actividad física tenemos los relacionados a la seguridad, prevención de complicaciones, confianza y autoestima, el tiempo, y limitaciones e individualidades. Treinta minutos de actividad moderada 5 días o más es una meta conveniente.(21)

Autocuidado en la eliminación vesical e intestinal

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes más frecuentes en el adulto mayor. Una vejez normal no está asociada a la incontinencia, sino que aumenta casi siempre con la edad. Lo importante es que puede ser curada, mejorada y tratada. Entre los cambios que ocurren en el envejecimiento tenemos: debilidad de la

musculatura vesical, reducción de la fuerza a chorro de la orina y aumento de la excreción nocturna. Sin embargo estos cambios no son suficientes para causar la incontinencia urinaria. Dentro de los factores causales más comunes tenemos: infección urinaria, aumento de la próstata, prolapso uterino y disminución de estrógenos entre otras. Las medidas de autocuidado estarán orientadas a restablecer y/o mantener una eliminación vesical en el adulto mayor. Entre esas medidas se encuentra la reeducación de esfínteres y los ejercicios pélvicos. También establezca una rutina de eliminación. Orine antes y después de cada comida y antes de acostarse. Contraiga los músculos antes de toser, coger peso, o realizar cualquier maniobra que aumente la presión intra abdominal. Utilice cama baja, para facilitar la salida. Utilice vestimenta fácil de quitar y poner y elimine o limita su ingesta después de la 6 de la tarde porque favorece la micción durante la noche (opus 17); (16)

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

Las medidas de autocuidado están dirigidas a prevenir, restablecer y/o mantener una eliminación intestinal normal en el adulto mayor, orientadas a las medidas dietéticas, ingesta de líquidos, ejercicios y reeducar la función del intestino. Así los alimentos deben ser ricos en fibra, ingiera entre 1,500 a 2,000 ml de líquidos al día (agua o jugos), camine y realicen ejercicios, con especial énfasis en los ejercicios de fortalecimiento abdominal. Evite laxantes o enemas. Responda al deseo de defecar sin

tardanza. Establecer una rutina de defecación. Adopte una posición adecuada en cuclillas o sentado y relajado elevando los pies en el suelo o sobre un taburete, mientras se inclina el cuerpo ligeramente hacia delante. Masajear el abdomen. Evite los esfuerzos para defecar y tenga un ambiente cómodo y privado (opus17; 16).

Autocuidado de la memoria

Entre los adultos mayores la “disminución de la memoria” es una queja frecuente y una fuente de preocupación. Estos fallos esenciales ocurren en el envejecimiento normal y corresponde a la pérdida de memoria a corto plazo y son los denominados “olvidos benignos de la ancianidad”, pero no afectan el desenvolvimiento de la funcionalidad. Por otro lado esta pérdida de memoria no es generalizada a todos los adultos mayores, tal es así que muchos de ellos mantienen su capacidad de memoria intacta y conservada.

Las medidas de autocuidado estarán dirigidas a mejorar y mantener la memoria porque posibilita el fortalecimiento de la identidad, rescatar la cultura, la historia y la tradición y sirven como nexos en la socialización de las nuevas generaciones. El autocuidado será dado considerando las fases de la memoria de registro, retención y recuerdo. Entre ellos podemos mencionar: Intentar memorizar visualizando, nombres de personajes de la TV, y de las revistas, etc. que les hayan sido presentadas recientemente. Imaginarse a sí mismo haciendo acciones. Al acostarse, visualice a “modo de película”, todo lo que haya realizado durante el día. Tenga un lugar fijo y estable para Colocar los objetos de uso cotidiano. Identificar similitudes o diferencias en imágenes aparentemente similares. Asocie parejas de palabras o números de teléfonos. Solucione problemas de cálculo. Describa la

orientación de su vivienda y haga un plano de la misma. Sitúe el mayor número de objetos en cada una de las estancias.

Narre con su referencia de tiempo, algunos acontecimientos importantes de su vida (22).

Autocuidado en el aspecto biopsicosocial y espiritual para una vejez con bienestar.

La autoestima es una de las primeras necesidades de todo ser humano para su desarrollo psicosocial y para la construcción de una vida plena y satisfactoria. En la última etapa de la vida, la autoestima cobra una relevancia especial y puede estar afectada con cambios físicos, enfermedades, bienestar psicológico, y actitudes sociales compatibles con el fenómeno de "viejísimo". Sin embargo, frecuentemente nos encontramos con personas que siguen disfrutando de la vida y manteniendo buena autoestima. Por lo tanto es necesario dirigir el autocuidado para elevar y mantener una autoestima positiva así los adultos mayores se sentirá útiles, amados, aceptados, desarrollarán sus potencialidades con reconocimiento social y dará la posibilidad de vivir una vida con bienestar y satisfacción.

Las medidas de autocuidado deben de partir de la premisa que la autoestima se aprende, cambia y podemos mejorarla. A continuación alguna sugerencias para una autoestima positiva: Conózcase y siéntase valiosa, acéptese y profundice el amor por usted mismo. Mantenga pensamientos positivos. Sea usted mismo y no imite a nadie. Tenga confianza. Respétese. Mantenga su independencia al nivel más alto posible. Fomente una buena autoimagen. Practique la autorrecompensa. Adopte la actitud del "Yo puedo". Esté dispuesto a dar y recibir afecto. Sea asertivo.

Solicite y acepte ayuda cuando lo necesite. Mantenga buen sentido del humor. Aprenda a manejar sus emociones. Pertenezca a alguna agrupación. Esté dispuesto/a a nuevos aprendizajes (opus 16).

Uno de los aspectos más valiosos en la vejez es el tiempo. Sin embargo en el aspecto social la ancianidad no confiere estatus por si sola, en muchas sociedades se habla de "el rol sin rol", que significa pérdida del poder social-laboral. También la ideología de "viejísimos" asociados a la vejez hace referencia a una imagen de decadencia física y mental, dotando al adulto mayor una imagen de incapacidad, inutilidad social y rigidez. Sin embargo, muchos adultos mayores mantienen su independencia funcional y un valioso tiempo libre (23, opus 19).

Al respecto, la teoría de la actividad (Neugarten, Havinghurst y Tobin, 1968) citado por Papalia y col., (2009), sostiene que los adultos mayores permanecen muy satisfechos con la vida si siguen activos y participan en actividades sociales. La alta participación social es la clave de un buen envejecimiento, autorrealización y es la mejor manera de trascender en la vejez y enfrentar las actitudes aisladoras de la sociedad. Así mismo las actividades recreativas proporcionan una renovación vivificante, un reto, un estímulo, un cambio de ideas, aventura y socialización, que ayudan a mejorar el funcionamiento mental, estado de ánimo y bienestar utilizando su tiempo libre con sentido (24). Referente a la familia, el equilibrio de ayuda mutua que fluye entre los padres y los hijos tiende a cambiar y ser más importante conforme los padres envejecen. La modernidad, cambio de residencia, congregación 3 a 4 generaciones en el mismo hogar, y la migración de los hijos debilita los lazos afectivos quedando sin el sistema tradicional de apoyo familiar que muchas veces los confina a la soledad, abandono y depresión.

Todo ser humano encuentra en los familiares las posibilidades de crecer, realizarse y ser feliz, por lo tanto el apoyo familiar se hace necesario. El cuidado y apoyo familiar están basados en los principios de altruismo, responsabilidad, satisfacción de haber cumplido, y reciprocidad (25). La familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, a la estima, económico, seguridad, cuidado, afecto, con sentimiento de pertenecer a una familia, y constituye un mecanismo natural de atención y preferida por los mayores. Además reduce los efectos negativos de la transición de la vida, es el recurso más valioso en la adaptación permitiendo psicológicamente un equilibrio y encuentren la incomparable felicidad de envejecer juntos.

También el autocuidado estará orientado a cómo afrontar la muerte, algunos adultos mayores ven la muerte como alternativa y no como pérdida, puede significar la pérdida del alma, de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. En general, a ellos la muerte le causa menos ansiedad y la aceptan más que cualquier otro grupo. En parte, se debe a que consiguieron la integridad del yo, han perdido pariente y amigos más que cualquier grupo, además de admitir su mortalidad, sufren más enfermedades crónicas, que difícilmente superan y sienten que han realizado las tareas más importantes de su vida (26,27). Además tienen menos temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor. Las creencias religiosas y filosóficas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores a la muerte. Se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte es el logro más importante de los últimos años de la vida (opus 16).

La espiritualidad es uno de los aspectos importantes y que muchas veces se deja de lado. La espiritualidad es una dimensión de cada

ser humano, revela a través de la capacidad de diálogo que cada cual tengo consigo mismo y con su propio corazón, y se traduce en el amor, la sensibilidad, la compasión, en la escucha del otro, en la responsabilidad y en la solicitud. Se trata de alimentar un sentido profundo de valores (28). También si la religión, produce esta experiencia, entonces se transforma en el camino espiritual y representa la espiritualidad en su más pura esencia. En los adultos mayores el desarrollo de la espiritualidad fortalece y ayuda a tener valor y resignación para adaptarse a los desafíos propios de la vejez y la vida. También estar interconectado en el mundo material y sobrenatural. Como señala Boff cuidar el espíritu implica colocar los compromisos éticos encima de los intereses personales o colectivos y enriquecer un sentido profundo de valores. Cuidar del espíritu demanda alimentar el brasa interior de la contemplación y la oración para que nunca se apague. Significa especialmente cuidar de la espiritualidad experimentando a Dios en todo y permitiendo su permanente nacer y renacer en el corazón. Si reservamos en nuestra vida un espacio para la espiritualidad ésta nos irá transformando, De este modo nos sumergimos en esa fuente de espiritualidad, que es fuente de espíritu de vida, de "amortización", realización y de paz y de este modo nos hacemos mejores personas, y más humanas. (29)

2.3. Definición de términos básicos:

Nivel de autocuidado.- Actividad aprendida por el Adulto Mayor con el objetivo de vivir una vejez con bienestar. Es un proceso de aprendizaje, motivación y habilidad continua que influye en el desarrollo gradual del individuo.

Adulto Mayor.- Persona , hombre o mujer, que tenga 60 o más años de edad que se encuentra hospitalizado en el servicio de medicina interna 12 C con una permanencia de más de 24 hrs,

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de las variables

3.1.1.-Nivel de autocuidado: Actividad aprendida por el adulto mayor con el objetivo de vivir una vejez con bienestar. Es una conducta que le permite adquirir habilidades y así identificar las necesidades de asistencia de si mismo ;en la dimensión biológica(cuidados de los sentidos, piel, pies, boca, nutrición, sueño, memoria, eliminación), en la dimensión psicosocial(participación en las actividades de ocio, estado emocional, autoestima familia, adaptación) y en la dimensión espiritual(espiritualidad y afrontamiento de la muerte) . La escala de Autocuidado de Z. Leiton considera:

. **Nivel de Autocuidado Alto:** Cuando el Adulto Mayor realiza siempre la mayoría de acciones de Autocuidado y corresponde a su calificativo de 187- 240 puntos.

. **Nivel de Autocuidado Medio:** Cuando el Adulto Mayor realiza a veces las acciones de Autocuidado y corresponde a su calificativo de 134- 186 puntos.

. **Nivel de Autocuidado Bajo:** Cuando el adulto Mayor no realiza la mayoría de las veces las acciones de Autocuidado y corresponde a su calificativo de 80- 133 puntos. (opus 16).

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Nivel de Autocuidado	Actividad aprendida por el adulto mayor con el objetivo de vivir una vejez con bienestar	Es una conducta que le permite al individuo adquirir habilidad para así identificar las necesidades de asistencia de sí mismo. Y será por la escala del nivel de autocuidado de Leiton.	Biológica	<ul style="list-style-type: none"> - cuidado de los ojos - cuidado con los oídos. - cuidado de la piel. - cuidado de los pies. - cuidado con la boca. - cuidado nutricional. - cuidado con el sueño. - cuidado con la memoria. - cuidado con la eliminación. 	<p>Nominal:</p> <p>N. alto: 187-240.pts</p> <p>N. Medio: 134-186. pts</p> <p>N.Bajo: 80-133pts.</p>

			<p>Psicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participación en actividades de ocio. - Estado emocional. - Autoestima. - Familia. - Adaptación. 	
			<p>Espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espiritualidad. - Afrontamiento de la muerte. 	

3.3.-Hipótesis General e hipótesis específica

Hipótesis General.

El nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna 12C en el HNERM es bajo.

Hipótesis Específicas.

- EL Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión Biológica es bajo.
- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión psicosocial bajo.
- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión espiritual es bajo.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

Esta investigación es un estudio descriptivo transversal, aplicativo, cuantitativo y no experimental.

Es descriptivo porque se describió una característica que es el nivel de autocuidado

Es transversal por que el nivel de autocuidado se midió en un solo momento, en un periodo de tiempo determinado.

Es cuantitativo por que se inició con ideas preconcebidas acerca de la variable en estudio, permitiendo hacer predicciones de probabilidades y generalizaciones, y mediante el cuestionario de "Prácticas de Autocuidado de Leiton" se obtuvo la información numérica requerida para procedimientos estadísticos.

Es aplicativo por que buscó la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros; y porque estuvo orientado a resolver un problema de la vida cotidiana.

Es No- experimental, porque el estudio se realizó sin la manipulación de la variable; en la que solo se observó el fenómeno en su ambiente natural para luego analizarlo.

4.2. Diseño de la Investigación

El tipo de estudio de la investigación fue descriptivo y corte transversal, porque permitió establecer los niveles de autocuidado:

El diseño constó del siguiente diagrama:

M -----(O) X.

M = muestra.

(O) X = Nivel de Autocuidado.

4.3. Población y muestra:

a.- Población:

La población de estudio estuvo constituido por 50 pacientes adultos mayores, de ambos sexos, que se hospitalizaron en el servicio de medicina interna e Infectología 12C del HNERM en los meses de noviembre y diciembre del 2016; que reunieron los criterios inclusivos y exclusivos para el estudio. Dichos criterios fueron:

* Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores que hablaban castellano y aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes adultos mayores con edades comprendidas entre 60 y 95 años.
- Pacientes adultos mayores en uso de sus facultades cognitivas y autovalentes.

*Criterios de exclusión

- Pacientes adultos mayores con demencia senil o alteración de sus Facultades cognitivas.
- Pacientes adultos mayores que se negaron a participar de la entrevista para la investigación.

b.- muestra:

La población de estudio fue pequeña, por tal motivo no se seleccionó una muestra, es decir se consideró al total de ella,

constituido por los 50 Adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos del presente estudio se realizará mediante la técnica de la entrevista personal y como instrumento el cuestionario, teniendo en cuenta los derechos de anonimato y confiabilidad. Este instrumento, está basado en la Escala de Autocuidado en el Adulto Mayor para un envejecimiento con bienestar (de ZOILA LEITON), ya validado, constó de 80 preguntas con tres alternativas de Siempre, A veces y Nunca , cuyo valor para Siempre (S)= fue de 3 puntos; A veces (AV) : 2 puntos; y Nunca(N): 1 ; excepto los ítems , 7, 10, 23, 32, 34, 40, 42, 51, 53, 59, 68, 73 y 78. Que, por ser respuestas negativas al cuidado correcto recibieron el puntaje opuesto

Esta escala se dividió en dimensión biológica, psicosocial y espiritual (esta última dimensión modificada por las Autoras.

4.5.- Procedimiento de recolección de datos.

Inicialmente se coordinó con la jefatura del servicio de Medicina Interna e Infectología 12 C del HNERM, a fin de obtener permiso para la realización de la presente investigación. posteriormente se definió a los 50 adultos mayores que estuvieron hospitalizados en el mencionado servicio durante los meses de noviembre y diciembre del 2016, que reunieron los criterios inclusivos y exclusivos para el estudio.

Cada uno de los adultos mayores recibió información sobre el propósito del estudio, solicitándoseles su participación en la investigación; como prueba de su aceptación tuvieron que firmar una hoja de consentimiento informado. (Anexo 3). Con dicho consentimiento se procedió a

entregárseles un instrumento tipo cuestionario que tuvieron que resolverlo en un tiempo promedio 30 min. (Anexo 2). La recolección de datos se realizó durante los días libres de las investigadoras en los meses mencionados. Dichos Items fueron divididos en:

Aspecto Biológico (DEL 1-AL 54) que comprende:

_ Cuidado con los Ojos (1-6)

Cuidados con los Oídos (7-12)

- o Cuidado de la piel(13-19)
- o Cuidados de los pies(20-24)
- o Cuidado de la boca(25-30)
- o Cuidado nutricional(31-36)
- o Cuidado del sueño (37-42)
- o Cuidado con la memoria(43-48)
- o Cuidado con la eliminación (49-54)

Aspecto Psicosocial (DEL 55-AL76). Que comprende

- o Participación en actividades de ocio (55-59)
- o Estado emocional(60, 61, 63, 66, 72, y 75)
- o Autoestima (64,73,74,76)
- o Familia(67.71)
- o Adaptación (62,65,68,69,70)

Aspecto Espiritual (DEL 77 AL 80)

- o Espiritual (77,80)
- o Afrontamiento de la muerte (78,79)

4.6. Procesamiento Estadístico y Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS. Para la representación de los cuadros y gráficos

estadísticos se empleó la estadística descriptiva, en base a los estadísticos aplicado en la encuesta, expresados en números y porcentaje.

V. RESULTADOS

Luego de la recolección de la información, los datos fueron procesados con el apoyo del programa SPSS, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados al inicio del estudio. Los resultados se organizaron en tablas como sigue:

TABLA 5.1

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C**

HNERM - 2016.

Nivel de Autocuidado	frecuencia	%
Alto	13	26.0
Medio	35	70.0
Bajo	2	4.0
Total.	50	100.0

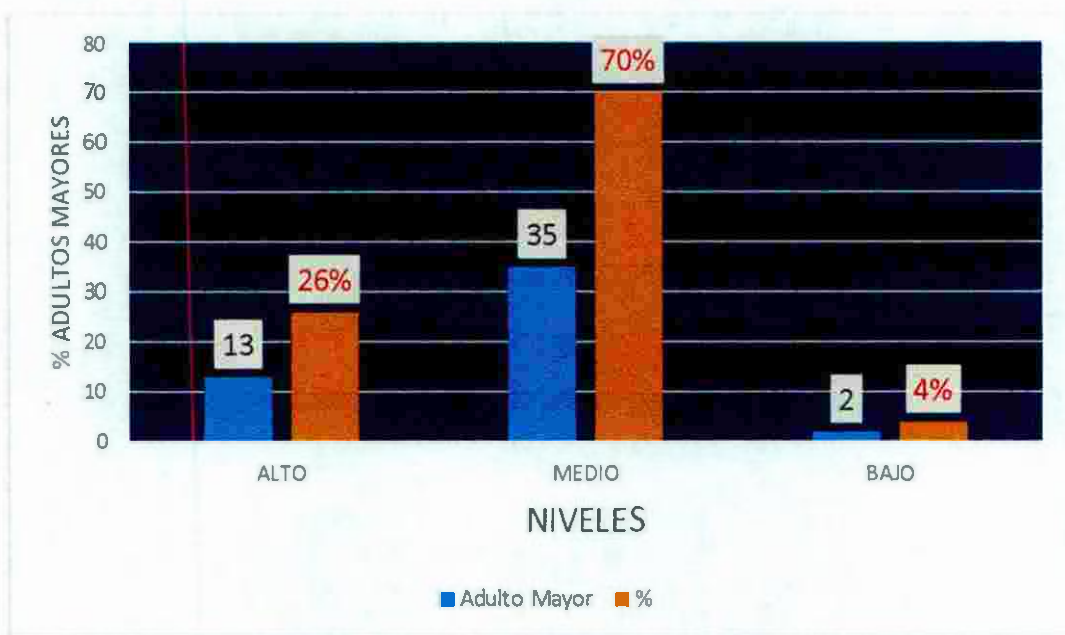
Fuente: Cuestionario aplicado.

En la Tabla 5.1, correspondiente al Nivel de Autocuidado del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna e Infectología 12 C del HNERM, se evidencia que de los 50(100%) AM entrevistados, 35 (70%) tienen un nivel de autocuidado medio, seguido de 13(26%) de un nivel de autocuidado alto y por último el 2 (4%) tienen un nivel de autocuidado bajo.

GRÁFICO 5.1

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C**

HNERM - 2016.



Fuente: Cuestionario aplicado.

TABLA 5. 2

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 -C**

HNERM -2016

Nivel de autocuidado	N°	%
En la dimensión biológica		
Alto	14	28.0%
Medio	24	48.0%
Bajo	12	24.0%
TOTAL	50	100%

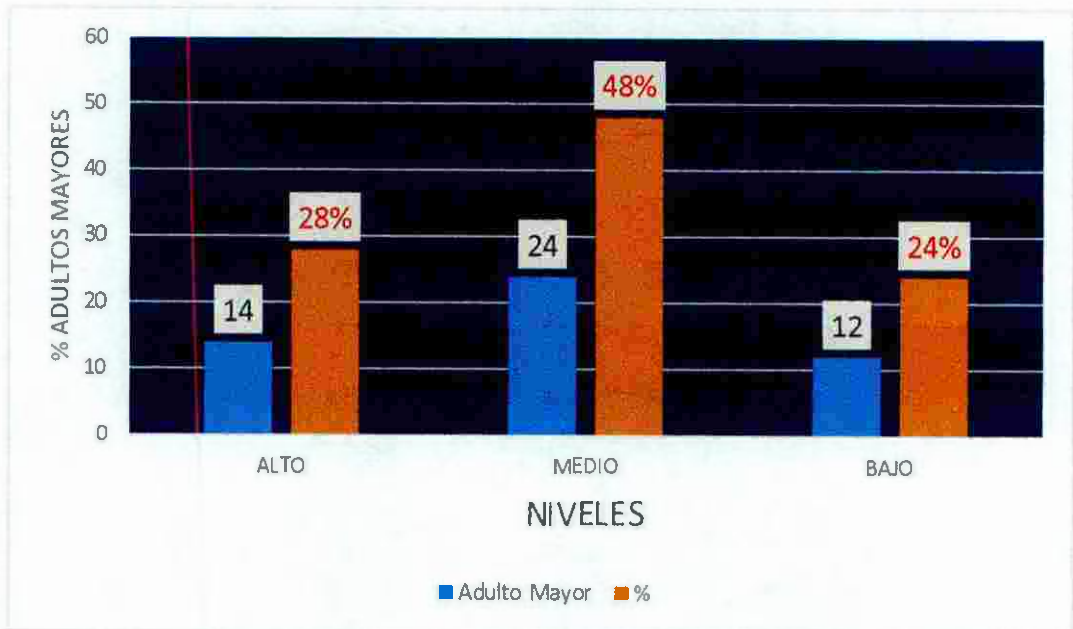
Fuente: Cuestionario aplicado.

En la Tabla 5.2. Nivel de Autocuidado en la Dimensión Biológica del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna e Infectología 12 C del HNERM, se evidencia que de los 50(100%) AM entrevistados, 24 (48%) tienen un nivel de autocuidado medio, seguido de 14 (28%) que tienen un nivel de autocuidado alto y seguido muy de cerca por 12 (24%) que tienen un nivel de autocuidado bajo.

GRAFICO 5. 2

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 -C

HNERM -2016



Fuente: Cuestionario aplicado

TABLA 5. 3

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 -C**

HNERM -2016

Nivel de Autocuidado en la Dimensión Psicosocial.	N°	%
Alto	35	70.0%
Medio	6	12.0%
bajo	9	18.0%
total	50	100%

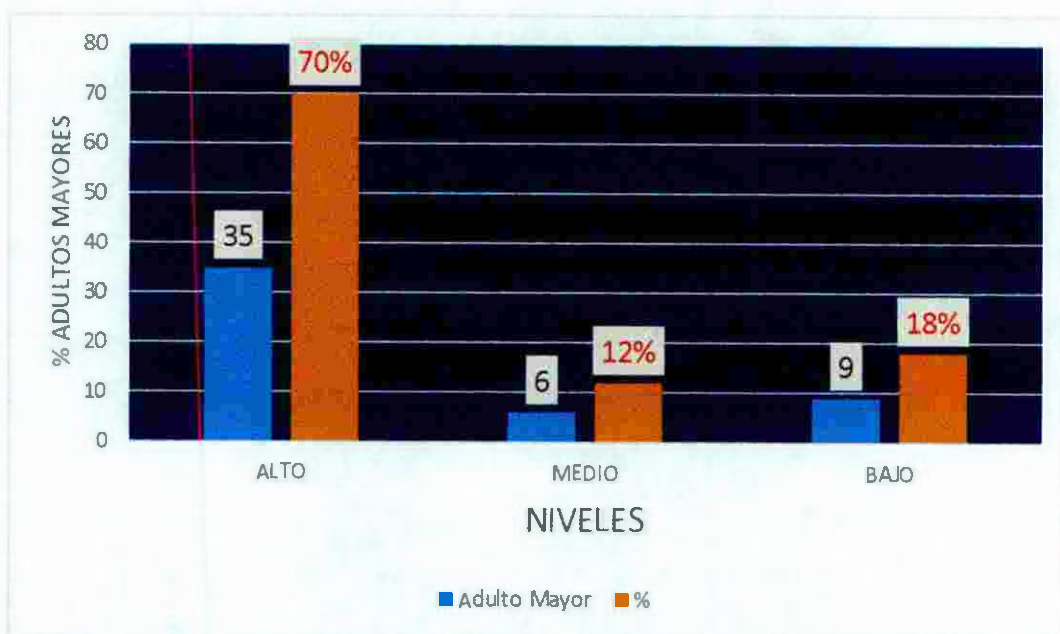
Fuente: Cuestionario aplicado.

En la Tabla 5.3. Nivel de Autocuidado en la Dimensión Psicosocial del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna e Infectología 12 C del HNERM, se evidencia que de los 50(100%) AM entrevistados, 35 (70%) tienen un nivel de autocuidado alto, seguido de 9(18%) que tienen un nivel de autocuidado bajo y 6 (12%) que tienen un nivel de autocuidado medio.

GRÁFICO 5. 3

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 -C

HNERM -2016



Fuente: Cuestionario aplicado

TABLA 5. 4
NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 –C

HNERM -2016

Nivel de Autocuidado en la Dimensión Espiritual	N°	%
Alto	16	32.0%
Medio	23	46.0%
Bajo	11	22.0%

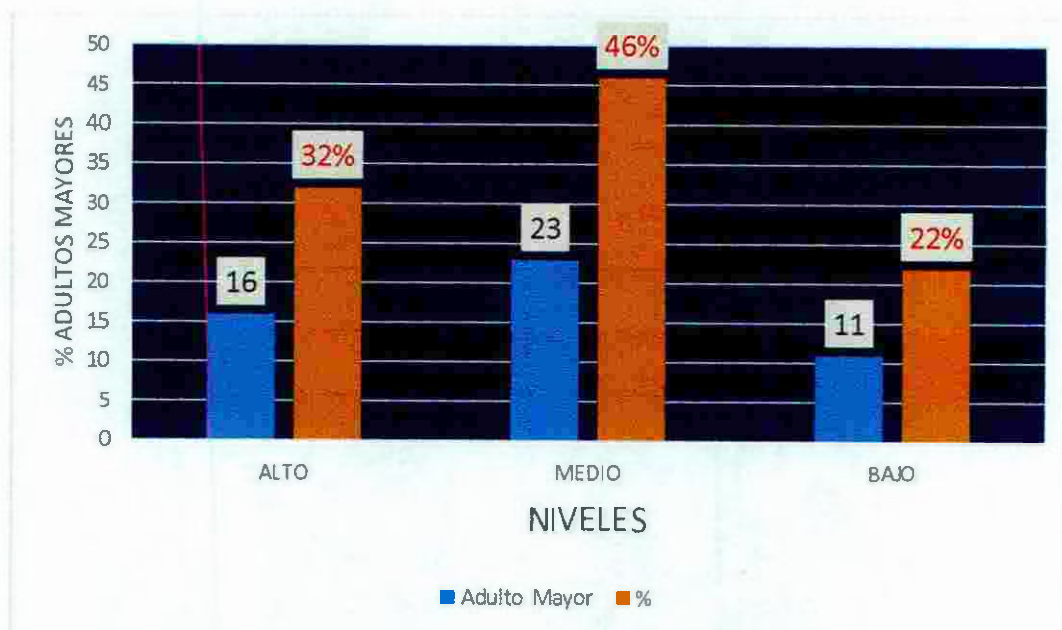
Fuente: Cuestionario Aplicado.

En la Tabla 5.4. Nivel de Autocuidado en la Dimensión Espiritual del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna e Infectología 12 C del HNERM, se evidencia que de los 50(100%) AM entrevistados, 23 (46%) tienen un nivel de autocuidado medio, seguido de 16(32%) que tienen un nivel de autocuidado alto y por ultimo 11 (22%) que tienen un nivel de autocuidado bajo.

GRÁFICO 5.4

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12-C

HNERM -2016



Fuente: Cuestionario Aplicado

TABLA 5.5

NIVEL DE AUTOCUIDADO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA

HNERM 12-C 2016

N. Autocui G. Instruc.	ALTO		MEDIO		BAJO		Total
	Nº	%	N	%	N	%	
Primaria	5	10.0%	9	18.0%	1	2.0%	30.0%
Secundaria	2	4.0%	15	30.0%	1	2.0%	36.0%
Técnico	3	6.0%	3	6.0%	0	0.0%	12.0%
Sup. Incom	2	4.0%	3	6.0%	0	0.0%	10.0%
Sup. Comp	1	2.0%	5	10.0%	0	0.0%	12.0%
total	13	26.0%	35	70.0%	2	4.0%	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

Se observa que 15 de los adultos Mayores con grado de instrucción secundaria (30.0%) tienen nivel medio de Autocuidado.

2 de los adultos mayores con grado de instrucción secundaria,(4.0%) tienen nivel alto de autocuidado.

1 de los adultos mayores con grado de instrucción secundaria,(2.0%) tienen nivel bajo de autocuidado. Se observa que 36%(18 adultos mayores), tienen grado de instrucción secundaria.

GRÁFICO 5.5

NIVEL DE AUTOCUIDADO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA

HNERM 12-C 2016

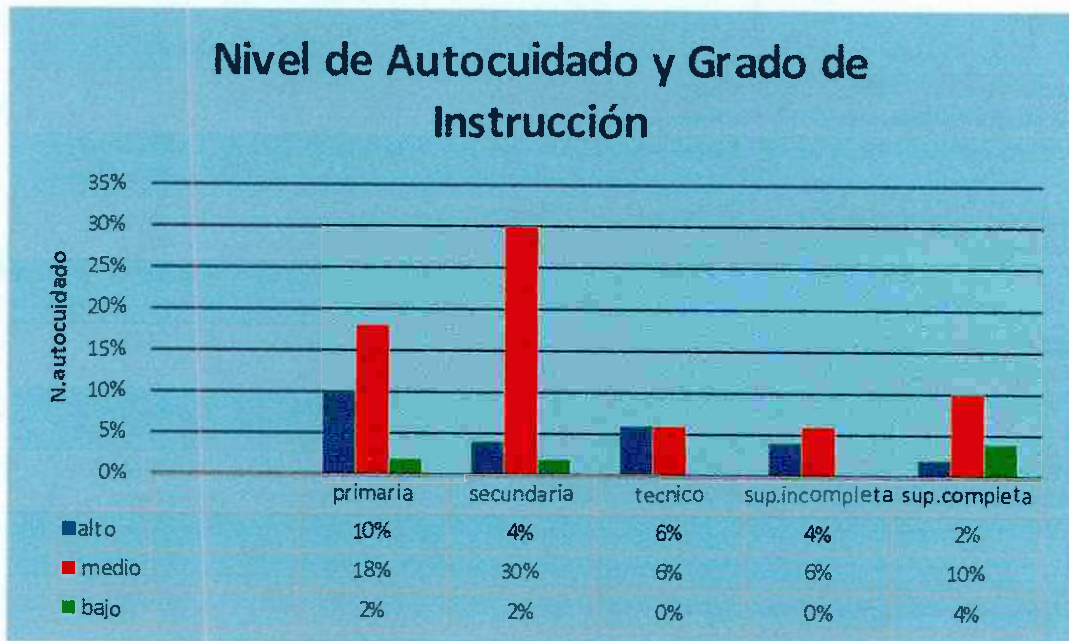


TABLA 5.6

NIVEL DE AUTOCUIDADO, SEGÚN EDAD, DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA

HNERM 12-C 2016

Edad	60-70 años	%	71-80 años	%	81-95 años	%
N. Autocuidado						
Alto	6	12.0%	6	12.0%	1	2.0%
Medio	20	40.0%	10	20.0%	4	8.0%
Bajo	2	4.0%	1	2.0%	0	0.0%
total	28	56.0%	17	34.0%	5	10.0%

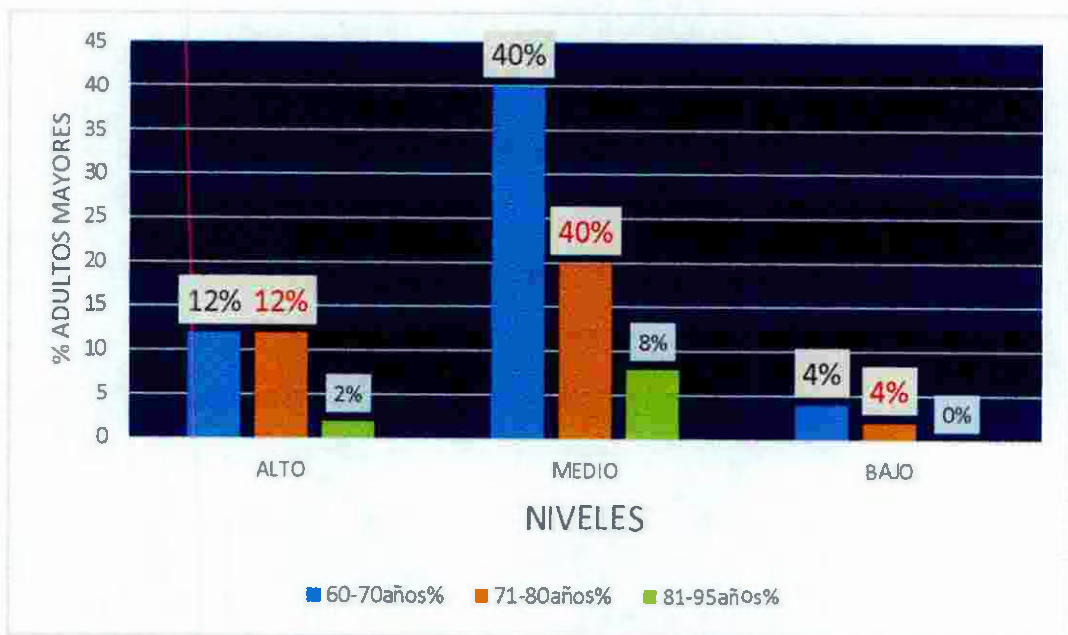
Fuente: Cuestionario aplicado.

Se puede observar, que las edades más frecuentes se encuentran entre 60 a 70 años con un 40% y que tienen un nivel de Autocuidado medio.

GRÁFICO 5.6

NIVEL DE AUTOCUIDADO, SEGÚN EDAD, DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA

HNERM 12-C 2016



Fuente: Cuestionario Aplicado.

TABLA 5.7

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
SEGÚN GÉNERO, EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E
INFECTOLOGÍA 12- C**

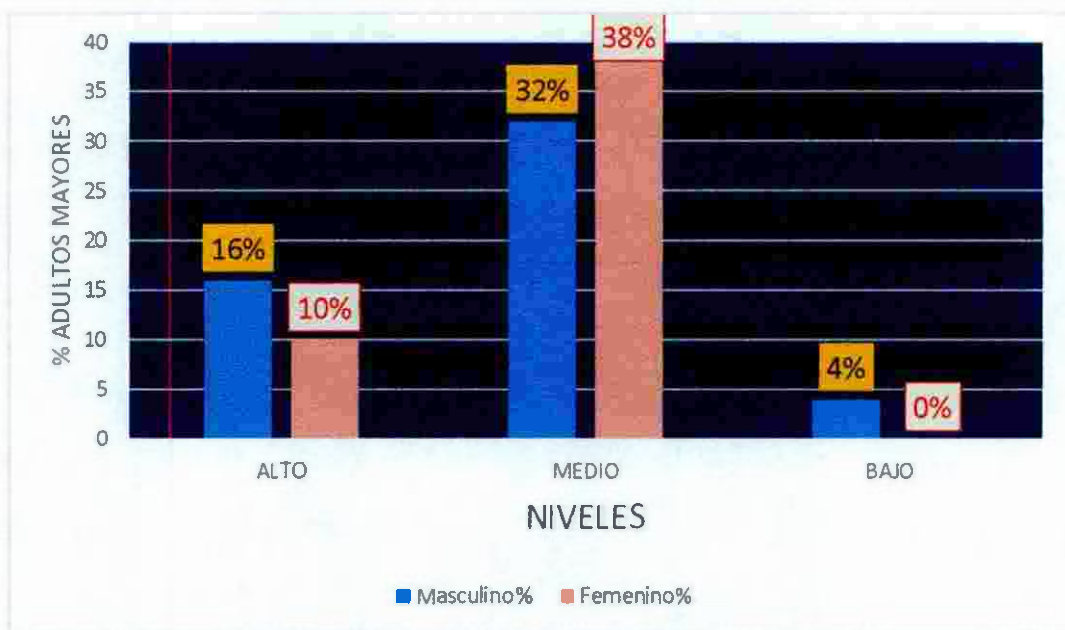
HNERM 12-C 2016 Género N. Autocuidado	Masculino	%	Femenino	%	N	%
	Alto	8	16%	5	10%	13
Medio	16	32%	19	38%	35	70%
Bajo.	2	4%	0	0%	2	4%
total	26	52%	24	48%	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado.

Se puede observar que 52%(26 adultos mayores) son de género masculino, mientras que 48% (24 adultos mayores) son de género femenino; no obstante el mayor porcentaje: 38%(19), del nivel de autocuidado según género, se aprecia en el género femenino, que tiene un nivel de autocuidado medio.

GRÁFICA 5.7

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
SEGÚN GÉNERO, EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E
INFECTOLOGÍA 12- C**



Fuente: Cuestionario aplicado.

TABLA 5.8

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y PROCEDENCIA
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E
INFECTOLOGÍA**

HNERM 12-C 2016

Proced. N. Autocuidado	Costa N°	%	Sierra N°	%	Selva N°	%	N	%
ALTO	10	20%	1	2%	2	4%	13	26%
MEDIO	20	40%	12	24%	3	6%	35	70%
BAJO	0	0%	2	4%	0	0%	2	4%
TOTAL	30	60%	15	30%	5	10%	50	100 %

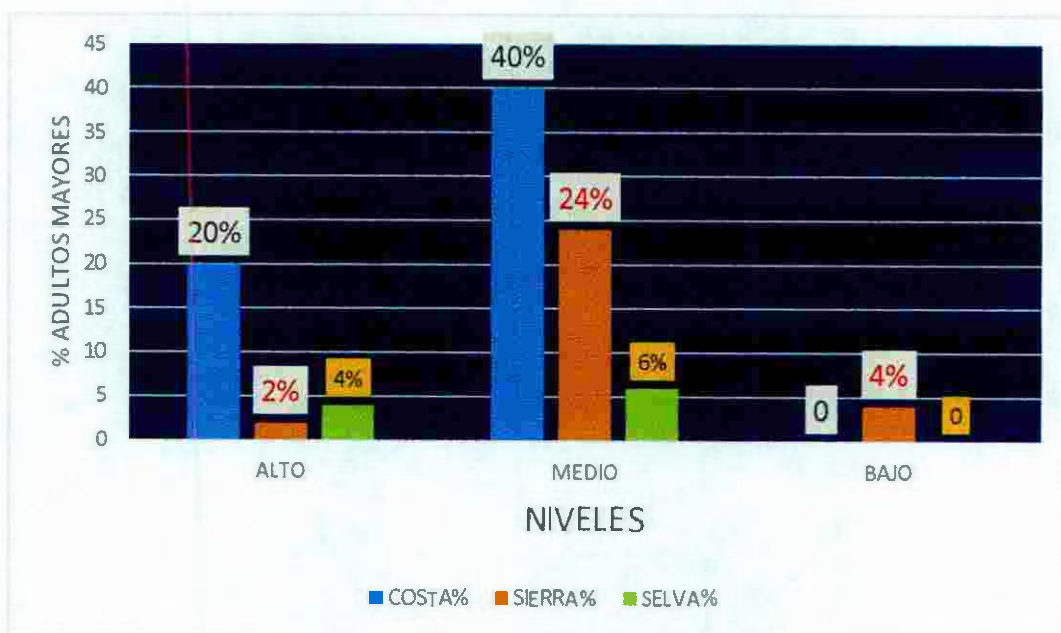
Fuente: Cuestionario Aplicado.

Se observa, que el mayor porcentaje (60%) de adultos mayores proceden de la Costa, de los cuales el 40% tienen un Nivel de Autocuidado Medio. Y 20% un nivel de Autocuidado Alto. El menor porcentaje de adultos mayores 10% proceden de la selva, de los cuales 6% tienen en nivel de Autocuidado y 4% en Nivel de Autocuidado Alto.

GRÁFICO 5.8

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y PROCEDENCIA HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA

HNERM 12-C 2016



Fuente: Cuestionario Aplicado.

TABLA 5.9

**NIVEL DE AUTOCUIDADO SEGÚN CONVIVENCIA DEL ADULTO
MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E
INFECTOLOGÍA 12-C**

HNERM-2016

N. Autocuidado Convivencia	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Solo	3	6%	2	4%	1	5%	6	12
C/Cónyuge	1	2%	10	20%	0	0%	11	22%
C/Cónyuge e hijos	7	14%	18	36%	0	0%	25	50%
Otros fam/Amigos	5	10%	3	6%	0	0%	8	16%
total	16	32%	33	66%	1	5%	50	100%

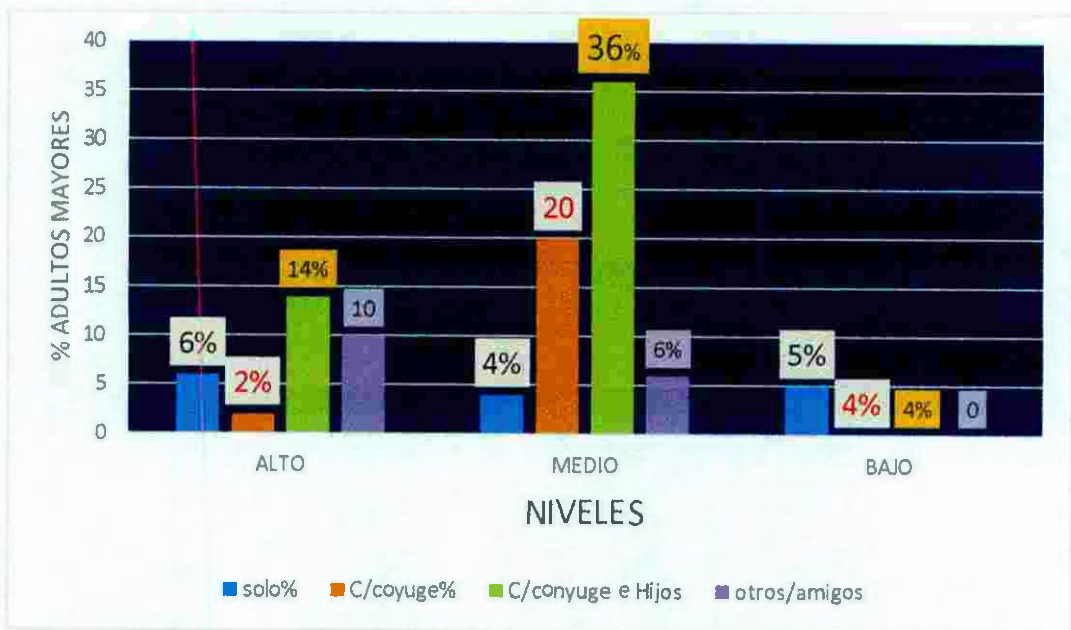
Fuente: Cuestionario Aplicado.

Se observa que el mayor porcentaje 66%(33 adultos mayores) tienen un Nivel de Autocuidado Medio, de los cuales el 36(18) conviven con su cónyuge e hijos; 20% solo con Cónyuge, 6% con otros familiares y amigos y 4% vive solo

GRÁFICO 5.9

NIVEL DE AUTOCUIDADO SEGÚN CONVIVENCIA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12-C

HNERM-2016



Fuente: Cuestionario Aplicado

TABLA 5.10

**NIVEL DE AUTOCUIDADO SEGÚN RELIGIÓN DEL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E
INFECTOLOGÍA 12-C**

HNERM-2016

N. Autocuidado Religión	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Católica	9	18%	23	46%	1	2%	33	66%
Evangélica	1	2%	9	18%	0	0%	10	20%
Testigo de Jehová	2	4%	1	2%	1	2%	4	8%
Otros	1	2%	2	4%	0	0%	3	6%
total	13	26%	35	70%	2	4%	50	100%

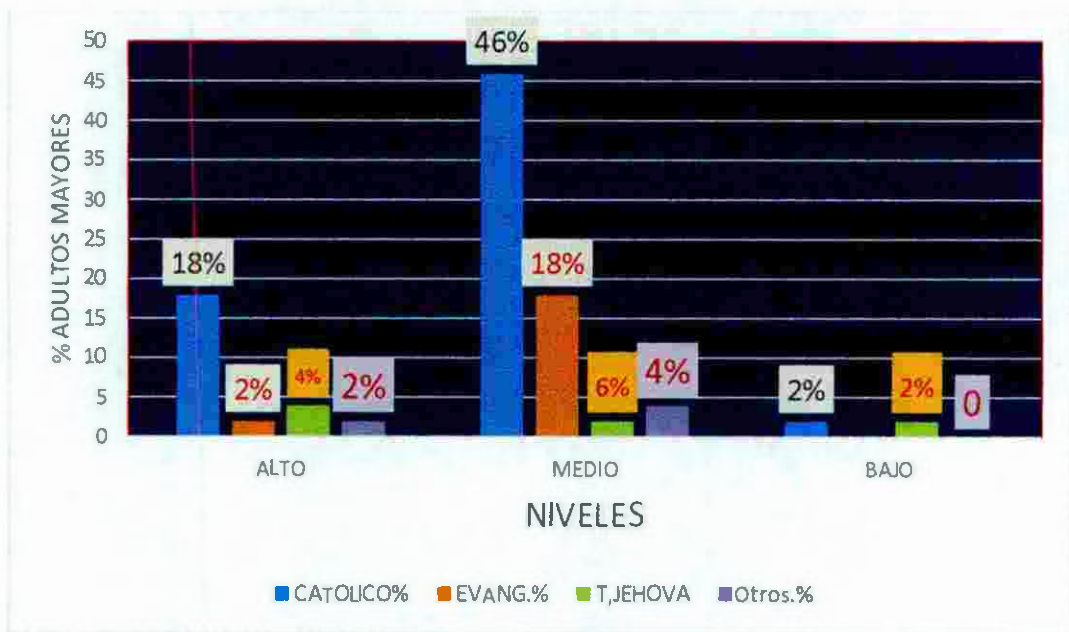
Fuente: Cuestionario Aplicado.

Se observa que el mayor porcentaje de los encuestados: 66% (33 adultos mayores) profesan la religión católica, de los cuales el 46%(23) tienen un Nivel de Autocuidado Medio; 18% un Nivel de autocuidado Alto y solo 2% un Nivel Bajo.

GRAFICO 5.10

NIVEL DE AUTOCUIDADO SEGÚN RELIGIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12-C

HNERM-2016



Fuente: Cuestionario Aplicado

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se realizó en el HNERM en el servicio de medicina interna e Infectología 12-C, con el objetivo general de determinar el nivel de autocuidado de los adultos mayores, teniendo como muestra 50 pacientes, y como instrumento se aplicó el cuestionario de Escalas de prácticas de Autocuidado de Leiton, cuya información fue proporcionado, con el consentimiento informado de cada paciente.

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados:

6.1.1.-Contrastacion de la Hipótesis General

Hipótesis General

El Nivel de Autocuidado de los Adultos mayores Hospitalizados en el servicio de medicina Interna e Infectología 12- C del HNERM es bajo.

Hipótesis Nula

El Nivel de Autocuidado de los Adultos mayores Hospitalizados en el servicio de medicina Interna e Infectología 12- C del HNERM es bajo.

Hipótesis Alternativa

El Nivel de Autocuidado de los Adultos mayores Hospitalizados en el servicio de medicina Interna e Infectología 12- C del HNERM no es bajo

En cuanto a nuestros resultados relacionados con nuestra hipótesis general, se aplicó la prueba T-Student para comparación de proporciones:

$$T = \frac{p1 - p2}{\sqrt{p1(1-p1)/n1 + p2(1-p2)/n2}}$$

El valor obtenido es $t = -0.13$ que en valor absoluto es menor que 2 por tanto se considera que ambas proporciones son iguales estadísticamente (p mayor que 5%) para los datos:

$P1 = 0.20$ (20 % de puntajes bajos con el reajuste de Stanones (ver anexo 5), $n1 = 50$ (muestra utilizada)

$P2 = 0.21$ y $n2 = 63$ (21% de pacientes con nivel de autocuidado bajo del antecedente de Manrique Huanaco (8).

En conclusión el porcentaje de pacientes con puntaje bajo en autocuidado encontrado es similar con los porcentajes encontrado en los antecedentes (8).

6.2. Contrastación de Resultados con otros estudios similares.

En la Tabla 5.1 se evidencia el nivel de autocuidado del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina Interna e Infectología 12 C del HNERM, donde se observa que de los 50 adultos mayores encuestados, la mayor parte de la población en estudio el (70%) tienen un nivel de autocuidado medio, seguido del 26% de un nivel de autocuidado alto y por último 4% de un nivel de autocuidado bajo.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene, Manrique Huanaco, Dina quién realizó un estudio sobre Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Lima- Perú, 2010, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, de corte transversal. Los participantes del estudio fueron 63 adultos mayores. La técnica fue la entrevista. Las conclusiones entre otras fueron: "El nivel

de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es medio. (52%); alto (27%) y bajo (21%). En la dimensión biológica: medio (40%); alto (30%) y bajo (30%). En la dimensión psicosocial: alto (50%) medio (22%) y bajo (19%).

Millán Méndez Israel, realizó un estudio sobre "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad- Cuba -2010, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. El estudio fue descriptivo transversal, de un universo de 354 personas mayores de 60 años se seleccionaron 195. Las conclusiones entre otras fueron: "El 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y el 5,8% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado.

Camino Salazar, María del Pilar, realizó un estudio sobre "Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín- Lima - Perú, 2011". Con el objetivo de: determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín en el año 2011. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo con 46 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron: la mayoría poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas(54%),no aceptable (23.91%) y aceptable (21.74%) de acuerdo a los factores de riesgo intrínsecos o relacionados con la edad y los factores extrínsecos relacionados con el

entorno, lo que los pone en riesgo de sufrir caídas y sus posibles consecuencias físicas, psicológicas y socio familiares alterando el mantenimiento de la salud, bienestar y sobre todo la independencia y la autonomía. Estos autores expresan que también encontraron un nivel de autocuidado medio o adecuado.

La tabla 5. 2.-Nivel de autocuidado en la Dimensión Biológica del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna e Infectología 12-C HNERM. donde se observa que el mayor porcentaje de la población estudiada 48% tienen un nivel de autocuidado medio, en la dimensión biológica ,seguido de un 28 % con un nivel alto y bajo 24%.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene, Condemarin Condemarin Lucia de Lourdes, quién realizó un estudio sobre, Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del centro de salud de José Leonardo Ortiz 2015, cuya población muestral fue de 80 adultos mayores , respondieron a un cuestionario tipo Likert , Los resultados revelan que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, en varones 94% y mujeres 76%, en la dimensión biológica y que ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Esta Autora, expresa que los adultos mayores estudiados tiene un nivel de autocuidado medio en la dimensión biológica, lo cual es acorde con lo que en este estudio se halló.

Tabla 5. 3 Nivel de autocuidado en la dimensión psicosocial del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna e Infectología 12-C HNERM. Podemos observar que el 70 % de la población estudiada tiene un nivel de autocuidado alto en la dimensión psicosocial, lo cual nos indica que adoptaron prácticas saludables para satisfacer sus necesidades y de esta forma mantenerse sanos, y al mismo tiempo con un círculo de amistades que fortalezca su cuidado. .

Además cabe señalar que, estos resultados no guardan relación con lo que sostiene, Romero Quiquia, Stephanie Karen, quienes realizaron un estudio sobre "Relación entre capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores-Lima- Perú 2011". Con el objetivo de: Determinar cuál es la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo – correlacional, con una muestra de 46 de un total de 80 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron: "No existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al C.S. San Juan de Miraflores ya que la mayoría de los adultos mayores (76,1%) son independientes

Por otro lado difiere de Millán (Cuba, 2010) quien en su trabajo titulado: "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad", encontraron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente existiendo un déficit de autocuidado cognitivo perceptivo en el 46,7, un 9,8 tiene déficit parcial y 5,6% déficit total, lo que perjudica en sus actividades psicosociales.

Este autor expresa lo contrario a lo que se encontró en este trabajo de investigación. Por lo que podemos decir: si bien es cierto que el Adulto mayor dentro del proceso de envejecimiento sufre cambios en las esferas psicológica y social, se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores, debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer: es así como muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener a la familia y de criar a los hijos .escogen amigos como lo hicieron en su juventud y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para la mayoría de los adultos mayores y ellos también lo son para los nietos,

considerándoseles una fuente de sabiduría y compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar lo que contribuye a una mejor adaptación a su entorno social, y por ende, alcanzar un Nivel de Autocuidado Alto.

La tabla 5. 4, Nivel de Autocuidado en la Dimensión espiritual del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina interna e Infectología 12-C HNERM, muestra que el mayor porcentaje de la población en estudio 46% tiene un **Nivel medio** de autocuidado.

Este resultado guarda relación con lo que sostiene Lau, Norma, en Costa Rica, el 2000, quién realizó un estudio sobre "Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores", cuyo objetivo fue determinar la potencialidad de la autonomía y autorresponsabilidad de las personas adultas mayores para tener vida digna, plena y saludable. El estudio fue de tipo cualitativo, método fenomenológico y como teoría de análisis el interaccionismo simbólico. Los participantes de estudio fueron 8 adultos mayores. La técnica fue la observación y entrevista. Las conclusiones entre otras fueron: Existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen en cuanto al autocuidado. Las prácticas en la mayoría de los participantes, responde a la satisfacción de necesidades básicas biopsicosocial, productiva cultural, espiritual y sanitaria (19)

Como señala Boff, cuidar el espíritu significa colocar los compromisos éticos encima de los intereses personales o colectivos y enriquecer un sentido profundo de valores. Cuidar del espíritu demanda alimentar el brasa interior de la contemplación y la oración para que nunca se apague. Significa especialmente cuidar de la espiritualidad experimentando a Dios en todo y permitiendo su permanente nacer y renacer en el corazón. Si reservamos en nuestra vida un espacio para la espiritualidad ésta nos irá transformando, De este modo nos sumergimos en esa fuente de espiritualidad, que es fuente de espíritu de vida, de

“amortización”, realización y de paz y de este modo nos hacemos mejores personas, y más humanas. (18)

VII. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegaron, luego de realizar el presente estudio fueron:

- El nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizado en el servicio de medicina interna e infectología fue Medio, con un 70% y Bajo con un 4 %.
- El nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizado, en la dimensión biológica. Fue medio con un 48% y bajo en un 24%.
- El nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en la dimensión psicosocial fue alto con un 70% y bajo con 18%.
- El nivel de autocuidado de los adultos mayores hospitalizados en la dimensión espiritual es medio 46% y bajo 22%
- Así mismo, se pudo hallar que los adultos mayores con un grado de instrucción secundaria tiene un nivel de autocuidado medio (30%).
- Los adultos mayores cuyas edades fluctúan entre 60-70 años tienen un nivel de autocuidado medio (40%).
- Los adultos mayores que conviven con su conyugue e hijos tienen un nivel de autocuidado medio (36%).
- Los adultos mayores del género femenino tienen un nivel de autocuidado medio (38%)
- y los adultos mayores que proceden de la costa tiene un nivel de autocuidado medio (40%).

VIII. RECOMENDACIONES

- Apartar de los resultados de la presente investigación se recomienda realizar futuros trabajos de investigación que contribuyan a diseñar estrategias de educación y promoción de salud.
- Educar y concientizar a la población adulto mayor y familiar, sobre la importancia del autocuidado que contribuirá a disminuir las complicaciones de sus propias enfermedades y mejorar su calidad de vida.
- - A las enfermeras asistenciales que pertenecen al área de estudio, tomar en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio con la finalidad de mejorar los cuidados del adulto mayor con participación de la familia.
- Desarrollar un programa de educación familiar acompañante, en el servicio de medicina interna e Infectología 12-C HNERM.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- http://www.edukavital.blogspot.com/adulto_mayor. Artículo web. Consultado 28 de abril 2016.
- 2.- OMS. **Envejecimiento y ciclo de la vida**. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> art. Web consultado 16 de junio 2016.
- 3.- MINSA. **Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores**. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/borrdor%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf. art. web. consultada 16 de junio 2016.
- 4.- INEI. **Situación de la niñez y del adulto mayor** .Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/Biblionei/Boletínflotante.asp?file=16034.pdf>. art. web. consultado 18 de junio 2016.
- 5.- **Lineamientos para la Atención Integral de salud de las personas Adultas Mayores**. Publicado por el ministerio de salud. 2006.
- 6.- TOBÓN CORREA, Ofelia-GARCÍA OSPINA, Consuelo. **Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud**. Colombia. Edit .Universidad de Caldas. 2004.
- 7.- MINSA. **Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores 2013-2017** .Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletinesdvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf. art. Web. Consultado 18 de junio 2016.
- 8.- MANRIQUE HUANACO, Dina. **Nivel de conocimiento y actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las necesidades Básicas que tienen los adultos Mayores del centro de Salud “Conde de la Vega Baja”**. Tesis de pre-grado .Lima. UNMSM. 2010.

- 9.- MILLÁN MÉNDEZ Israel. **Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad.** Rev. Cubana Enfermería (202-234) Diciembre 2010. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864031920100004000
- 10.- CAMINO SALAZAR, María del Pilar. **Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas que tienen los Adultos Mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Luín 2011.** Tesis de Licenciatura en Enfermería. UNMSM. 2012.
- 11.- CONDEMARIN CONDEMARIN, Lucia de Lourdes, EVANGELISTA PAREDES, Ana María, BENAVIDES FERNANDEZ, Yanet. **Nivel de Autocuidado de los Adultos mayores Atendidos en el "Programa del Adulto Mayor" del Centro de salud José Leonardo Ortiz- febrero 2015.** *Salud y Vida Sipanense*. Vol. 2.2. 2015
- 12.- ARAYA GUZMÁN A. **Autocuidado de la salud.** Cartillas educativas calidad de vida en la vejez. Disponible en:
http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf&ved=articulo_web. Consultado 25 de marzo 2016
- 13.- GARCILASO SALAZAR, Mayuri. **Capacidad del 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 para optar el título profesional de Lic. De Enfermería UNMSM. 2015. pág 37-38.
14. BOCCARDO BERAZA, Juliana y otros. **El cuidado Dorotea Orem. Disponible:**
[Html. Dorotea Orem/teorías de enfermería uns.blogspot.com](http://uns.blogspot.com) articulo web. Consultado 25 de abril 2016.
- 15.- CASTRO SALAS, Manuel y otros. **Optimizando la funcionabilidad del adulto mayor a través de una estrategia d autocuidado.** Avances en enfermería. Vol 30: 25. Abril 2012

- 16.- LEITON ESPINOZA, Zoila – ORDOÑEZ ROMERO, Yiduv. **Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de Información para profesionales** Lima. Editorial MIMDES. 2003.
- 17.- MAUK K. **Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales.** España. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. 2008
- 18.- RODRÍGUEZ, R y Col. **Geriatría** México. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. 2000
- 19.- PAPALIA, D, STERNS, H., FELDMAN, R., y CAMP, C. Desarrollo del Adulto y Vejez. México. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. 3ra edición. 2009
- 20.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Mantenerse en forma para la vida. Necesidades Nutricionales de los Adultos Mayores, en publicación Científica y Técnica N°595. Facultad de Ciencias y Políticas de Nutrición. Julio 2004.
- 21.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Envejecimiento Activo: Un Marco Político, en Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS. 2002
- 22.- CALSO, J. **Programa de potenciación de Memoria. Unidad de memoria.** Ayuntamiento de Sevilla. España 2001
- 23.- REOLID, M., LÓPEZ A., GARCÍA J., VILLANUEVA M. Y LEITON Z. Enfermería: Geriatría y Gerontología. España. Editorial Altabán 2005
- 24.- CUENCA C. Reflexiones Prácticas desde la Universidad. Conferencia V Jornada Municipales Familia y Comunidad. Ayuntamiento de la Villa de Agüimes. Gran Canaria. Marzo 2007.
- 25.- YUSTE, N., RUBIO. R., y ALEIXANDRE, M. **Introducción a la Psicogerontología.** Madrid .Ediciones Pirámide 2004
- 26.- PAPALIA, D., WENDKOS, S Y DUSKIN, R. **Desarrollo Humano.** México. Editorial Mc-Graw-Hill. 4ta Edición 2005
- 27.- KAIL, R., Y CAVANAUGH, J. **Desarrollo Humano. Una Perspectiva del Ciclo Vital.** México. Editorial Thomson. 3ra edición .2006
- 28.- BOOF, I. **Espiritualidad. Un camino de Transformación.** Brasil. Editorial Salterrae. 2002

- 29.- CAMACHO SERRANTES - LACHUMA VIERA, I. **Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores.** C.S. 9 de octubre-2013. Tesis Lic. – enfermería. Iquitos. UNAP. 2014.
- 30.- MARRINER, T. **Modelos y Teorías en Enfermería.** Madrid – España .Edit. Harcourt Brace. 4era Ed. (1999).

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12-C EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. LIMA- 2016”.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	ESCALA	ITEMS (#)
¿CUAL ES EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - LIMA 2016?	DETERMINAR EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS	EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS ES BAJO Ho: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS ES BAJO H 1: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS NO ES BAJO	<ul style="list-style-type: none"> NIVEL DE AUTOCUIDADO. 	<ul style="list-style-type: none"> Alto Medio Bajo. 	

PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICA	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS (#)
¿CUAL ES EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS, EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA?	IDENTIFICAR EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS, EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA.	<p>EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA ES BAJO</p> <p>Ho: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA ES BAJO</p> <p>H.1: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA No ES BAJO</p>	BIOLÓGICO.	<ul style="list-style-type: none"> - cuidado de los ojos. - Cuidado de los oídos. - - Cuidado de la piel. - Cuidado de los pies. - - Cuidado de la boca. - Cuidado nutricional. - Cuidado del sueño - - Cuidado con la memoria - Cuidado con la eliminación. 	<p>(1-6)</p> <p>(7- 12)</p> <p>(13-19)</p> <p>(20-24)</p> <p>(25-30)</p> <p>(31- 36)</p> <p>(37-42)</p> <p>(43-48)</p> <p>(49-54)</p>
		<p>EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL ES BAJO</p>	PSICOSOCIAL	-participación en	((55-59).

<p>¿CUAL ES EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL?</p>	<p>IDENTIFICAR EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS, EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL.</p>	<p>Ho: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA ES BAJO H1: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA NO ES BAJO</p> <p>EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA 12 C EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL ES BAJO.</p> <p>Ho: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS</p>	<p>ESPIRITUAL.</p>	<p>actividades de ocio.</p> <p>-Estado emocional.</p> <p>-Autoestima .</p> <p>-Familia.</p> <p>-Adaptación.</p> <p>-Espiritualidad.</p> <p>-Afrontamiento de la muerte.</p>		<p>(60,61,63,66, 72,75)</p> <p>(64,73,74 ,76)</p> <p>(67,71)</p> <p>(62,65,68 69-70)</p> <p>(77,(80)</p> <p>(78,79).</p>
--	--	--	--------------------	---	--	--

<p>¿CUAL ES EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL?</p>	<p>IDENTIFICAR EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL.</p>	<p>EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGIA 12 C EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL ES BAJO</p> <p>H1: EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGIA 12 C EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL NO ES BAJO</p>				
---	--	--	--	--	--	--

(#) :ÍTEMS de la escala de autocuidado en el adulto mayor para un envejecimiento con bienestar.(Z Leiton).

ANEXO N° 2

ESCALA DE PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LEITON *

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

Edad.....genero.....procedencia.....

Estado civilocupación.....grado de instrucción
.....convivenciareligión.....

ASPECTO BIOLÓGICO.	S	AV	N
<p>CUIDADO CON LOS OJOS:</p> <p>1.- realiza manualidades o lectura en sitios bien iluminados (luz artificial o natural).</p> <p>2.-ilumina bien su hogar, especialmente por las noches.</p> <p>3.- evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz esperando hasta que se adapte a los cambios de la luz antes de seguir caminando.</p> <p>4.- tiene ayudas visuales como lentes de aumento, (libros, calendarios y juegos de letras grandes).</p> <p>5.-visita al oculista por lo menos una vez al año.</p> <p>6.-acude al médico inmediatamente si presenta pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación , lagrimeo, etc.</p>			
<p>CUIDADOS CON LOS OÍDOS:</p> <p>7.- limpia el cerumen del oído usando hisopo de algodón, ganchos d cabello, palitos de fósforo, etc.</p> <p>8.- evita los ruidos fuertes.</p> <p>9.-usa remedios caseros o gotas indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del equilibrio, zumbido de oídos, etc.</p> <p>10.-se levanta rápidamente de la cama (de estar acostado a ponerse de pie).</p> <p>11.- visita al médico de oídos por lo menos una vez al año.</p> <p>12.- acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír, no comprende las palabras que le dicen o pide que le repiten.</p>			

<p>CUIDADO DE PIEL:</p> <p>13.-se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana.</p> <p>14.-se da masajes por todo el cuerpo de preferencia en codos y rodillas.</p> <p>15.-utiliza crema o aceite de bebe para su piel.</p> <p>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.</p> <p>17.- examina su piel por lo menos una vez al mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento o aparición o cambio en lunares.</p> <p>18.-usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse.</p> <p>19.-usa protector solar.</p>			
<p>CUIDADO DE LOS PIES.</p> <p>20.-usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves).</p> <p>21.- realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3/v por semanas.</p> <p>22.- se cambia de medias todos los días.</p> <p>23.- camina sin zapatos.</p> <p>24.- corta y lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas.</p>			
<p>Cuidado de la Boca:</p> <p>25.-se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.</p> <p>26.- usa hilo dental para retirar los restos de alimentos.</p> <p>27.-visita al dentista por lo menos una vez al año.</p> <p>28.-visita al medico cuando presenta dolor caries, encías rojas, mal aliento o sangrado al cepillarse, etc.)</p> <p>29.-usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes.</p> <p>30.- cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas (se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuanto tiempo cambia su cepillo= 6 meses.</p>			
<p>CUIDADO NUTRICIONAL</p> <p>31.-Ingiere una dieta balanceada y variada todos los días (por lo menos 10 alimentos diferentes (carne, pollo, pescado, res, Soya), productos lácteos descremados (queso, leche, yogurt), kuaker, fruta, jugos naturales, verduras,</p>			

pan, fideos, mantequilla, papas, yuca, camote, menestras, etc.

32.-le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hotdog, etc.

33.-ingiere 1 a 2 litros de líquidos diarios.

34.-consume dulces, postres, chocolates, o más de 10 cucharaditas de azúcar en sus alimentos.

35.-evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30 ml/día).

36 mantiene su peso ideal o el recomendado.

CUIDADO DEL SUEÑO

37.-duerme por lo menos 4 hrs seguidas en la noche.

38.- se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora.

39.-consume una dieta liviana por las noches.

40.-consume alcohol, tabaco ,café, cerca de la hora de dormir

41.-antes d dormir lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.

42.-toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.

CUIDADO CON LA MEMORIA.

43.-realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria como: intenta memorizar, visualizando los rostros de personajes de la TV, revistas o personas que han sido presentadas recientemente.

44.-cuando le presentan a una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido.

45.- tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc.

46.-Al acostarse visualiza a modo de película todo lo que ha realizado durante el día.

47.-le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído, o escuchado.

48.- esta al día con las noticias o novelas.

CUIDADO CON LA ELIMINACIÓN:

49.-va a orinar al levantarse, antes de acostarse antes o después de las comidas.

50.-realiza ejercicios para mejorar su micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento(cuenta hasta diez y luego los relaja los músculos)

51.- Consume todos los días bebidas como café, coca cola, te, alcohol, o

bebidas con edulcorantes artificiales.

52.- mantiene un horario fijo para hacer su deposición.

53.- usa laxantes, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación.

54.-consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral, etc.

ASPECTO PSICOSOCIAL.

55.-se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.

56.-realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc.)

57.-realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc.).

58.- se reúne, con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc.)para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.

59.-¿ha dejado de interesarte cosas y actividades que antes hacia?.

60.-tiene deseos de seguir viviendo.

61.-esta satisfecho con su vida?.

62.- trasmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o quien se lo pida.

63.- hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.

64.-acepta su vida con sus triunfos y fracasos.

65.-se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presenta en la vejez.

66.-mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría.

67.-brinda muestras de cariño a sus familiares y amigos.

68.-está insatisfecho o inconforme por la vida sexual que tiene ahora.

69.-se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos.

70.-acepta d buen agrado su nuevo rol dentro de su familia.

71.- permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por Ud.

72.-expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc.

73.-permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto.

74.-se preocupa por mantener una buena apariencia personal (limpio/a,

arreglado/a. etc.)			
75.-realiza actividades para ayudar a sus familiares. Amigos o vecinos.			
76.-se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.			
ASPECTO ESPIRITUAL			
77.-se siente valioso, útil e importante a pesar de los cambios de su edad.			
78.-tiene miedo a la muerte.			
79.-cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida.			
80.-fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su iglesia o grupo religioso.			

Puntaje total.....

Nivel de autocuidado ALTO: 187-240 pts. ()

Nivel de Autocuidado MEDIO: 134-186 pts. ()

Nivel de autocuidado BAJO: 80- 133 ()

*Escala de prácticas de autocuidado de Leffon modificado por las autoras.

La calificación de la encuesta se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

a. Siempre(S) = Cuando los actos de autocuidado forman parte de la rutina diaria, teniendo como valor 3 puntos cada uno. b. A veces (AV) = Cuando los actos de autocuidado todavía aun no forman parte de la rutina diaria, teniendo como valor 2 puntos cada uno. c. Nunca(N) = cuando no se realiza los actos de autocuidado en todo el proceso y tiempo de enfermedad tiene valor de 1 punto cada uno. De acuerdo al puntaje total obtenido el nivel de autocuidado se realizó con la siguiente escala interválica.

NIVEL DE AUTOCUIDADO ALTO= 187-240 pts.

NIVEL DE AUTOCUIDADO MEDIO= 134- 186 pts.

NIVEL DE AUTOCUIDADO BAJO= 80 -133 pts.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada, "nivel de autocuidado del adulto mayor en el servicio de medicina interna e Infectología 12-C HNERM ".Habiendo sido informado(a), del propósito de misma, así como los objetivos, deposito plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo para fines de investigación asegurándome la máxima confiabilidad.

FIRMA

ANEXO 4

TABLA DE CODIFICACIONES

EDAD	60-70 años	1
	71-80 años	2
	81-95 años	3
GÉNERO	Masculino	1
	Femenino	2
PROCEDENCIA	Costa	1
	Sierra	2
	Selva	3
ESTADO CIVIL	Soltero	1
	Casado	2
	Divorciado	3
	Viudo	4
OCUPACIÓN	Jubilados	1
	Otras Actividades	2
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	1
	Secundaria	2
	Técnico	3
	Superior completa	4
	Superior Incompleta	5

CONVIVENCIA	Sólo	1
	C/Conyugue	2
	C/Conyugue e hijos	3
	Otros familiares/Amigos	4
RELIGIÓN	Católica	1
	Evangélica	2
	Testigo de Jehová	3
	Otros	4

ANEXO 5

Prueba T studen:

Estadísticas de muestra única

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
N.autocuidado	50	2,8400	1,18425	,16748

Prueba de muestra única

	Valor de prueba = 0.5					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	,95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
N.autocuidado	13,972	49	,000	2,34000	2,3380	2,3420

Medidas simétricas

		Valor	Error tip. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada ^c
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,108	,128	,750	
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,134	,141	,936	
N de casos válidos		50			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Stanones para la hipótesis general

Estadísticos descriptivos: PUNTAJES PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

	N Estadístico	Mínimo estadístico	Máximo estadístico	Media estadístico	Desviación estándar
edad	50	1	3	1,54	0,676
Autocuidado	50	97	217	170,06	21,136
N válido(por lista)	50				

Puntaje promedio general=170

Desviación estándar=21.13

FORMULA DE STANONES PARA NIVEL BAJO= MEDIA-0.75*DESVIACIÓN ESTÁNDAR=170-0.75*21.13=154.208

Solamente usaremos en las hipótesis el indicador de nivel bajo.

Stanones para las hipótesis específicas:

Dimensión BIOLÓGICA

media 114.16

s 14.2074427

bajo-stanones

(corte para
puntajes
bajos)

a 103.504418 =104

FORMULA DE STANONES PARA NIVEL BAJO= MEDIA-0.75*DESVIACIÓN ESTÁNDAR.

Estadísticos descriptivos: PUNTAJES PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
D. biologico	50	72	148	114,16	14,207
D. espiritual	50	4	12	8,58	1,819
D. psicosocial	50	22,00	63,00	49,3800	7,73249
N válido (por lista)	50				

CLASIFICACIÓN STANONES PARA LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

PROMEDIO EN EL NIVEL PSICOSOCIAL=49.3

DESVIACIÓN ESTÁNDAR=7.73

PUNTO DE CORTE PARA NIVEL BAJO= MEDIA-0.75*DES.V.ESTAND=49.3-0.75*7.73=43.5

ASIMISMO EL PUNTO DE CORTE DE NIVEL PARA LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL ES DE: 7.22.

ANEXO 6

Hipótesis Específicas 1

- EL Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión Biológica es bajo.
- **Hipótesis nula**
- EL Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión Biológica es bajo.
- .
-
- **Hipótesis alternativa**
- EL Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión Biológica no es bajo.
-
- Para realizar la prueba de hipótesis usaremos la prueba t –Student para comparación de proporciones :
-
- $$T = \frac{p1-p2}{\sqrt{p1(1-p1)/n1-p2(1-p2)/n2}}$$
-
- El valor obtenido es t aproximadamente -1.51 y con p mayor que 5% para los datos:
- P1=0.18 (18 % de puntajes bajos con el reajuste de Stanones-ver anexo 7) , n1=50 (muestra utilizada)
- P2=0.30, n2=63 (30 % de pacientes con nivel de autocuidado bajo del antecedente de Manrique Huanaco (8).
- En conclusión el porcentaje de pacientes con puntaje bajo en autocuidado en la dimensión biológica encontrado guarda relación con los porcentajes encontrado en los antecedentes (8).

Hipótesis Especifico 2.

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión psicosocial es bajo.

Hipótesis nula

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión psicosocial es bajo.

Hipótesis alternativa

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión psicosocial no es bajo.

Para realizar la prueba de hipótesis usaremos la prueba t –Student para comparación de proporciones en la dimensión psicosocial:

$$T = \frac{p1 - p2}{\sqrt{p1(1-p1)/n1 + p2(1-p2)/n2}}$$

El valor obtenido es t aproximadamente -1.51 y con p mayor que 5% para los datos:

P1=0.18 (18 % de puntajes bajos con el reajuste de Stanones-ver anexo 5),
n1=50 (muestra utilizada)

P2=0.30 (30 % de pacientes con nivel de autocuidado bajo del antecedente de Manrique Huanaco (7)).

En conclusión el porcentaje de pacientes con puntaje bajo en autocuidado en la dimensión psicosocial encontrado guarda relación con los porcentajes encontrado en los antecedentes (7).

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión espiritual es bajo.

Hipótesis específico 3

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión espiritual es bajo.

Hipótesis nula

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión espiritual es bajo.

Hipótesis alternativa

- El Nivel de autocuidado de los adultos Mayores Hospitalizados, en la Dimensión espiritual es bajo.

Para realizar la prueba de hipótesis usaremos la prueba t –Student para comparación de proporciones:

$$T = \frac{p1 - p2}{\sqrt{p1(1-p1)/n1 + p2(1-p2)/n2}}$$

Habiendo ya obtenido concordancia en la hipótesis general y en las dos hipótesis específicas se concluye concordancia en esta dimensión también.