"Año de la Universalización de la Salud"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE UN AA.HH. DEL DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA - 2019"

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

AUTOR : BACH. ENF. VANESSA ELENA PINEDO RODRIGUEZ

BACH. ENF. EMMA JAIR CORDOVA PANAIFO

ASESOR : LIC. ENF. ANA ISABEL SOPLIN GARCÍA

IQUITOS – PERÙ

2020

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

"Año de la Universalización de la Salud"

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE UN AA.HH. DEL DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA - 2019"

De los alumnos: **CORDOVA PANAIFO EMMA JAIR Y PINEDO RODRIGUEZ VANESSA ELENA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **11% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 4 de diciembre del 2020.

Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

CJRA/lasda
238-2020

DEDICATORIA

A Dios, ya que gracias a su magnificencia nos iluminó en el camino con nuestra vida estudiantil.

Emma Jair Córdova Panaifo

A mi madre que desde niña ha fomentado en mis grandes valores.

A mi eterno compañero de vida Henry Ramirez Ruiz, por darme su fortaleza, confianza e inspiración, estuviste junto a mi hombro a hombro para luchar contra las adversidades y decirme a diario que sí podía lograrlo; gracias a tu apoyo moral y económico que fue vital para culminar con éxito mi carrera.

A mis hijos que ellos fueron mi impulso para seguir adelante y lograr mis metas.

Vanessa Elena Pinedo Rodriguez

A mi compañero de vida Luis E. Macedo Sias y a mi hijo Cesar D. Macedo Pinedo que han sido el apoyo moral, espiritual, económico y el estímulo principal para culminar con éxito mi carrera Universitaria.

A mis padres y hermana que siempre me guiaron en mi vida estudiantil de quién siempre tuve apoyo en momentos de tristezas y triunfos.

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a nuestra querida Universidad Científica del Perú, que nos abrió las puertas y nos brindó conocimientos técnicos para formarnos como excelentes profesionales.

A nuestra querida asesora de tesis, quien, con su sabiduría de conocimientos, hizo posible culminar con éxito nuestro trabajo y cumplir una gran meta en nuestra vida profesional.

Gracias a nuestros familiares quienes contribuyeron para poder finalizar nuestro proyecto.

Emma Jair Córdova Panaifo

Vanessa Elena Pinedo Rodriguez

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

"Año de la Universalización de la Salud"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 381-2019-UCP-FCS, del 08 de Mayo del 2019,** la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- **Lic. Enf. Edita Francesca Zamora Julca, Mgr.** — **Presidente**
- **Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera** — **Miembro**
- **Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen** — **Miembro**

Como Asesora(es): **Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 05:00 p.m. horas, del día 15 de Diciembre del 2020, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Enfermeria – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACION CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE UN AA.HH. DEL DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA - 2019".**

Presentado por las sustentantes: **EMMA JAIR CORDOVA PANAIFO**
VANESSA ELENA PINEDO RODRIGUEZ

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:
RESPONDIDAS EN FORMA SATISFACTORIA

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD **CON LA NOTA** DIECISÉIS

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Lic. Enf. Edita Francesca Zamora Julca, Mgr.
Presidente

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro

Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen
Miembro

CALIFICACIÓN:

Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

HOJA DE APROBACIÓN

TESIS TITULADA "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE UN AA.HH. DEL DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA - 2019".

Lic. Enf. Edita Francesca Zamora Julca, Mgr.
PRESIDENTE

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
MIEMBRO

Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen
MIEMBRO

Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García
ASESORA

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CARATULA i
HOJA DE APROBACION ii
DEDICATORIA iii
AGRADECIMIENTO iv
ACTA DE SUSTENTACION v
HOJA DE APROBACION vi
RESUMEN x
ABSTRACT xi
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO 12
1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 12
1.2 BASES TEÓRICAS 28
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 35
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO 35
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 39
2.2.1 PROBLEMA GENERAL 39
2.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS 39
2.3 OBJETIVOS 40
2.3.1 OBJETIVO GENERAL 40
2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 40
2.4 HIPÓTESIS 40
2.5 VARIABLES 40
2.5.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES 40
2.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 42
CAPITULO III: 44
METODOLOGÍA 44
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 44
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA 44

3.2.1 Población:.....44
3.2.2 Método de muestreo.....45
3.2.3 Muestra: 46
3.3 Criterios de Inclusión.....46
3.4 Criterio de Exclusión 46
3.5 Técnicas, instrumentos y proced. de recolección de datos.....46
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: 48
3.6.1 Análisis Univariado 48
3.6.2 Análisis bivariado.....49
CAPITULO IV: 50
RESULTADOS 50
CAPITULO V: 59
CONCLUSIONES.....64
RECOMENDACIONES..... 65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 66
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA 74
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 76

ÍNDICE DE CUADROS O TABLAS

Tabla N° 1: Grupo etáreo del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019..... 50
Tabla N° 2: Edad media del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 50
Tabla N° 3: Factores sociodemográficos del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 51
Tabla N° 4: Prácticas de autocuidado de los aspectos en relación a los niveles de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 52
Tabla N° 5: Prácticas de los niveles autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 53
Tabla N° 6: Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico sexo del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 53
Tabla N° 7: Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico comorbilidad del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 54
Tabla N° 8: Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico redes de apoyo de salud del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019…. 55
Tabla N° 9: Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico hábitos nocivos del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 56
Tabla N° 10: Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico grado de instrucción del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 57
Tabla N° 11: Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico edad del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. 58

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso universal, singular, y heterogéneo con cambios en toda la unicidad del ser humano producidos por el paso del tiempo, influenciado por factores internos y externos un periodo normal del ciclo vital. Por ello es importante el autocuidado en los adultos mayores ya que le permite adoptar conductas para un envejecimiento con bienestar y satisfacción.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado del adulto mayor en un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista (Loreto, Perú). Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional a 98 adultos mayores. Se utilizó cuestionario factores sociodemográficos y encuesta escala de autocuidado para una vejez con bienestar. Se aplicó la prueba X2. Resultados: Edad promedio 66 años, 54 (55%) de 65 a 69 años; masculino 60 (61.2%); grado de instrucción secundaria 80 (82%); no tiene comorbilidad 85 (87%); red de apoyo privado 59 (60%); hábitos nocivos no tiene 68 (70%); 39 (40%) prácticas de autocuidado deficiente, 40 (41%) regular. En cuanto a los factores sociodemográficos mostraron relación estadística significativa con las prácticas de autocuidado con a=5%, gl=1, r=0-3,841; sexo (X2=0,226); comorbilidad (X2=0,253); grado de instrucción (X2=1,329); redes de apoyo (X2=0,000); hábitos nocivos (X2=1,528); edad (gl=96, t de student=0,364, r= 0-1,661). Conclusiones: Los adultos mayores presentaron práctica de autocuidado regular y deficiente, lo que dificulta el manejo de su salud y prevención de enfermedades, siendo un reto en el cuidado de enfermería el potenciar sus capacidades y ser agente de cambio para su propio cuidado.

Palabras clave: factores sociodemográficos, prácticas de autocuidado, adulto mayor.

ABSTRACT

Aging is a universal, singular and heterogeneous process with changes in all the uniqueness of the human being produced by the passage of time, influenced by internal and external factors, a normal period of the life cycle. For this reason, self-care is important in older adults since it allows them to adopt behaviors for an aging with well-being and satisfaction.

Objective: To determine the sociodemographics related to self-care practices of the eldery in an AA.HH. from the San Juan Bautista district (Loreto, Peru). Quantitative, descriptive and correlational study to 98 older adults. Sociodemographic factors questionnaire and self-care scale survey were used. Test was applied. Results: Average age 66 years, 54 (55%) from 65 to 69 years; male 60 (61.2%); secondary education grade 80 (82%); 85 (87%) did not have comorbidity; private support network 59 (60%); harmful habits do not have 68 (70%); 39 (40%) poor self-care practices, 40 (41%) regular. Regarding sociodemographic factors, significal statistical relation with self-care practices with a=5%, gl=1, r=0-3,841; sex (X2=0,226); comorbidity (X2=0,253); educational level (X2=1,329); support networks (X2=0,000); harmful habits (X2=1,528); age (gl=96, t student=0,364, r=0-1,661). Conclusions: Older adults practice regular and deficient self-care, which makes difficult to manage their health and prevent deseases, being a challange in the nursing care empowering their abilities and being an agent of change for their own care.

Key words: sociodemographic factors, self-care practices, eldery.

CAPITULO I:
MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Ramírez C (2019) Realizaron un estudio descriptivo, transversal con muestreo aleatorio estratificado, donde participaron 304 personas con Diabetes Mellitus tipo 2, con el objetivo de describir los conocimientos y prácticas que realizan las personas para la prevención del pie diabético. La información se recolectó mediante un instrumento diseñado por las investigadoras que evaluaban los aspectos sociodemográficos, nivel de conocimientos y prácticas de los participantes en el cuidado de sus pies para la prevención del pie diabético. Al evaluar los cuidados en la prevención del pie diabético, los conocimientos se ubicaron en un nivel bajo y medio, mientras que las prácticas fueron medianamente adecuadas.[1]

Camargo T (2018), Realizó un estudio con el objetivo de investigar la reinvención en el envejecimiento a través de la inserción en el cuerpo y las prácticas integradoras. La muestra consistió en un grupo de participantes que integraron una casa de prácticas integradoras y complementarias, ubicada en la ciudad de Río de Janeiro, RJ. Utilizamos la técnica de observación participante, que tuvo lugar de febrero a agosto de 2017, con la aplicación de entrevistas semiestructuradas con los participantes, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana en el servicio. En la muestra en estudio (n=20), las edades oscilaron entre 60 y 87 años, con predominio de mujeres (85%), sujetos vinculados a grupos de artesanías, equilibrio, rueda de conversación, Tai Chi Chuan y Qi

[1] Ramírez-Perdomo Claudia, Perdomo-Romero Alix, Rodríguez-Vélez María. Conhecimentos e prácticas para a prevenção do pé diabético. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [citado 2019 ago. 19] ; 40: e20180161. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100408&lng=es. Epub 18-Feb-2019. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161.

Gong. En el análisis de datos aplicamos la técnica de Análisis de Contenido (CA). La investigación ha demostrado que este grupo de personas ha estado buscando nuevas formas de vivir y relacionarse, lo que lleva a un envejecimiento con compromiso y opciones motivadoras.[2]

Leitón Z, Villanueva M, Fajardo E (2018), realizaron un estudio para determinar la relación entre las variables demográficas y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional realizado en consultorios del Hospital Tomás La Fora Guadalupe (La Libertad, Perú), con 100 adultos mayores de 60 años y más. Teniendo como resultado que el mayor porcentaje de población se ubicó entre 66—70 años de edad (37%), mujeres el 55%; el mayor grado de instrucción fue primaria con 71%; el mayor tiempo de enfermedad fue de 5 años y más y el 55% tuvo un nivel de autocuidado bueno. Existe relación significativa entre el grado de instrucción (X2= 29.118 Valor p=0.000) y tiempo de enfermedad (X2=21.596 Valor p=0.000) con el nivel de prácticas de autocuidado y no hay significancia entre edad y sexo.[3]

Flores A (2018), realizo un estudio de investigación no experimental, transversal, correlacional conformada por 60 Adultos Mayores con el objetivo de determinar los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) relacionados a la función cognitiva del adulto mayor Se empleó el diseño no experimental, de tipo transversal, descriptivo, cuyos resultados fueron: 45.0% son adultos

[2] Camargo Tereza Claudia de Andrade, Telles Silvio de Cassio Costa, Souza Claudia Teresa Vieira de. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. Cad. Bras. Ter. Ocup. [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Ago. 19]; 26(2): 367-380. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000200367&lng=es. http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1238.

[3] Z. Leitón E. Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto. mayor. /Enferm. investig. desarro. 2014, enero-junio, vol 12(1): 32-46. Perú.

intermedios con una media de edad de 72.5 años, predominó el sexo femenino con el 93.3%, nivel de instrucción primaria presenta el 63.3%, estado civil 41.7% son casados. Con respecto a la persona de convivencia el 41.6% conviven con sus hijos o hijas. En cuanto al seguro de salud, el 96.7% cuentan con seguro. El 60.0% no reciben apoyo económico. El 96.7% viven en zona urbana. El 16.7% presentan diabetes mellitus, y el 63.3% presentan HTA. Los adultos mayores que presentan función cognitiva borderline es del 35.0% y el 6.7% tienen deterioro leve. Al relacionar los factores predictores y la función cognitiva tenemos, los factores que mejor predicen la función cognitiva son: edad (p=0.009), sexo (p=0.010), grado de instrucción (p=0.012) y seguro de salud (p=0.006), según los resultados de la correlación bivariada y la regresión logística ordinal.[4]

Garay L (2018), realizó un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo, descriptivo comparativo con el objetivo de describir las prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 de los Centros Poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama, Huánuco 2017. La muestra fueron 120 adultos mayores empadronados en el programa Pensión 65, seleccionados de forma no probabilística. Se aplicó una guía de entrevista sociodemográfica y una escala del autocuidado de Leitón. Teniendo como resultado que se evidencia prácticas buenas de autocuidado [48,3% (58)]. Al contrastar las variables en estudio se halló relación entre las prácticas de autocuidado con el grupo de edad [X2=7,3; p=0,02]; por lo que se aceptó la hipótesis de investigación. No se halló relación entre las prácticas de autocuidado con el género [X2=0,8; p=0,6], la tenencia de algún grado de instrucción de las

[4] Flores Andrea et al. Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana. 2018.

personas adultas mayores [X2=2,9; p=0,2] tenencia de conyugue [X2=3,7; p=0,15] y la tenencia de ocupación [X2=0,7; p=0,6].[5]

Vargas L (2018), realizo un estudio cualitativo etnográfico, en la que se utilizó el método de análisis cualitativo de Leininger cuyo objetivo fue describir y analizar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo adultos mayores de una población mexicana. Se entrevistó a 17 adultos mayores. El análisis originó 4 patrones explicativos: 1) Conservo mi tranquilidad a través de lo que pienso, siento y creo; 2) Cuido mi alimentación porque no solo es lo que se come, sino cómo se come; 3) Mantenerme ocupado es lo que me tiene en pie; 4) Pidiendo ayuda y ayudándose uno mismo. Las prácticas de riesgo son posponer la atención médica, automedicarse y las creencias en la alimentación.[6]

Silva N (2017) realizo un estudio descriptivo, exploratorio que tuvo como objetivo determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna-Cajamarca, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos, siendo los resultados que 44% de adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino; 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos; 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión

[5] Garay Illatopa, Liliana Silvia. Prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa b pensión 65 de los centros poblados de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017. Universidad de Huánuco.

[6] Vargas Santillán Lourdes. Prácticas de autocuidado en adultos mayores: un estudio cualitativo en una población mexicana. Revista de Enfermagem Referencia Serie IV - n.º 16 - JAN. /FEV. /MAR. 2018 Disponible en: https://doi.org/10.12707/RIV17065.

ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.[7]

Cuya C (2017) Realizo un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico de diseño relacional transversal, como objetivo fue establecer la relación del autocuidado y los valores de glicemia en pacientes adultos diabéticos atendidos en el Hospital Villa Salud. La muestra estuvo conformada por 88 pacientes diabéticos, seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados fueron que la media de la edad de los pacientes diabéticos de la muestra es de 57.8 años con una ±DE 1.13 años (55.1 – 60.2 años); el 52.3% son mujeres y el 47.7% hombres. El 54.5% tiene un nivel regular de autocuidado, el 31.8% baja y solo el 11.4% buen autocuidado. En los ítems de las dimensiones la mayoría tuvo un puntaje que indica un nivel regular de autocuidado. Se encontró una relación negativa y moderada entre autocuidado y los valores de glucemia [Rho=0,502; p-valor=0,000].[8]

Stacciarini T (2017), realizó un estudio con el fin de analizar la estructura factorial de la escala de evaluación de la capacidad de autocuidado, Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R), adaptada en Brasil, cuya muestra fue de 150 ancianos usuarios con diabetes mellitus y con baja escolaridad, acompañados por la Estrategia Salud de la Familia. El test de hipótesis de la composición factorial confirmatoria de la escala ASAS-R fue realizado por medio del modelo de ecuaciones estructurales para variables latentes siendo los resultados valores de los índices de ajuste del modelo fueron satisfactorios ($\chi 2$ de 259,19; $\chi 2$/g.l de 2,97, $p<0,001$; GFI=0,85; RMR=0,07; RMSEA=0,09), las cargas factoriales fueron superiores a

[7] Silva Ortiz. Norith. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna. Cajamarca, Universidad Nacional de Cajamarca 2016.
[8] Cuya Mendoza, Carmen y Hurtado Arango, Paulina. tesis Autocuidado y su Relación con los valores de glicemia en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Villa Salud, marzo 2017. Universidad privada Norbert Wiener.

0,40, la mayoría de las correlaciones ítem y factor varió de moderada a fuerte magnitud (0,34 la 0,58); valores de alfa total de 0,74 y de los tres factores de 0,69, 0,38 y 0,69, respectivamente.[9]

Almeida M (2016) realizaron una investigación de intervención con conductores mayores realizada a través de entrevistas individuales, programa de orientación y una sesión de grupo focal, con el objetivo de presentar un programa de orientación con énfasis en las prácticas de autocuidado para conductores mayores, así como describir las dificultades personales y los desafíos ambientales. La muestra estuvo conformada por trece ancianos de 62 a 82 años, de los cuales Siete (54,0%) informaron dificultades para conducir, cinco (71,4%) mencionaron dificultades derivadas de la interacción con el medio ambiente; tres (42.9%) informaron dificultad emocional y tres (42.9%) juntos informaron dificultades físicas, sensoriales y / o cognitivas. En la sesión del grupo focal, los adultos mayores reflexionaron sobre los factores que afectan el acto de conducir abordado durante el programa, informando que han ampliado las prácticas de autocuidado para enfrentarlo. Más participantes comenzaron a identificar la influencia de los déficits de atención y los problemas emocionales en la conducción de vehículos.

En cuanto a las condiciones relacionadas con el entorno físico y social, criticaron el crecimiento desordenado del tráfico, mencionaron preocupación por otros conductores y señalaron deficiencias en los mecanismos de educación, supervisión y castigo de infracciones de tránsito.

[9] Stacciarini Thaís Santos Guerra, Pace Ana Emilia. Análisis factorial confirmatorio de la escala Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2019 Ago 19] ; 25: e2856. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100306&lng=es. Epub 30-Ene-2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1378.2856

También discutieron los cambios para favorecer la movilidad de los peatones, una condición que también experimentan los conductores.[10]

Bustamante T (2016) Realizo un estudio de tipo pre experimental con pre test y post test, cuyo propósito fue medir el nivel de autoeficacia y su relación con la actividad física, mediante un programa de apoyo con actividades integrales como estrategia, para conocer si este plan de actividad física se correlaciona con la autoeficacia percibida, la muestra constituido por personas 32 adultos mayores de ambos géneros, con o sin patología crónicas concomitantes inscritas en el Club de Adultos Mayores <<Los Laureles>> que participaron en un programa de actividad física, se obtuvo que el género femenino representó predominio frente a población masculina con un 71,9% (n=23) por sobre 28,1% (n=9) del total de los encuestados, el estado civil destaca que un 50% (n=16) de la población encuestada son casados (as), un 37,5% (n=12) viudo (a) y un solo un 12.5% (n=4) soltero (a). la edad de mayor frecuencia se encuentra en el grupo de 65 años con un 15,6% y el grupo de 74 años con un 12,5%, se debe considerar que la muestra contempló población entre los 61 y 85 años, logrando una media de 71,3, sobre percepción de apoyo familiar por parte de los adultos mayores tuvo gran impacto, alcanzando un 84,4% (n=27) refieren pertenencia a grupo, alcanzado un 93,8% (n=30) del total de los encuestados. Un 81,3% (n=26) de población en estudio presenta patologías asociadas y sólo un 18,8%(n=6) mantiene estado de salud sin enfermedades presentes. Según patología encuentra su mayor concentración en Hipertensión arterial con un 69% (n=22) y Diabetes Mellitus con un 38% (n=12), siendo estos factores de riesgo a padecer Enfermedades

[10] Almeida María Helena Morgani de, Caromano Fátima Aparecida, Ribeiro Sara Soares, Batista Marina Picazzio Perez. Programa de orientação com ênfase em práticas de autocuidado para motoristas idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Ago 19] ; 19(2): 303-311. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200303&lng=es. http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.140192

Cardiovasculares, que puedan generar incluso limitación funcional total en el adulto mayor. Siendo Cáncer y Artrosis otras de las limitantes existentes dentro del grupo evaluado. por número de patologías presentes, un 18,8% (n=6) no presentaba enfermedades asociadas. 41 Por otro lado tras tabulación de puntajes y análisis la mayor concentración se dio en rango de 1 y 2 enfermedades con un 28,1% (n=9) según distribución y un 15,6% (n=5) en rango de 3 enfermedades Según datos obtenidos existe una variación pre y post intervención realizada. Donde la Media pre-intervención fue de 26.8, mientras que Media presentada post intervención 33.6, lo que determina que existe relación estadísticamente significativa al aplicar un programa de actividad física como estrategia para aumentar la autoeficacia en los adultos mayores.

El objetivo no es sólo realizar actividad física sino mantener esto como un hábito saludable, evitando así el sedentarismo, el cual es uno de los principales factores que contribuye al aumento y la mantención de los altos niveles de enfermedades “no transmisibles” y fomentar así el envejecimiento, como una experiencia positiva, que debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud y participación social, evitando así la discapacidad en esta población y contribuyendo con el aumento en el nivel de autoeficacia percibida por los adultos mayores.[11]

Castiblanco M (2016) realizo un estudio de investigación sobre capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) de la comuna ocho, ubicado en el barrio La Cima de Ibagué en el departamento del

[11] Bustamante Gómez Tamara. Autoeficacia en el adulto mayor y su relación con la actividad física. Universidad de Concepción.Chile.2016.

Tolima, Colombia. Estudio cuantitativo, descriptivo, trasversal. Siendo la muestra 88 adultos mayores, entre 60 y 93 años de edad, siendo los resultados que el adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta.[12]

Callacondo J (2016) realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con un diseño de correlación para determinar la relación del autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial en la Microred Edificadores Misti - MINSA, Arequipa-2016. La muestra estuvo conformada por 91 adultos mayores con hipertensión arterial. Se encontró que la mayor parte de la población fueron mujeres en un 75% con un mayor porcentaje de edades entre 75 a 80 años con 19.78%, en relación a los varones que fueron un 25%, en el sexo masculino no existe una predominancia de años; en ambos sexos el 46.2% fueron viudos(as). Asimismo, con relación a las características sociodemográficas el 45.1% son sin instrucción, 82.4% su ocupación es su casa, y el 65.9% su procedencia es de Arequipa. En cuanto al autocuidado, se observó que el 84.6% de los adultos mayores con hipertensión tienen un autocuidado regular en la dimensión alimentación, un 61.5% presentan un auto cuidado regular en la dimensión actividad física y descanso, un 86.8% presentan un autocuidado bueno en la dimensión hábitos nocivos, un 41.8% presentan un autocuidado. En cuanto a la dimensión global con un 50.5% presentan un auto cuidado regular. En lo que respecta a la calidad de vida, muestra; Área de estado global de salud: el 65.9% tienen una calidad de vida baja en la calidad de vida global; Área de funcionamiento: muestra que el 52.7% de los

[12] Castiblanco Amaya Myriam, Elizabeth Fajardo Ramos. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; 33 (1): 58-65

adultos mayores con hipertensión arterial tienen una calidad de vida alta en la función física, el 72.5% tiene una calidad de vida alta en actividades cotidianas, el 44% tiene una calidad de vida baja relacionada con el rol emocional, el 54.9% tiene una calidad de vida alta en la función cognitiva, el 72.5% tienen una calidad de vida alta en la función social; Área de síntomas: el 70.3% tiene una calidad de vida alta en cuanto al síntoma disnea, el 68.1% tiene una calidad de vida alta en cuanto al insomnio, 62.6% tiene una calidad de vida alta en cuanto a la fatiga, el 75.8% tiene una calidad de vida alta en cuanto a la anorexia, el 85.7% tiene una calidad de vida alta en cuanto a náuseas y vómitos, el 63.7% tienen una calidad de vida alta en relación al estreñimiento, el 74.7% tiene una calidad de vida alta en relación a la diarrea, el 61.5% tiene una calidad de vida alta en relación al dolor, el 67% presentó una calidad de vida baja en lo económico. Así mismo el 32% de adultos mayores con un mal autocuidado presentó una baja calidad de vida, y el 14% adulto con buen autocuidado presento una alta calidad de vida.[13]

Loredo M (2016) realizó un estudio de investigación sobre el nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor, con el objetivo de establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Estudio transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fueron 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Se utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y correlación de Pearson y Spearman. Los resultados fueron que el 54.3% de los participantes fueron mujeres, el 80.2% de los adultos mayores presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8%

[13] Callacondo Justo, et al. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. microred edificadores Misti – MINSA Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa 2016.

presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.[14]

Matute B (2016) realizo un estudio de investigación con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado para evitar el pie diabético en pacientes del Club de Adultos Mayores del Centro de Salud del Valle, estudio cuantitativo, la muestra fue 100 Adultos Mayores, siendo el 70% de sexo masculino, el 55% posee poca información acerca de la higiene de los pies, el 60 % tiene falta de conocimientos acerca del uso de medias y zapatos adecuados, el 30% está al tanto acerca de realizar actividad física, mientras que el 35% tiene conocimientos incompletos acerca del cuidado en la alimentación.

Robles A (2016), realizo el estudio sobre autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora con el propósito de determinar el autocuidado presente en las personas con diabetes tipo 2, estudio no experimental de tipo correlacional, descriptivo, muestreo no probabilístico. La muestra fue de 115 personas con predominio de género femenino, así como de personas adultas mayores y amas de casa. En cuanto a la escolaridad más del 70% cuenta con educación

[14] M.T. Loredo-Figueroa, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2016;13 (3):159-165.Mexico.

básica e ingresos menores a los 8 salarios mínimos al mes; además el 80% tiene seguridad social. Las personas con más años con el padecimiento son las que presentan autocuidado, por lo que el tiempo de padecimiento se vuelve un factor condicionante para llevar a cabo el autocuidado. Por su parte, las personas que presentan déficit de autocuidado son aquellas que tienen complicaciones en más del 50%.[15]

Moquillaza-Risco M (2015), realizo un estudio de investigación con el objetivo de escribir las características sociodemográficas y de salud de las personas adultas mayores en situación de calle (PAMSC), estudio de tipo transversal donde se identificaron variables sociodemográficas y de salud de las PAMSC al momento del ingreso al Programa Nacional Vida Digna (PNVD) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las condiciones de salud, además se determinó la probabilidad de dependencia funcional según edad y estratificada por sexo y estado mental, usando un modelo de regresión logística. Teniendo como resultado que las PAMSC fueron, en su mayoría, hombres, solteros y con grado de instrucción primaria o menor. El 66,2% de las PAMSC presentaron algún tipo de enfermedad crónica y 27,8 algún tipo de enfermedad mental. El 50% presentaron algún grado de dependencia funcional, y casi el 70% presentó algún grado de deterioro cognitivo. La probabilidad de dependencia funcional parcial se incrementó con la edad, siendo más alta en mujeres, además, se incrementó a mayor grado de deterioro cognitivo.[16]

[15] *Robles González Ana Lorena et al.* autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora. *Unisón / epistemus 17 / año 8/ 2014/ pág.: 41-49.*

[16] *Moquillaza*-Risco M, León E, Dongo M, Munayco CV. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2015;32(4):693-9.

Paredes V (2015) Realizó un trabajo de investigación con el objetivo de conocer la relación entre Autocuidado con el nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital I de Essalud, Nuevo Chimbote, estudio descriptivo y analítico, la muestra estuvo conformada por 76 adultos mayores Se aplicó los cuestionarios: “Escala del nivel de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial y “Cuestionario de nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial”. Siendo los resultados que el 68,4% de los adultos mayores con hipertensión arterial, tienen inadecuado autocuidado, el 57.9% de adultos mayores con hipertensión arterial presentan un nivel de conocimiento insuficiente sobre hipertensión arterial.[17]

Huallpa J (2014) realizo un estudio descriptivo correlacional y de corte transversal para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del Club de San Francisco del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna, siendo la unidad de estudio 60 adultos mayores, en cuanto a los resultado se obtuvo que el nivel de conocimiento medio, el 35,0% presentan prácticas de autocuidado parcialmente adecuadas, mientras que del total de encuestados con nivel de conocimiento bajo el 6,7% presentan prácticas parcialmente adecuadas, finalmente del total de encuestados con nivel de conocimientos alto el 3,3% presenta práctica adecuada.[18]

Huamán J (2014). Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, observacional, prospectivo, transversal y analítico~ cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores psicológicos y el nivel de autocuidado del Adulto Mayor.

[17] Paredes Tapia, Vannia Cristina. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del hospital de Essalud - Nuevo Chimbote, 2015.
[18] Huallpa Cartagena Jessica. Relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de San francisco, del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna. Universidad Nacional. Jorge Basadre Grohmann –Tacna 2014.

Chachapoyas-2014. La muestra estuvo constituida por 177 Adultos mayores. Los resultados fueron que del 100% (177) de los adultos mayores el 29.9% (53) tiene un nivel de autocuidado deficiente y un factor psicológico negativo; asimismo el 27.7% (49) tienen un nivel de autocuidado regular y un factor Psicológico regular y el 20.3% (36) tienen un nivel de autocuidado bueno y un factor Psicológico positivo. Con respecto a las dimensiones de los factores psicológicos: el 67.8% (120) presentó un negativo propósito en la vida, et 66.1% (116) presentó un negativo dominio del entorno y el 65.5% (116) presentó una negativa autoaceptación; en las dimensiones de autocuidado, el 48% (36) presentó un regular cuidado del oído y el48% (38) presentó un regular cuidado de la piel; además, el 40. 7% (72) presento un deficiente cuidado de la vista; mientras que el 23.7% (42) presentó un buen cuidado de los pies.[19]

Veras S et al (2014), realizo un estudio transversal con el objetivo de verificar las actividades de autocuidado específicas para pacientes con diabetes mellitus insertados en el programa de automonitorización de glucosa sanguínea, desde agosto a diciembre 2012 en dos unidades básicas de salud en el interior paulista. La muestra consistió en 74 sujetos de ambos sexos, con edad igual o superior a 18 años. Se empleó el Cuestionario de Actividades de Autocuidado con Diabetes, que contiene seis dimensiones: dieta general, dieta específica, actividad física, monitorización de glucosa sanguínea, cuidado con los pies, uso de fármacos y evaluación del tabaquismo. De las 15 actividades de autocuidado, ocho eran dentro de la norma deseable, a saber: la alimentación saludable, no comer dulces, evaluar el nivel de azúcar en la sangre y el número de veces,

[19] Huamán Paredes Julissa. factores psicológicos y nivel de autocuidado “del adulto Mayor del asentamiento humano Señor de los milagros. chachapoyas-2014" universidad nacional Toribio rodríguez de Mendoza de amazonas.

seca entre los dedos después de lavarse los pies y tomar medicamentos, además de tres artículos sobre el tabaquismo.[20]

Leitón Z (2014), Realizó una Investigación cuantitativa descriptiva correlacional y transversal, con el objetivo de determinar la relación entre práctica de autocuidado para una vejez con bienestar, con independencia funcional y depresión. Siendo la muestra 51 adultos mayores del módulo de atención al Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, siendo los resultados que el 82,35 % tuvo buena práctica de autocuidado y 17,65 % regular. En las actividades básicas de la vida diaria 84,31% fue independiente y 15,69% moderadamente dependiente. En las actividades instrumentales de la vida diaria 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente. Sin depresión 82,35%, 13,72% depresión leve y 3,92% depresión. Relación altamente significativa entre independencia funcional con práctica de autocuidado. No relación significativa entre depresión con práctica de autocuidado.[21]

Vergara W (2014) realizó un estudio prospectivo para determinar prevalencia y causas de automedicación en adultos mayores de la ciudad de Valparaíso. Siendo la muestra 357 adultos mayores encontrándose una prevalencia de un 83,0% de automedicación, cuya principal causa es “no me gusta ir al médico” (24%), además del uso de productos naturales. La principal causa de automedicación es el alivio del dolor; y a pesar de que el 88,2% de los pacientes declara conocer cómo usar el medicamento, un 49,3% manifiesta su

[20] Veras Vivian Saraiva, Santos Manoel Antônio dos, Rodrigues Flavia Fernanda Luchetti, Arrelias Clarissa Cordeiro Alves, Pedersoli Tatiane Aparecida Martins, Zanetti Maria Lúcia. Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Ago 19] ; 35(4): 42-48. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400042&lng=es. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820.

[21] Z. Leitón E. Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto. mayor. /Enferm. investig. desarro. 2014, enero-junio, vol 12(1): 32-46. Perú.

necesidad de contar con ayuda profesional para elegir con qué automedicarse.[22]

Camacho S, Lachuma I (2014) realizó un estudio para determinar la relación que existe entre la capacidad funcional, depresión y las prácticas de autocuidado en el adulto mayor que asiste al centro de salud 9 de Octubre, a 86 personas mayores se les aplicó los indices de Katz, Lawton, GDS, la escala de autocuidado de Leitón, mostraron el perfil de adultos mayores: edad promedio 71.06 años+71.26 años, 64% tiene entre 60 a 74 años, 54.6% son mujeres, 68.6% casados o convivientes, el 77.9% tienen educación primaria, 79% religión católica y 75.6% poseen seguro de salud. El 92.8% son independientes en la capacidad funcional básica y el 62.8% independientes en la capacidad funcional. El 59.3% de adultos mayores no muestran manifestaciones de depresión, 27.9% con probable depresión y 12.7% con depresión establecida. El 82.6% de adultos mayores tienen un nivel bueno de prácticas de autocuidado y el 17.4% autocuidado regular. De acuerdo a las dimensiones o áreas evaluadas, se determinó que las medias de autocuidado fueron más altas en los varones que en las mujeres, en el cuidado de: oídos (22.7+2.1), sueño (16.9+1.2), pies (16.4+1.5), memoria (15.6+2.1) y ojos (12.2+1.6). Mientras que las mujeres mostraron puntuaciones medias más altas en el cuidado de: piel (16.2+1.6), nutrición (14.7+1.3), boca (13.9+2.2), eliminación (13.9+1.3); sin embargo, la prueba t student demostró que solamente existe diferencias estadísticas significativa en el cuidado de piel (p=0.032). Las variables que mostraron asociación estadística muy fuerte (r=0.60 a mas) con las prácticas de autocuidado, en forma directa o positiva fueron: el cuidado psicosocial (r=0.85, p<0.01), cuidado de la memoria (r=0.71, p<0.01), cuidado de pies (r=0.65, p<0.01) y cuidado de boca (r=0.61,

[22] Waldo Vergara, Jorge Armijo, Gilda Solís et al. Automedicación en clubes de adulto mayor de la ciudad de Valparaíso -Artículos originales Rev Chil Salud Pública 2014; Vol 18 (3): 274-285.

p<0.01). Es decir que, los adultos mayores que informan mejor cuidado en la dimensión psicosocial, memoria, pies, boca, mostrarán mejor nivel de prácticas de autocuidado. La única variable que mostró correlación inversa o negativa con las prácticas de autocuidado fue el estado de ánimo o depresión (r=-0.38, p<0.01). Es decir que, a mayor estado depresivo del adulto mayor, menor es el nivel de prácticas de autocuidado.

1.2 BASES TEÓRICAS

Dorothea Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Virginia Henderson, Dorothy Johnson, Imogene King, Florence Nigthingale, Hildegard Peplau, Martha Rogers y Callista Roy.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

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:

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

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.

Factores sociodemográficos:

Se refieren a los factores socio-demográficos y entre ellos se encuentra la edad, sexo, peso, talla, estado civil, grado de instrucción, entre otros.[23]

En este sentido, se utiliza el término socio-demográficos para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo que, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. Entre los

[23] Rodríguez M. Aproximación conceptual e identificación de predictores de riesgo teóricos en jóvenes conductores: un punto de partida para contribuir en la reducción de accidentes de tráfico. Universidad Autónoma de Barcelona (2006). Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/educar/0211819Xn37/0211819Xn37p189.pdf

factores socioculturales que merecen citarse se encuentra la familia, la escuela, la sociedad, el ambiente cultural y científico, etc.[24]

Edad: Es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos al trabajar en conjunto podrán incrementar la esperanza y calidad de vida de la persona; la cual se podrá ir logrando en la medida que las enfermedades se puedan prevenir o controlar.[25]

Sexo: Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.

Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer.[26]

Peso: Es una de las medidas antropométricas muy frecuente utilizada en la evaluación del estado nutricional, es una medida muy popular en cualquier población. Se le da poca importancia a factores no nutricionales que producen variabilidad en el peso (uso de prendas). Para evaluación nutricional se requiere que se tomen en cuenta la variabilidad a fin de realizar la toma del peso con precisión y exactitud.[27]

Talla: La talla y/o longitud es una medida utilizada para medir el crecimiento en niños menores de cinco años, ya que un alto porcentaje de la talla adulta se alcanza en este período de vida. Al igual que el

[24] BELTRÁN, J. "Psicología de la educación". Barcelona, España: Jesús Beltrán Llera Editores. (2005).

[25] Ministerio de salud: dirección de estadísticas e información e salud. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud. (2016). Disponible en :http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm

[26] Girondella Mora; CONTRAPESO.INFO; Sexo y Género: Definiciones, 8 de febrero de 2019. Disponible en: http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/

[27] Jean-François Pillou CCM Salud, Comorbilidad – Definición Artículo original. Última actualización: 7 de noviembre de 2013
Disponible en: https://salud.ccm.net/faq/15300-comorbilidad-definicion

caso anterior, de tomarse en forma inadecuada daría lugar a una mala estimación del estado nutricional.[28]

Comorbilidad: Se refiere a enfermedades y/o a diversos trastornos que se añaden a una enfermedad inicial. Estas enfermedades “secundarias" pueden deberse directamente a la primera o por el contrario, no tienen ninguna conexión aparente con ella. Para dar un ejemplo, la Diabetes es una enfermedad con una elevada comorbilidad al igual la Hipertensión.[29]

Hábitos Nocivos: Son los producidos por el consumo de una sustancia nociva que incrementa el riesgo de sufrir un deterioro. Entre tales hábitos se encuentran lógicamente los relacionados con el consumo de todo tipo de drogas, siendo el tabaco y el alcohol, por su gran extensión en la sociedad, los que más preocupan a las autoridades sanitarias.[30]

Seguro de Salud: Los seguros de salud del Estado te permiten atenderte en Instituciones Prestadoras de Salud Pública (IPRESS), según el tipo de régimen en el que te encuentres. Es decir, si perteneces a EsSalud, te podrás atender solo en los Centros de Salud de EsSalud o si te encuentras bajo el régimen de las Fuerza Armadas, solo podrás atenderte en sus Centros de Salud.

Los seguros públicos del Perú son el SIS, Essalud, los Seguros de las Fuerzas Armadas y el Seguro de Salud de la Policía.[31]

---

[28] Laestenosisaortica's Blog Just another WordPress.com site teorias de Dorotea Orem (autocuidado)Disponible en: http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm

[29] Alfonso Santiago Marí, especialista en Hematología; Enciclopedia de la Salud, Hábitos poco saludables, junio del 2010
Disponible en: https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010060645445/endocrinologia/generales/habitos-poco-saludables/

[30] Alfonso Santiago Marí, especialista en Hematología; Enciclopedia de la Salud, Hábitos poco saludables, junio del 2010
Disponible en: https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010060645445/endocrinologia/generales/habitos-poco-saludables/

[31] Portal del Gobierno del Perú; Seguros de salud, 04 octubre 2018.
Disponible en Google: https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud

Estado Civil: Se refieren a su posición dentro de una comunidad política, a su condición frente a su familia y a la persona en sí misma, independientemente de sus relaciones con los demás. Existen criterios para clasificar los estados civiles como: soltero, casado, viudo o divorciado.[32]

Grado de Instrucción: Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, técnico y universitario.[33]

Situación Económica: Hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen. La capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez.[34]

Procedencia: Es la ubicación geográfica donde las personas tienen una amplia gama de alternativas para optar por sistemas de vida, adquiriendo hábitos, actitudes, conductas; dentro de una zona urbana, urbano marginal o rural.[35]

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.

[32] Castillo J. estado civil. Venezuela 2010. Disponible en google: https://derecho2008.wordpress.com/2010/06/09/estado-civil/.
[33] Eustat - Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística Nivel de instrucción, Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html.
[34] Fabra A. Diferencia entre situación económica y situación financiera. 2016. Disponible en: http://negocios.uncomo.com/articulo/diferencia-entre- situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html
[35] Pérez J. Gardey A. que es significado y concepto, Actualizado: 2013. (Revisado 23-06-2016). Disponible en google: http://definicion.de/origen/

También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.[36]

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas.[37]

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron 'culto de sí', se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. "El 'cuidado de sí', incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas.

Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la mesura, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la

[36] Martins A, et al; Autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientacoes de enfermagem. [citado 9 Jul 2014]; 17 (4): 755-63. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0755.pdf

[37] DE ROUX, Gustavo citado por URIBE, J. Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. (2003) Disponible en http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm.

alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma".[38]

Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

Más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el "desprecio" por el cuidado corporal, sustentado en el principio de "vencer al mundo al demonio y la carne".

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: "grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente".[39]

Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.[40]

[38] FOUCAULT M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí, México: Siglo XXI; 1987: 38 – 68.

[39] KICKBUSCH, I. El autocuidado en la promoción de la salud En: La promoción de la salud: una antología. Washington: OPS. (1996), p. 235.

[40] Laestenosisaortica's Blog Just another WordPress.com site TEORIAS DE DOROTEA OREM (AUTOCUIDADO) Disponible en: http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm

CAPITULO II:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

El INEI refiere que actualmente el Perú tiene una población de 31 millones de habitantes y el 10.4% corresponde a mayores de 60 años en el año 2018. Registrándose un incremento en la longevidad de las personas y para el 2050 se estima que serán 8,7 millones. Para el año 2012, la esperanza de vida al nacer fue de 77 años y la esperanza de vida a los 60 años y una esperanza de vida saludable de 67 años, pero hay 10 años de vida con molestias crónicas que van a deteriorar la calidad de vida. Unas incapacidades para tener una vida saludable pueden restar hasta miles de años de una vida plena.[41]

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. Al primer trimestre del año 2018, el 42,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. El 82,6% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 69,9% En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónica.[42]

El año 2016 en la región Loreto tiene una población de 1049364 lo que representa el 3.3% del total nacional de los cuales el 4.3% corresponde a la población adulta mayor de 64 años de edad. La

[41] Zolezzi A. Estadísticas de salud en el Perú: mejor llenado de información y su apropiada utilización para promover la salud. Acta Med Perú. 2017;34(4): 257-8.
[42] Situación de la Población Adulta Mayor indicadores del adulto mayor enero-febrero-marzo 2018 informe técnico No 2 - junio 2018.

esperanza de vida al nacer para los periodos del 2012 al 2020 es de 72.8.[43]

El envejecimiento es un proceso universal, singular, y heterogéneo con cambios en toda la unicidad del ser humano producidos por el paso del tiempo, influenciado por factores internos y externos un periodo normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades; con tareas de desarrollo y oportunidades para disfrutar de bienestar y satisfacción, pero asociado a una de crisis de desarrollo y pérdidas. El resultado final de los cambios y pérdidas dificultan la satisfacción de necesidades y restringen el desarrollo de sus potencialidades y la posibilidad de ejercer una vida plena. Así los adultos mayores deben adaptarse y asumir un protagónico a fin de alcanzar un envejecimiento con bienestar, y el autocuidado se convierte en la mejor alternativa. El autocuidado permite adoptar conductas para un envejecimiento con bienestar y satisfacción, logrando mantener capacidad funcional, prevenir enfermedades; controlar la enfermedad o discapacidad; mejorar la interacción entre sistemas sociales y salud, de ahí la importancia del autocuidado en la vejez.[44]

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud respondió a estos desafíos; en él se considera que se requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención basada en el concepto de «envejecimiento saludable», entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, por medio del fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales), o permitir que alguien con

[43] INEI. Perú. Compendio Estadístico 2016. Lima: INEI; 2016.
[44] Espinoza. **Z. Leitón E./** Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor**.** Enferm. investig. desarro. 2014, enero-junio, vol 12(1): 32-46.

una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes.

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013-2017), ha sido el principal instrumento de política para la población adulta mayor; su objetivo es “mejorar su calidad de vida mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, la promoción de sus derechos, e intervenciones articuladas”.[45]

En la ley de la persona adulta mayor el enfoque gerontológico analiza el envejecimiento como un proceso natural a lo largo del curso de vida y promueve una vejez digna, activa, productiva y saludable.[46]

Entonces no existe una política pública concreta que realmente fortalezca el cuidado del adulto mayor, así como no se sabe en qué condiciones de vida se encuentran y en la práctica las familias recurren a servicios particulares que pueden no estar supervisados. El paso adelante que tenemos que dar es trabajar en minimizar los efectos de una calidad de vida disminuida y la perdida de años de vida potencialmente útil.[47]

En la actualidad, la mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores. A medida que la persona envejece se ve afectado su funcionalidad e independencia para realizar sus actividades. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas lo que están fuertemente influenciados por el entorno y el

[45] Perú: Género, salud y desarrollo. Indicadores Básicos 2018 / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Dirección de Promoción de la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2019. 39 p.; ilus.
[46] MIMP.Ley de la persona adulta mayor N°30490.El Peruano.Lima.2018.
[47] Perú: Género, salud y desarrollo. Indicadores Básicos 2018 / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Dirección de Promoción de la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2019. 39 p.; ilus.

comportamiento de la persona. Halfdan Mahler, exdirector de la OMS afirmó «es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismo».[48]

Sin embargo, existen factores que pueden influenciar en el autocuidado. El autocuidado es importante en los adultos mayores porque le permite adoptar conductas para un envejecimiento con bienestar y satisfacción, logrando mantener capacidad funcional, prevenir enfermedades; controlar la enfermedad o discapacidad; mejorar la interacción entre sistemas sociales y salud. Con relación al autocuidado, enfermería tiene su referente en la teoría de Orem, quien lo define como «la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar". Conforme a este marco, el rol de la enfermera/o es ayudar a la persona a responsabilizarse de su autocuidado.

Los objetivos son prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad. Enfermería puede contribuir a la consecución de estos objetivos, pues actúa en todos los niveles de atención: en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, por lo cual su principal estrategia es el autocuidado.[49]

[48] Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
[49] Z.E. Leitón Espinoza. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo,
Trujillo, Perú. Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor, Red. ESAM-Perú, Perú -2016.

Para ello, es necesario realizar un diagnóstico de la situación de la población adulta mayor en Loreto y se espera que ésta investigación sirva de base para el diseño de políticas públicas para las personas adultas mayores.

Teniendo en cuenta la problemática expuesta y los escasos antecedentes empíricos, motivó a plantear la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019? Dado que es muy importante por lo que va a contribuir a generar valor público y plantear políticas públicas con el fin de mejorar la atención integral de la población adulta mayor en la Región Loreto a través del conocimiento de los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019?

2.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019?
- ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019?

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del Distrito San Juan Bautista - 2019.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.
- Identificar las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.
- Relacionar los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

2.4 HIPÓTESIS

H_1 Existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos con las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

H_0 No existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos con las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

2.5 VARIABLES

2.5.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente (X)

Los factores sociodemográficos: son los factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc. así como las características demográficas; esta variable se evaluará con un cuestionario de 11 preguntas.

Variable Dependiente (Y)

Prácticas de autocuidado: el conjunto de acciones que realiza una persona para mejorar su salud de forma intencionada. Esto incluye tanto las necesidades físicas como las psicológicas o el aspecto físico siempre desde el enfoque de tener un desarrollo personal positivo; la variable será medida a través de un cuestionario Escala de Autocuidado para una vejez con bienestar (Leitón, 2005, modificada 2016), que incluye los aspectos biológicos, actividad física y aspecto psicosocial de 80 preguntas cuya escala son: Siempre, A Veces y Nunca. Con una evaluación:

Autocuidado deficiente = 80 - 133 puntos
Autocuidado regular = 134 - 187 puntos
Autocuidado Bueno = 188 - 240 puntos

2.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE Factores Sociodemográficos	Cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad.	Se considera las condiciones del adulto mayor	Edad	Cuantitativa	Numérica o de razón.	60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años
			Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
			Comorbilidad	Cualitativa	Nominal	No tiene Hipertensión Diabetes
			Hábitos Nocivos	Cualitativa	Nominal	No tiene Tabaco

			Redes de apoyo	Cualitativa	Nominal	Alcohol No tiene Privado SIS
			Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	No tiene Primaria Secundaria Superior
DEPENDIENTE Prácticas de autocuidado	Conjunto de acciones que realiza una persona para mejorar su salud de forma intencionada.	Se considera la escala de autocuidado para una vejez con bienestar (Leitón, 2005, modificada 2016)	Aspecto biológico Aspecto físico Aspecto sicosocial	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Ordinal Ordinal Ordinal	Deficiente (80 -133) Regular (134 – 186) Bueno (187 – 240)

CAPITULO III:

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó el método cuantitativo porque las variables independiente y dependiente fueron medibles, basados en un instrumento que es el cuestionario de donde se obtuvieron los datos y mediante eso los resultados numéricos que nos permitió comprobar y analizar la información que requiere la hipótesis.

Tipo Descriptivo ya que permitió describir los factores sociodemográficos y prácticas de autocuidado en un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019; tipo Correlacional, con el que se medió el grado de relación que existe entre las dos variables: factores sociodemográficos y prácticas de autocuidado; permitió confirmar, corregir o descartar la hipótesis, y tipo Transversal, ya que se analizó los datos de una población determinada, en un momento dado y un lugar determinado

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población:

Estuvo constituida por personas adulta mayor de 60 años a más del AA.HH. San Pablo de la Luz del distrito de San Juan Bautista – 2019, que son en total 132, tal como indica la siguiente tabla:

Tabla 1. Población y muestra constituida por personas adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019.

N°	Adultos según edad	Población	Muestra
1	60-64 años	54	40
2	65-69 años	39	29
3	70-74 años	22	16
4	75-79 años	17	13
TOTAL		132	98

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto.

3.2.2 Método de muestreo

La técnica de muestreo es probabilístico y estratificado. Es probabilístico porque es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados (azar), y es estratificado porque la muestra incluye subgrupos representativos (estratos) de los elementos de estudio con características específicas: urbano, rural, nivel de instrucción, año académico, carrera, sexo, grupo étnico, edad, paridad etc. La fórmula a utilizar es la siguiente.

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

Donde:

N= Tamaño de la población

α= Error alfa

1-α= Nivel de confianza

Z de (1-α) = Z (1-α)

P= Prevalencia de la enfermedad

q= Complemento de p

d= Precisión

n= muestra

3.2.3 Muestra:

Estuvo constituida por personas adulta mayor de 60 años a más del AA.HH. San Pablo de la Luz del distrito de San Juan Bautista - 2019, que son 98, que han sido seleccionados por estratos aplicando la siguiente formula:

$$\text{Estrato} = \left(\frac{\text{N° de Sujetos por edad}}{\text{N}}\right)\text{n}$$

3.3 Criterios de Inclusión

- ✓ Población adulta mayor de 60 años a más del AA.HH. San Pablo de la Luz, que desearon participar en el estudio.

3.4 Criterio de Exclusión

- ✓ Población adulta mayor de 60 años a más del AA.HH. San Pablo de la Luz, que no desearon participar en el estudio.

3.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

En esta investigación se aplicó como técnica la encuesta, mediante el instrumento un cuestionario.

El cuestionario estructurado se aplicó previa coordinación con el poblador, teniendo en cuenta el día y hora entrevistando a cada persona por un espacio de 30 minutos, el cuestionario consta de 90 preguntas, 10 pertenecen a la variable sociodemográficos y 80 a la variable prácticas de autocuidado.

Informe de Confiabilidad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	98	100
	Excluido[a]	0	0
	Total	98	100

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,991	,992	80

Niveles de confiabilidad

MAGNITUD	RANGO
Muy Alta	0,81 a 1,00
Alta	0,61 a 0,80
Moderada	0,41 a 0,60
Baja	0,21 a 0,40
Muy Baja	0,01 a 0,20

Como el Alfa de Cronbach es igual a 0,991; se concluye que el instrumento tiene un nivel de confiabilidad muy alta.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

. Se redactó una solicitud dirigida al dirigente del AA.HH. San Pablo de la Luz, solicitando autorización para realizar el trabajo de investigación. Mediante el oficio se logró la participación de la población, para la aplicación de los instrumentos, en el tiempo que requiera la investigación.

. Se coordinó con la población sobre su participación en este estudio y se respondió cualquier interrogante sobre el cuestionario.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

En el presente estudio se incluyó a 98 personas adultas mayor de 60 a más años de edad que cumplieron con los criterios de selección.

En un primer momento se aplicó la encuesta a la muestra estratificada de personas adultas mayores de 60 años. En un segundo momento se procesaron los datos en el Software SPSS versión 22.

3.6.1 Análisis Univariado

Análisis estadístico: Existe relación entre los factores sociodemográficos con las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

De las variables en estudio factores sociodemográficos y prácticas de autocuidado. Los resultados de la estadística descriptiva están construidos mediante tablas de media, desviación estándar (S), frecuencia y porcentajes.

3.6.2 Análisis bivariado

Análisis estadístico: Existe relación entre los factores sociodemográficos con las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

De las variables en estudio factores sociodemográficos y prácticas de autocuidado. Los resultados de la estadística inferencial se obtendrán a partir de la prueba estadística inferencial Chi cuadrada.

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los sujetos de la población del estudio fueron tratados con respeto, considerando la anonimidad y confiabilidad de los mismos. Los datos recolectados a través de los instrumentos de recolección fueron utilizados solamente para fines de esta investigación y, al término del mismo, son destruidos.

Los datos fueron procesados en forma anónima y solamente tuvieron acceso a los mismos, las autoras del estudio.

CAPITULO IV:

RESULTADOS

Tabla N° 1:

Grupo etáreo del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-64	31	32
65-69	54	55
70-74	6	6
75-79	7	7
Total	98	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que la edad según grupo etáreo de la muestra estudiada, adultos mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019, 31 (32%) se encuentran entre las edades de 60 a 64 años, 54 (55%) se encuentran entre las edades de 65 a 69 años, 6 (6%) se encuentran entre las edades de 70 a 74 años y 7 (7%) se encuentran entre las edades de 75 a 79 años, es decir se encontró una población gerontológica joven.

Tabla N° 2:

Edad media del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

Variable	Media (X)	Desviación estándar (S)
Edad	66	4

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que la edad promedio de la muestra de adultos mayores fue de 66 años.

Tabla N° 3:

Factores sociodemográficos del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	38.8
Masculino	60	61.2
Total	98	100

COMORBILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	85	87
HTA	7	7
Diabetes	6	6
Total	98	100

REDES DE APOYO	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	11	11
Privado	59	60
SIS	28	29
Total	98	100

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	0	0
Primaria	0	0
Secundaria	80	82
Superior	18	18
Total	98	100

HÁBITOS NOCIVOS	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	68	70
Tabaco	16	16
Alcohol	14	14
Total	98	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que la muestra estudiada, adultos mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019, en cuanto al sexo, el masculino con 60 (61.2%) predomina ante el femenino con 38 (38.8%), en cuanto a la comorbilidad, no tiene 85 (87%) predomina ante la HTA con 7 (7%) y Diabetes 6 (6%), en cuanto a la red de apoyo de salud, privado predomina con un 59 (60%) ante SIS 28 (29%) y no tiene 11 (11%), en cuanto al grado de instrucción, secundaria predomina con un 80 (82%) ante el superior con

18 (18%), el primario con 0 (0.0%) y no tiene 0 (0.0%),en cuanto a hábitos nocivos, no tiene 68 (70%) predomina ante el tabaco con 16 (16%) y alcohol 14 (14%).

Tabla N° 4:

Prácticas de autocuidado de los aspectos en relación a los niveles del autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

Aspectos	Niveles de autocuidado					
	bueno		regular		deficiente	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Aspecto biológico	59	60	0	0	39	40
Aspecto Físico	19	19	40	41	39	40
Aspecto Psicosocial	19	19	40	41	39	40
Total	32	33	27	27	39	40

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la muestra estudiada, adultos mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019, en el aspecto biológico 39 (40%) sus prácticas de autocuidado son deficiente, 0 (0%) sus prácticas de autocuidado son regulares y 59 (60%) sus prácticas de autocuidado son buenos, en cuanto a aspecto física 39 (40%) su autocuidado es deficiente, 40 (41%) su autocuidado es regular y 19 (19%) su autocuidado es bueno, 59 (60.2%) siempre realizan prácticas de autocuidado, 39 (39.8%) a veces realizan prácticas de autocuidado y un 0 (0.0%) nunca realizan prácticas de autocuidado.

Tabla N° 5:

Prácticas de los niveles de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

Niveles de autocuidado	frecuencia	%
Autocuidado deficiente	39	40
Autocuidado regular	40	41
Autocuidado bueno	19	19
Total	98	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que, en la muestra estudiada, adultos mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019, 39 (40%) realizan prácticas de autocuidado deficiente, 40 (41%) realizan prácticas de autocuidado regular y un 19 (19%) realizan prácticas de autocuidado bueno.

Tabla N° 6:

Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico sexo del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,226[a]	1	,634		
Corrección de continuidad[b]	,070	1	,792		
Razón de verosimilitud	,227	1	,634		
Prueba exacta de Fisher				,677	,397
Asociación lineal por lineal	,224	1	,636		
N° de casos válidos	98				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15.12.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Observamos que al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 0,226. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico sexo con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor sociodemográfico sexo con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

Tabla N° 7:

Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico comorbilidad del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,253[a]	1	,615		
Corrección de continuidad[b]	,039	1	,843		
Razón de verosimilitud	,250	1	,617		
Prueba exacta de Fisher				,762	,416
Asociación lineal por lineal	,250	1	,617		
N° de casos válidos	98				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.17.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Observamos que al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de

0,253. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico comorbilidad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico comorbilidad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

Tabla N° 8:

Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico redes de apoyo de salud del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,000[a]	1	,992		
Corrección de continuidad[b]	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	,992		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,665
Asociación lineal por lineal	,000	1	,992		
N de casos válidos	98				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.99.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Observamos que al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 0,000. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa

existe relación entre el factor sociodemográfico redes de apoyo de salud con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico redes de apoyo de salud con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

Tabla N° 9:

Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico hábitos nocivos del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 aras)	Sig. exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1, 528[a]	1	,216		
Corrección de continuidad[b]	,044	1	,834		
Razón de verosimilitud	1,858	1	,173		
Prueba exacta de Fisher				,398	,398
Asociación lineal por lineal	1,513	1	,219		
N de casos válidos	98				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 40.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Observamos que al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 1,528. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico hábitos nocivos con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación

entre el factor el factor sociodemográfico hábitos nocivos con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

Tabla N° 10:

Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico grado de instrucción del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1, 329[a]	1	,249		
Corrección de continuidad[b]	,786	1	,375		
Razón de verosimilitud	1,379	1	,240		
Prueba exacta de Fisher				,296	,189
Asociación lineal por lineal	1,316	1	,251		
N de casos válidos	98				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,16.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Observamos que al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 1,329. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico grado de instrucción con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico grado de instrucción con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

Tabla N° 11:

Prácticas de autocuidado en relación al factor sociodemográfico edad del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad	Se asumen varianzas iguales	1,454	,231	,364	96	,716	-,320	,879	-2,065	1,424
	No se asumen varianzas iguales			,383	93	,703	-,320	,837	-1,983	1,342

Observamos que al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 96 según la tabla de valor t de student tenemos un valor límite 1.661, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de t de student de 0,364. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-1,661 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico edad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor sociodemográfico edad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

CAPITULO V:

DISCUSIÓN

En relación a la edad, Leitón Z (2018), en su estudio realizado en adulto mayor encontró que el mayor porcentaje de población se ubicó entre 66 a 70 años de edad (37 %), así mismo Camacho S (2014) encontró que la edad promedio es de 71.06 años+71.26 años y el 64% tiene entre 60 a 74 años, y en la muestra estudiada en adulto mayor el 54 (55%) se encuentran entre las edades de 65 a 69 años.

En relación al sexo, Matute B (2016) en su estudio encontró que el 70% del adulto mayor es de sexo masculino y en la muestra estudiada 60 (61.2%) es masculino.

En relación a comorbilidad, Leitón, Z (2014) en su estudio encontró sin depresión 82,35% y en la muestra estudiada en cuanto a la comorbilidad en el adulto mayor no tiene 85 (87%).

En relación a redes de apoyo, Flores, A (2018) en su estudio en adulto mayor encontró con seguro de salud el 96.7%, así mismo Robles, A (2016) encontró que el 80% tiene seguridad social y Camacho S (2014) encontró que el 75.6% poseen seguro de salud y en la muestra estudiada del adulto mayor el privado predomina con un 59 (60%) ante el SIS 28 (29%).

En relación a grado de instrucción, Robles A (2016) encontró que más del 70% cuenta con educación básica y en la muestra estudiada, adultos mayor secundaria predomina con un 80 (82%).

En relación a las prácticas de autocuidado, Cuya C (2017) en su estudio encontró que el 54.5% tiene un nivel regular de autocuidado, el 31.8% baja así mismo Callacondo J (2016) en su estudio encontró que un 50.5% presentan un auto cuidado regular y en la muestra estudiada, adulto mayor 39 (40%) realizan prácticas de autocuidado deficiente, 40 (41%) realizan prácticas de autocuidado regular, en el aspecto biológico 39 (40%) sus prácticas de autocuidado son deficiente, 59 (60%) sus prácticas de autocuidado son buenos, en cuanto a actividad física 39 (40%) su autocuidado es deficiente, 40 (41%) su autocuidado es regular, 59 (60.2%) siempre realizan prácticas de autocuidado, 39 (39.8%) a veces realizan prácticas de autocuidado.

En relación a las prácticas de autocuidado con la edad, Garay, L (2018) al contrastar las variables en estudio halló relación entre las prácticas de autocuidado con el grupo de edad [X2=7,3; p=0,02]; por lo que aceptó la hipótesis de investigación y en el estudio con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 96 según la tabla de valor t de student tenemos un valor límite 1.661 y un valor de t de student de 0,364. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-1,661 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación y podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico edad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor sociodemográfico edad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

En relación a la practicas de autocuidado con el sexo, Garay L (2018) No se halló relación entre las prácticas de autocuidado con el género [X2=0,8; p=0,6], sin embargo, en el estudio realizado con un nivel de significancia de 5% con

grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado tenemos un valor de Chi cuadrada de 0,226. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico sexo con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor sociodemográfico sexo con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

En relación a las prácticas de autocuidado con comorbilidad, Leitón Z (2018), encontró en su estudio que existe relación significativa entre el tiempo de enfermedad (X2=21.596 Valor p=0.000) con el nivel de prácticas de autocuidado así mismo Cuya C (2017) encontró una relación negativa y moderada entre autocuidado y los valores de glucemia [Rho=0,502; p-valor=0,000] y el estudio realizado con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 0,253. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico comorbilidad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico comorbilidad con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

En relación a las prácticas de autocuidado con el grado de instrucción, Leitón Z (2018), encontró que existe relación significativa entre el grado de instrucción (X2=29.118 Valor p=0.000) con el nivel de prácticas de autocuidado asi mismo Garay L (2018) encontró en su estudio la tenencia de algún grado de instrucción de las personas adultas mayores [X2=2,9; p=0,2] y en el estudio con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 1,329. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico grado de instrucción con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico grado de instrucción con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

En relación a las prácticas de autocuidado con las redes de apoyo, no existe trabajos realizados, se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 0,000. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico redes de apoyo de salud con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico redes de apoyo de salud con

la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza

En relación a las prácticas de autocuidado con los hábitos nocivos, no existe trabajos realizados, se encontró con un nivel de significancia de 5% con grados de libertad de 1 según la tabla de valor chi cuadrada tenemos un valor límite 3,841, y según el análisis realizado por nosotras tenemos un valor de Chi cuadrada de 1,528. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0-3,841 el resultado que obtuvimos está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación. Donde podemos demostrar que la hipótesis alternativa existe relación entre el factor sociodemográfico hábitos nocivos con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se acepta y la hipótesis nula no existe relación entre el factor el factor sociodemográfico hábitos nocivos con la practicas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista – 2019 se rechaza.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficos de la muestra de personas adultos mayores estudiados es el siguiente: Las edades de 65 a 69 años se presentó en el 55%, el sexo masculino en el 61.2%, el 87% no tiene comorbilidad, el 60% cuenta con redes de apoyo privado, el 82% cuenta con grado de instrucción secundaria, y el 70% no tiene hábitos nocivos.

En cuanto a las prácticas de autocuidado en el adulto mayor, en el aspecto biológico el 40% realizan prácticas de autocuidado deficiente, 60% sus prácticas de autocuidado son buenos; en cuanto al aspecto física y el aspecto psicosocial el 40% su autocuidado es deficiente, el 41% su autocuidado es regular y el 19% su autocuidado es bueno; el 60.2% siempre realizan prácticas de autocuidado, 39.8% a veces realizan prácticas de autocuidado.

En cuanto a los factores sociodemográficos estudiados mostraron relación estadística significativa con las prácticas de autocuidado con a=5%, gl=1, r=0-3,841 sexo (X2=0,226); comorbilidad (X2=0,253); grado de instrucción (X2=1,329); redes de apoyo (X2=0,000); hábitos nocivos (X2=1,528) y la edad (a05%, gl=96, t de student=0,364, r=0-1,661).

RECOMENDACIONES

A la academia de investigadores continuar en la búsqueda de otros factores determinantes para así evitar complicaciones en el adulto mayor.

Difundir los resultados a los gobiernos locales, regionales y nacionales para que se incorporen políticas públicas en favor del autocuidado del adulto mayor.

A las instituciones prestadoras de salud implementar el cuidado a partir del modelo de atención primaria de salud y servicios diferenciados para potenciar las capacidades y el autocuidado en el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez-Perdomo Claudia, Perdomo-Romero Alix, Rodríguez-Vélez María. Conhecimentos e prácticas para a prevenção do pé diabético. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [citado 2019 ago. 19]; 40: e20180161. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983 14472019000100408&lng=es. Epub 18-Feb 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161

2. Camargo Tereza Claudia de Andrade, Telles Silvio de Cassio Costa, Souza Claudia Teresa Vieira de. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. Cad. Bras. Ter. Ocup. [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Ago. 19]; 26(2): 367-380. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000200367&lng=es. http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1238.

3. Leitón Zoila, Villanueva Maritza, Fajardo Elizabeth. Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Revista científica Salud Uninorte. Vol 34, N°2(2018).

4. Flores Andrea et al. Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana. 2018.

5. Garay Illatopa, Liliana Silvia. Prácticas de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 de los centros poblados

de Andabamba, Rosavero y Pitumama - Huánuco 2017. Universidad de Huánuco.

6. Vargas Santillán Lourdes. Prácticas de autocuidado en adultos mayores: un estudio cualitativo en una población mexicana. Revista de Enfermagem Referencia Serie IV - n.º 16 - JAN. /FEV. /MAR. 2018Disponible en: https://doi.org/10.12707/RIV17065.

7. Silva Ortiz Norith. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna. Cajamarca, Universidad Nacional de Cajamarca 2016.
8. Cuya Mendoza, Carmen y Hurtado Arango, Paulina. tesis Autocuidado y su Relación con los valores de glicemia en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Villa Salud, marzo 2017. Universidad privada Norbert Wiener.

9. Stacciarini Thais Santos Guerra, Pace Ana Emilia. Análisis factorial confirmatorio de la escala Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 2019 Ago 19]; 25: e2856. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100306&lng=es. Epub 30-Ene-2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1378.2856.

10. Almeida María Helena Morgani de, Caromano Fátima Aparecida, Ribeiro Sara Soares, Batista Marina Picazzio Perez. Programa de orientação com ênfase em práticas de autocuidado para motoristas idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Ago 19]; 19(2): 303-311. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

98232016000200303&lng=es. http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.140192

11. Bustamante Gómez Tamara. Autoeficacia en el adulto mayor y su relación con la actividad física. Universidad de Concepción.Chile.2016.

12. Castiblanco Amaya Myriam, Elizabeth Fajardo Ramos. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; 33 (1): 58-65.

13. Callacondo Justo, et al. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. microred edificadores Misti – MINSA Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa 2016.

14. M.T. Loredo-Figueroa, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2016;13(3):159-165.Mexico.

15. Matute Portilla Bernarda y Mery Alexandra Quizhpi Aucay. Tesis Practicas de autocuidado para evitar el pie diabético en pacientes del club de adultos mayores del Centro de salud del Valle.Ecuador-2016.
16. Robles González Ana Lorena et al. autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora. Unisón / epistemus 17 / año 8/ 2014/ pág.: 41-49.

17. Moquillaza-Risco M, León E, Dongo M, Munayco CV. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2015;32(4):693-9.

18. Paredes Tapia, Vannia Cristina. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del hospital de Essalud - Nuevo Chimbote, 2015.

19. Huallpa Cartagena Jessica. Relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de San francisco, del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna. Universidad Nacional. Jorge Basadre Grohmann –Tacna 2014.

20. Veras Vivian Saraiva, Santos Manoel Antônio dos, Rodrigues Flavia Fernanda Lucchetti, Arrelias Clarissa Cordeiro Alves, Pedersoli Tatiane Aparecida Martins, Zanetti María Lucía. Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Ago. 19]; 35(4): 42-48. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400042&lng=es. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820.

21. Z. Leitón E. Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto. mayor. /Enferm. investig. desarro. 2014, enero-junio, vol 12(1): 32-46. Perú.

22. Waldo Vergara, Jorge Armijo, Gilda Solís et al. Automedicación en clubes de adulto mayor de la ciudad de Valparaíso -Artículos originales Rev Chil Salud Pública 2014; Vol 18 (3): 274-285.

23. Rodríguez M. Aproximación conceptual e identificación de predictores de riesgo teóricos en jóvenes conductores: un punto de partida para contribuir en la reducción de accidentes de tráfico. Universidad Autónoma de

Barcelona (2006). Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/educar/0211819Xn37/0211819Xn37p189.pdf

24. BELTRÁN, J. “Psicología de la educación”. Barcelona, España: Jesús Beltrán Llera Editores. (2005).

25. Ministerio de salud: dirección de estadísticas e información e salud. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud. (2016). Disponible en: http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm

26. Girondella Mora; CONTRAPESO.INFO; Sexo y Género: Definiciones, 8 de febrero de 2019. Disponible en: http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/

27. Jean-François Pillou CCM Salud, Comorbilidad – Definición Artículo original. Última actualización: 7 de noviembre de 2013Disponible en: https://salud.ccm.net/faq/15300-comorbilidad-definicion

28. Laestenosisaortica's Blog Just another WordPress.com site teorías de Dorotea Orem (autocuidado) Disponible en: http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm

29. Alfonso Santiago Marí, especialista en Hematología; Enciclopedia de la Salud, Hábitos poco saludables, junio del 2010 Disponible en:https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010060645445/endocrinologia/generales/habitos-poco-saludables/

30. Alfonso Santiago Marí, especialista en Hematología; Enciclopedia de la Salud, Hábitos poco saludables, junio del 2010 Disponible en: https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010060645445/endocrinologia/generales/habitos-poco-saludables/

31. Portal del Gobierno del Perú; Seguros de salud, 04 octubre 2018. Disponible en Google: https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud

32. Castillo J. estado civil. Venezuela 2010. Disponible en google:https://derecho2008.wordpress.com/2010/06/09/estado-civil/

33. Eustat - Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística Nivel de instrucción, Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html

34. Fabra A. Diferencia entre situación económica y situación financiera. 2016. Disponible en:http://negocios.uncomo.com/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html

35. Pérez J. Gardey A. que es significado y concepto, Actualizado: 2013. (Revisado 23-06-2016). Disponible en google: http://definicion.de/origen/

36. Martins A, et al; Autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientacoes de enfermagem. [citado 9 Jul 2014]; 17 (4): 755-63. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0755.pdf

37. De roux, Gustavo citado por Uribe, J. Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. (2003) Disponible en http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm

38. FOUCAULT M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí, México: Siglo XXI; 1987: 38 – 68.

39. KICKBUSCH, I. El autocuidado en la promoción de la salud En: La promoción de la salud: una antología. Washington: OPS. (1996), p. 235.

40. Laestenosisaortica's Blog Just another WordPress.com site TEORIAS DE DOROTEA OREM (AUTOCUIDADO) Disponible en: http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm

41. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.

42. Z.E. Leitón Espinoza. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor, Red. ESAM-Perú, Perú -2016.

43. Camacho Serrantes Susan, Lachuma Viera Iris. Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adulto mayor, C.S.9 de octubre (Tesis de Licenciada en enfermería) Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.Iquitos-Perú-2014.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

<table>
<tr><th>PROBLEMA</th><th>OBJETIVOS</th><th>HIPÓTESIS</th><th>VARIABLES</th><th>INDICADOR</th><th>METODOLOGÍA</th></tr>
<tr><td>Problema General
¿Cuál son los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019?</td><td>Objetivo General
• Determinar los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del Distrito San Juan Bautista - 2019.</td><td rowspan="2">Hipótesis General
Existe relación entre los factores sociodemográficos con las prácticas de autocuidado en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.</td><td rowspan="2">Variable Independiente:
(X)
Factores sociodemográficos

Variable Dependiente:
(Y)
Prácticas de autocuidado</td><td rowspan="2">Datos Socio-demográficos.

Aspecto Biológico.
Aspecto Físico.
Aspecto Psicosocial.</td><td rowspan="2">Tipo De Investigación: Descriptivo Cuantitativo.
Diseño De Investigación: Prospectivo Transversal

Población: constituida por personas adultas mayores de 60 años del AA.HH. San Pablo de la Luz del distrito de San Juan Bautista - 2019.

Técnica:
Instrumento: Cuestionario</td></tr>
<tr><td>Problema Específicos:

° ¿Cuál son los factores sociodemográficos en el adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019?
° ¿Cuál son las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019?</td><td>Objetivos Específicos
• Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.
• Identificar las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.</td></tr>
</table>

	• Relacionar los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019.				

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO:

INSTRUCCIONES

Lea atentamente los siguientes ítems de este cuestionario y marque la respuesta que considera necesaria.

Sus respuestas deben ser objetivas y honestas, ya que será un aporte será valioso para esta investigación.

a. Datos del Entrevistado Sociodemográficos.

Edad	Sexo	Peso	Talla	Comorbilidad	Hábitos nocivos
				Diabetes Hipertensión	Tabaco Alcohol

Seguro de salud	Estado civil	Grado de Instrucción	Situación económico	Procedencia

ESCALA DE AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ CON BIENESTAR (LEITON, 2005, MODIFICADA 2016)

Instrucciones del cuestionario:

Lea cuidadosamente los ítems a aplicar durante el cuestionario, así mismo marque la respuesta correcta.

ASPECTO BIOLÓGICO	ITEMS		
	S	AV	N
CUIDADO CON LOS OJOS			
1. Utiliza buena luz (natural o artificial para hacer sus actividades).			
2. Ilumina bien su hogar, especialmente en las noches.			
3. Evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz, esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando.			
4. Tiene ayudas visuales como lentes de aumento.			
5. Visita al oftalmólogo por lo menos una vez al año.			
6. Acude al médico si presenta pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación lagrimeo.			
CUIDADOS DE LOS OIDOS			
7. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabello, palitos de fosforo, etc.			
8. Evita ruidos fuertes.			
9. Usa remedios caseros o gotas, en caso de mareos, perdida del equilibrio, zumbido de oído, etc.			
10. Se levanta rápidamente de la cama			
11. Visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año.			
12. Acude al médico si presenta dificultad para oír.			
CUIDADO DE LA PIEL			
13. Se da un baño completa por lo menos 3 veces a la semana.			
14. Se da masajes por todo el cuerpo de preferencia en codos, coxis y rodillas			
15. Utiliza crema o aceite de bebe para su piel.			
16. Examina su piel por lo menos una vez al mes en busca de lesiones grietas, manchas, enrojecimiento o aparición o cambio en lunares.			
17. Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los			

pliegues del cuerpo queden bien seco, especialmente los dedos del pie.			
18. Usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse.			
CUIDADO DE LOS PIES			
19. Examinas tus pies todos los días buscando heridas, enrojecimientos, ampollas, callos o uñas incrustadas.			
20. Usa zapatos cómodos (no apretados, tacos bajos, suaves).			
21. Realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3 veces por semana			
22. Se cambia de medias todos los días.			
23. Usa bolsas o botellas calientes para calentar sus pies.			
24. Corta y lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas.			
CUIDADO CON LA BOCA			
25. Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.			
26. Usa hilo dental para retirar los restos de alimentos			
27. Visita al dentista por lo menos cada año			
28. Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento, o sangrado al cepillarse, etc.			
29. Usa pasta dental o bicarbonato para cepillado de sus dientes.			
30. Cambia su cepillo máximo cada 3 meses			
ACTIVIDAD FISICA:			
31. Realiza alguna actividad física. a) Si la respuesta es No, califique 1 y pase a la pregunta 32 b) Si la respuesta es SI, (cualquier alternativa es válida) subraye todas las respuestas si las hubiera y pídale al entrevistado que elija la que más realiza: (Ejercicios o gimnasia rítmica, baila, juegos, caminata, natación, monta bicicleta, tareas del hogar (aseo, cocina, lavado, etc.) trabajos manuales (carpintería, jardinería, etc.) o fútbol, básquet, vóley, etc.). Entrevistador: sobre la actividad que más realiza haga las siguientes preguntas: 1. La actividad que realiza es por lo menos 3/v por semana? 2. Realiza media hora o más diariamente (continuo o en intervalos)?			

3. La actividad física es moderada intensidad (no agotador)? Entrevistador califique: 3 = Si realiza actividad física y cumple con los tres requisitos (mencionado en b) 2 = Si realiza actividad física pero no cumple con algunos de los tres requisitos.			
CUIDADO NUTRICIONAL			
32. ¿Consume leche, queso, yogurt, u otros productos lácteos al menos una vez al día?			
33. Ingiere 1 a 2 litros de líquidos diarios (incluyendo los alimentos)			
34. Come huevos, frijoles o lentejas al menos una vez por semana.			
35. Come carne, pescado o aves al menos 2 veces al día.			
36. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día.			
37. Come 3 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena)			
CUIDADO DEL SUEÑO			
38. Duerme por lo menos 4 horas seguidas en la noche.			
39. Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora			
40. Consume una dieta liviana por las noches			
41. Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir			
42. Antes de dormir: lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.			
43. Toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.			
CUIDADO DE LA MEMORIA			
44. Realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria; \ intenta memorizar, visualiza los rostros de los personajes de la TV, revista o personas.			
45. Cuando les presentan a una persona intentan recordar su nombre asociándolo con algo conocido.			
46. Tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero.			
47. Al acostarse visualiza a "modo de película" todo lo que ha realizado durante el día.			
48. Le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído o escuchado.			
49. Está al día con las noticias o novedades.			
CUIDADO CON LA ELIMINACIÓN			
50. Va a orinar antes de levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas.			
51. Realiza ejercicios para mejorar la micción (como contraer los			

músculos alrededor del ano, manteniéndolas en tensión un momento (cuenta hasta diez y luego los relaja los músculos)			
52. Consume todos las días bebidas como café, Coca-Cola, té, alcohol, o bebidas con edulcorantes artificiales.			
53. Mantiene un horario fijo para hacer su deposición.			
54. Usa laxantes, eritemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación.			
55. Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral, etc.			
ASPECTO PSICOSOCIAL			
56. Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.			
57. Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juegos de carta, etc.			
58. Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, manualidades, etc.)			
59. Se reúne con sus familiares (parejas, hijos, nietos, etc.) para conversar, aconsejar, o disfrutar de su tiempo libre.			
60. ¿Ha dejado de interesarle cosas o actividades que antes hacía?			
61. Tiene deseos de seguir viviendo.			
62. ¿Está satisfecho con su vida?			
63. Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida.			
64. Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio			
65. Acepta su vida con sus triunfos y fracasos.			
66. Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.			
67. Mantiene un sentido de humor, ríe, es optimista y vive con alegría.			
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 y / amigos.			
70. Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de la familia.			
71. Permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted.			
72. Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc.			
73. Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le			

	insulten le falten el respeto.			
74.	Se preocupa por tener una buena apariencia personal (arreglado/a, limpio/a, etc.)			
75.	Es solidario, respetuoso, amoroso, y comprensivo con sus familiares, amigos o vecinos o con quien lo necesite.			
76.	Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.			
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 acepta como algo natural de la vida.			
80.	Fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su iglesia o grupo religioso			

Evaluación

Autocuidado deficiente = 80 - 133 puntos

Autocuidado regular = 134 - 187 puntos

Autocuidado Bueno = 188 - 240 puntos

Para los ítems: 1,6,8,11,12, 13, 17, 19, 22, 24, 40, 42, 44, 51, 53, 55, 59, 61, 67, 69, 70, 72, 74, 77, 79, 80

Con valoración con la siguiente escala:

Siempre (S) = 3 puntos

A veces (AV) = 2 puntos

Nunca (N) = 1 punto

Para los items: 7, 9, 10, 18, 23, 41, 43, 52, 54, 60, 68, 71, 73, 78, con valoracion de la siguiente escala.

Siempre (S) = 1 puntos

A veces (AV) = 2 puntos

Nunca (N) = 3 puntos