

---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**ESCUELA DE POST – GRADO**

***PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR  
RELACIONADO CON LA EDAD, GÉNERO E INDEPENDENCIA  
FUNCIONAL DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL  
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE  
TRUJILLO 2013.***

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN DOCENCIA, CURRÍCULO E  
INVESTIGACIÓN**

**AUTOR:**

**Lic. DORIS EVELIA CHAVEZ CAMPOS**

**ASESOR:**

**Dra. LUCY SANCHEZ PINEDO**

**TRUJILLO - PERU**

**2014**

## DEDICATORIA

*A Dios por su infinito amor por ser mi guía y darme la fortaleza necesaria para seguir adelante y alcanzar el logro de superarme como profesional y se participe en la realización de este anhelado sueño.*

*A Javier mi esposo quien me apoyo y me demostró en todo momento amor, comprensión y representar el estímulo de superación en mi vida personal y profesional.*

*A mis hijos:*

*Por brindarme su apoyo permanente, por confiar en mí, por su paciencia y comprensión hacia mi persona y por corregir mis errores que ayudaron a formar mi vida.*

## RECONOCIMIENTO Y AGRADECIMIENTO

*Dra. LUCY SANCHEZ PINEDO*

*por su valiosa, Orientación y*

*Enseñanza para culminar el*

*Presente trabajo de investigación*

## INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	05
II. MATERIAL Y METODO.....	23
III. RESULTADOS.....	39
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	46
V. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	55
VI. RECOMENDACIONES.....	57
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	58

## ANEXOS

## I. INTRODUCCIÓN

El hombre es un ser unificado que forma parte del medio ambiente y se comporta como un todo. Desde la concepción hasta la muerte, los humanos experimentan procesos de desarrollo complejos, cambiantes y continuos en sus cuatro dimensiones interdependientes: física, cognitiva, emocional y social, cada una con sus propios cambios cuantitativos y cualitativos que ocurren en diferentes etapas de la vida. un hombre (Papalia, 1997; Philip, 1997).

La vida del hombre se divide en ocho periodos uno de ellos es el periodo de la edad adulta en donde el individuo experimenta situaciones y experiencias que ha tenido durante el proceso de desarrollo los cuales le ayudaran a cristalizar una serie de cambios con estabilidad, seguridad física y emocional (Papalia, 1997).

En el desarrollo del ser humano se atraviesa por diversas etapas en el devenir del ciclo evolutivo de la vida, desde la infancia hasta la ancianidad, debido a un proceso denominado envejecimiento, que comienza desde el momento de la concepción y continúa a través de todas las etapas de crecimiento y desarrollo, contrario a lo que se cree

comúnmente que comienza en la última etapa de la vida. En las primeras etapas parece más lento, pues es opacado por el proceso de desarrollo, que es muy acelerado haciéndose evidente más tarde cuando el proceso de crecimiento se hace más lento o termina, en la etapa adulta (Medellín, 1995).

Papalia (1997), divide a la edad adulta en tres periodos: edad adulta temprana, adulto intermedio y adulto mayor. La edad adulto mayor es el periodo de la vida con naturaleza propia y especial, comprendido entre los 60 y 65 años de edad hasta la muerte; es un proceso biológico, psicológico y social; es la resultante de un conjunto de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos y de carácter irreversible.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990), considera como personas mayores a aquellas que tienen 60 a más años de edad. A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), denomina a este grupo poblacional como personas “Adultos mayores”.

La situación demográfica a nivel nacional, según el censo nacional de 1993, es de 1 848 330 habitantes adultos mayores, lo que representa el 7.2% de la población total. A nivel regional en el departamento de la Libertad la población adulta mayor es de 92,663 habitantes constituyendo el 6% de la población total. A nivel de provincia esta población es de 41

452 personas que constituyen el 2.6% de la población total (Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI, 1993).

El envejecimiento es un proceso muy individual que se manifiesta de manera diferente para cada persona. Es un proceso universal, secuencial, acumulativo e irreversible que daña gradualmente al organismo hasta que no puede soportar las condiciones y condiciones ambientales. Se caracteriza por una disminución paulatina de la fuerza psicológica y la funcionalidad de los tejidos y órganos, lo que determina diversos cambios morfológicos, psicológicos, bioquímicos y sociales influenciados por factores ambientales como la capacidad de adaptación del individuo (Papalia, 1997; Smeltzer, 2002).

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios, la mayoría son cambios involutivos que tienen una repercusión indudable sobre la fisiología del organismo, pero su principal efecto está en la capacidad de adaptación del individuo a las exigencias del medio. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida, de forma irreversible, que opera con el paso del tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales (Varela, 2003).

Se debe considerar al adulto mayor por sus fortalezas y debilidades individuales y por sus tareas, que puede gozar de bienestar pero que está envuelto en la fase de crisis y el proceso de pérdida en todos sus ámbitos; pérdida de trabajo debido, entre otras cosas, a la energía corporal, la función sensorial, el reconocimiento y el estatus social, los amigos, el cónyuge, los ingresos, la posición en la estructura familiar, la jubilación y la muerte, lo que a menudo dificulta o imposibilita hacerles frente (Medellín, 1995).

El Modelo Médico Tradicional conceptualiza al envejecimiento en términos de déficit y de involución, considerándolo como un proceso degenerativo; sin embargo, es cierto que el organismo experimenta un desgaste, pero esta disminución no significa necesariamente déficit, ya que el organismo funciona con niveles variados de reserva, existiendo la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos que estos cambios biológicos tendrían sobre la capacidad de los individuos de seguir desempeñando por sí mismo sus actividades cotidianas (Hall, 1990).

A partir de estudios científicos realizados hace 40 ó 50 años sobre el envejecimiento han surgido dos teorías principales sobre el tema, que se conoce como la teoría de la actividad y la continuidad. La teoría de la actividad propone que la satisfacción vital en el envejecimiento normal, se sirve de la conservación del estilo de vida activa de la edad adulta. Esta teoría es reflejo de una actitud que prevalece en la mayoría de los adultos



mayores que encuentran actividades sustitutas satisfactorias (OPS, 1990).

La teoría de la continuidad propone que el ajuste satisfactorio se basa en la capacidad de las personas adultas mayores para continuar con los mismos patrones de conducta a lo largo de toda la vida. Es importante preservar la continuidad o vínculo en el pasado, ya que los antiguos hábitos, valores e intereses son parte integral de la vida actual de la persona (OPS, 1990).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad e incapacidad; la salud es un estado positivo que concierne integralmente al individuo durante toda su vida. Esta concepción positiva y relativa de la salud implica que todos los sujetos, sin importar las circunstancias del momento pueden acceder al bienestar haciendo uso de sus capacidades existentes; esta definición se aplica a todas las edades del ciclo vital de la persona, por lo que es muy importante también al hablar de salud de los adultos mayores.

La salud es la capacidad de satisfacer las necesidades sentidas y la aspiración a una mejor calidad de vida. El bienestar en el adulto mayor, es el balance entre su entorno interno y externo y sus procesos emocionales, espirituales, sociales y físicos, que le permiten estar en un

nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria (Asensa, 1993; Leiton, 2003).

Es de vital importancia definir la salud de las personas que envejecen en término de mantenimiento de su capacidad funcional, y no en términos de déficit (Smeltzer, 2002)

La CARTA DE OTAWA (1986) señala que un individuo o grupo debe ser capaz de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, para lo cual es necesario proporcionarle información y educación para la salud, a fin de que puedan hacer elecciones saludables y que realice prácticas de autocuidado.

El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujeto de sus propias acciones, por tanto es un proceso voluntario de la persona para consigo misma y una responsabilidad individual ligada a la cotidianidad y experiencias vividas de las personas. Debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal o informal como es el sistema social y el de salud. En esta definición también se considera al autocuidado como una práctica social que, implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales (Coppard, 1990; Garma, 1999).

Es importante puntualizar que el cuidado de uno mismo implica un proceso de desarrollo de aptitudes, habilidades y conocimientos; en el campo de la salud las personas deben aprender a autocuidarse, porque es una de las mejores formas de contribuir para lograr una mejor calidad de vida (Orem, 1999).

El cuidado de si mismo es la práctica de actividades que las personas inician y realizan por su voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar. Es una conducta que se aprende y surge de la combinación de las experiencias cognitivas y sociales (Orem, 1999).

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo humano progresivamente mermando su capacidad para enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. El enfrentamiento que plantean las disfuncionalidades y enfermedades en la vida de las personas adultas mayores, las hace que adquieran algunos conocimientos, habilidades y prácticas básicas de autocuidado. Dichas experiencias en muchos de ellos favorecen una atención integral, que atienda sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, espirituales, ecológicas, productivas, culturales, recreativas y sanitarias, debido a que son un grupo funcional y socialmente vulnerables (Jiménez, 1998).

En el autocuidado de los sentidos del adulto mayor; los problemas sensoriales pueden tener una influencia permanente en la vida de las personas y las consecuencias no sólo son limitaciones físicas, sino

psicológicas y sociales, las cuales resultan muy perjudiciales para la vida. La mayoría de los adultos mayores mantienen su capacidad visual suficiente para realizar actividades de la vida diaria. A partir de los 70 años comúnmente se altera la visión y audición, sin embargo la sordera es un problema frecuente en ellos. El olfato y el gusto se relacionan normalmente con el placer de comer y con una nutrición adecuada, y el sentido del tacto es muy importante como mecanismo de protección. Ante estas alteraciones sensoriales, los adultos mayores necesitan aprender mecanismos que les permita superarse y adaptarse a ellas (Leiton, 2003).

“A medida que la edad adulta aumenta ocurren cambios en su piel y anexos, que pueden alterar o disminuir su funcionamiento. Por lo tanto, es necesario para la salud en general conservar el buen estado y buena práctica de higiene en todo momento de nuestra vida para favorecer la seguridad, comodidad y bienestar de las personas” (Long, 1998).

La salud oral del adulto mayor es un indicador de su cuidado odontológico recibido durante toda su vida. Las consecuencias de los problemas orales son graves, pues limita la gama de alimentos a ser consumidos, especialmente los que son ricos en proteínas y fibras, repercutiendo negativamente en el estado nutricional y funcional. También disminuye la autoestima por los cambios en la apariencia personal y alteraciones en la comunicación repercutiendo al final en su calidad de vida (Leiton, 2003).

Cada persona requiere cantidad de alimentos diferentes y es difícil saber que cantidad necesita de cada alimento, un número considerable de varones y mujeres que se vuelven obesos después de los 40 años de edad, debido a la disminución del metabolismo orgánico lo que acorta su vida. Los adultos mayores difieren en su dieta relacionándose a factores biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y culturales (Medellín, 1995).

Es por ello que una correcta, adecuada y equilibrada nutrición es parte importante para el mantenimiento de su salud durante la vida y no será una excepción en esta etapa. La dieta de la persona de edad avanzada deberá ser rica en hierro, para evitar la anemia y compensar la disminución de la absorción del hierro debido a la hipoacididad gástrica y para contrarrestar la reducción de la capacidad de absorción intestinal (Lueckenotte, 1992).

Uno de los síndromes más frecuentes en el adulto mayor, es la incontinencia urinaria o pérdida involuntaria de la orina en forma regular, produciendo un gran malestar, problemas de higiene y psicológicos, como la depresión, la ansiedad y el aislamiento (Leiton, 2003).

Las alteraciones en la función intestinal de los adultos mayores pueden atribuirse a una combinación de factores como el envejecimiento, descenso de la movilidad y actividad física, la dieta, las enfermedades y

las prácticas terapéuticas. Aunque durante el envejecimiento se produce cambios definitivos, el intestino suele mantener su homeostasis en el adulto mayor sano, al menos que se enfrente un agente estresante. Por lo tanto el adulto mayor y sus familiares pueden precisar información sobre la eliminación urinaria e intestinal, considerando las medidas preventivas (Leiton, 2003).

El ejercicio es importante para todas las edades e incluso para personas con enfermedades crónicas. El ejercicio regular brinda beneficios tanto físicos como psicosociales. Por lo contrario la vida sedentaria es una muestra parcial que conduce a la abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad. Por lo mencionado es evidente el significado de la práctica de ejercicios en el adulto mayor para optimizar su calidad de vida, mejorando su bienestar general y su vida independiente (Leiton, 2003).

La autoestima esta vinculada a un concepto positivo de sí mismo. Potencia la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades personales. En la última etapa de la vida, esta toma una especial consideración, puesto que los factores que contribuyen a los problemas de autoestima, pueden ser asociadas con cambios físicos, enfermedades, bienestar psicológico y actitudes sociales (Izal, 1999).

La memoria es una de las funciones más importantes del cerebro humano, sin esta no se podría razonar, comunicarse o hacer planes para el futuro. Casi todas las personas a medida que se van haciendo mayores y envejecen, experimentan cierta pérdida de la memoria, no sólo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre, sino porque les resulta más difícil de mantener nueva información, nuevos datos o cosas nuevas. Estas fallas ocurren normalmente por el envejecimiento y aún cuando estén presentes no afectan su desenvolvimiento normal. De ahí la importancia del mantenimiento y funcionamiento de las funciones cognitivas y conductuales (Leiton, 2003).

Papalia (1997), ha descrito que un adulto mayor con un concepto religioso maduro trata de incorporar sus ideas teológicas y sus acciones religiosas a su pensamiento. Además establece que la religión adquiere un nuevo significado para el anciano, que pueda encontrar apoyo y reafirmación en las actividades religiosas. El conocimiento del anciano se convierte en sabiduría, un recurso interior para enfrentarse a las experiencias de la vida, tanto positivas como negativas.

El autocuidado se ve influenciado y determinado por diversos factores que condicionan su funcionalidad. Entre estos factores podemos mencionar: edad, género e independencia funcional (Castro, 1994).

La edad es un factor que influye en el autocuidado, siendo un índice de la cantidad y tipo de asistencia necesaria, debido a que las capacidades expresivas de una persona: pensamiento, movimiento voluntario y participación; varían con las etapas del ciclo vital (Orem, 1999).

La edad es una medida de la duración de la vida, el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento o período estimado de una persona. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (Encarta, 2004).

“La mayoría de los adultos mayores pueden llevar una vida normal e independiente. Sin embargo, a medida que las personas envejecen, los niveles de reserva disminuyen y las personas pueden volverse menos capaces de cuidar de sí mismas y volverse más dependientes de los demás” (Philip, 1997).

El género es otro factor importante que influye en el autocuidado de cada persona; tal es así que al género femenino por ser considerado el “sexo débil”, es el que más tiempo dedica al cuidado e higiene de su persona; ya que son ellas las más propensas a adquirir diversas enfermedades. El sexo masculino es considerado “sexo fuerte”, es más despreocupado en lo que respecta a su cuidado, pero no en su totalidad



ya que existe un grupo de varones que dedica mucho tiempo a mejorar su salud (Encarta, 2004).

El género es la identidad generada por el rol sexual de las personas. Los términos género y sexo se utilizan a menudo indistintamente, aunque sexo se refiere de forma específica a las características biológicas y físicas que convierten a una persona en hombre o mujer en el momento de su nacimiento, y género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. Ambos interactúan a lo largo de todo el ciclo vital (Encarta, 2004).

Los roles de género son pues conductas, actitudes y formas de pensamiento que se espera que tengan los hombres y mujeres en una sociedad determinada. Dado que los roles de género varían según la cultura, parece que muchas diferencias de conducta entre hombres y mujeres están causadas tanto por la socialización como por las hormonas masculinas y femeninas y otros factores congénitos ((Encarta, 2004).

La independencia funcional es el autocuidado propiamente dicho, son todas aquellas actividades que una persona realiza en beneficio de sí mismo; se refiere a las actividades de la vida cotidiana y a las actividades instrumentales de la vida. Las primeras abarcan las necesidades básicas, como higiene personal, vestirse, ir al baño, comer y moverse, mientras

que las últimas incluyen aquellas necesidades para vivir de forma independiente, como tener y preparar alimentos, utilizar el teléfono y realizar el aseo del hogar. La independencia funcional depende de una buena movilidad de las articulaciones, fuerza muscular, reserva cardiovascular y de un sistema neurológico intacto (Smeltzer, 2002).

“La mayoría de los adultos mayores pueden llevar una vida normal e independiente. Sin embargo, a medida que las personas envejecen, los niveles de reserva disminuyen y las personas pueden volverse menos capaces de cuidar de sí mismas y volverse más dependientes de los demás” (Dugas, 2002).

En la actualidad existen investigaciones sobre el autocuidado en adulto mayor relacionado con las variables biopsicosociales, demográficas, nivel de autoestima, apoyo social, entre otros. Sin embargo en nuestra ciudad no se han realizado estudios que relacionen a la edad, género e independencia funcional con el autocuidado en el adulto mayor.

En un estudio realizado por Gamboa y Gonzales (2000) sobre Autocuidado Referido del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y algunos Factores Socioculturales, encontraron que de un total de 30 pacientes el 40% fueron Adultos Mayores entre 60 y 64 años de edad y el 56,7% de sexo masculino; así mismo el mayor

porcentaje de los pacientes con autocuidado alto fueron de sexo masculino y entre 60 y 64 años de edad.

León y Serrano (2005), reportaron que del total de 58 adultos mayores, el mayor porcentaje con estilo de vida alto, pertenecieron a la edad que corresponden entre los 60 y 69 años, así mismo la mayoría fue de sexo femenino.

Según Santillán (2005), en un estudio realizado sobre independencia funcional y algunos factores biológicos y psicológicos del adulto mayor, encontró el mayor porcentaje de adultos mayores totalmente independientes correspondieron a las edades entre 60 y 64 años y en su mayoría pertenecientes al sexo masculino.

En un estudio realizado por Narváez y Ortiz (1998) sobre calidad de autocuidado y algunos factores biosocioculturales del paciente del programa de osteoartritis, obtuvieron que el mayor porcentaje presentó regular calidad de autocuidado, y así mismo fue el sexo femenino que predominó en dicha investigación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es un compromiso como profesional de Enfermería dar respuesta a esta realidad biopsicosocial con el fin de mejorar la calidad de atención hacia el adulto mayor; es por ello que me ha motivado a realizar la presente investigación

con el propósito de incentivar y motivar al profesional de Enfermería a dar énfasis en la función educativa – asistencial en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo, con el objetivo de conseguir una buena calidad de vida a través del autocuidado en todos los aspectos que componen al ser humano: biológico, psicológico y social, y de servir como punto de partida para otras investigaciones y a la vez como propuesta para la elaboración de modelos de atención de Enfermería, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida del adulto mayor así como favorecer su adaptación e independencia. Por tanto planteo la siguiente interrogante:

**¿Cuál es la relación entre las prácticas de autocuidado del adulto mayor con la edad, género e independencia funcional del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo 2013?**

**OBJETIVOS:**

### **General**

- Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado del adulto mayor con la edad, género e independencia funcional del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses Enero y Febrero 2013.

## **Específicos**

- Determinar la edad de los adultos mayores que asisten al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses Enero y Febrero 2013
- Determinar el género de los adultos mayores asistentes al programa.
- Determinar la independencia funcional de los adultos mayores asistentes al programa.
- Determinar nivel de prácticas de autocuidado de los adultos mayores asistentes al programa.

## **II. MATERIAL Y METODO**

### **1.- DISEÑO DE CONTRASTACION:**

#### **1.1.- TIPO DE ESTUDIO:**

- El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, se realizó en el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor en el Hospital regional Docente de Trujillo durante los meses de Enero y Febrero del 2013 (Polit y Hungler, 1997).

## 1.2. - METODO:

a) **UNIVERSO MUESTRAL:** constituido por todos los adultos mayores de 60 años que participaron en el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor en el Hospital regional Docente de Trujillo durante los meses de Enero y Febrero del 2013

b) **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Adultos Mayores de 60 años.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adultos Mayores que se encuentren en buen estado mental (Test Pfeiffer).
- Adultos Mayores que residan en Trujillo.
- Adultos Mayores que asistan al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor en el Hospital regional Docente de Trujillo durante los meses de Enero y Febrero del 2013.
- Adultos Mayores que acepten participar en la investigación.

c) **UNIDAD DE ANÁLISIS:** Adultos mayores que asisten al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor en el Hospital regional Docente de Trujillo durante los meses de Enero y Febrero del 2013.

### **1.3.- RECOLECCION DE DATOS:**

#### **A. Escala de Autocuidado en el Adulto Mayor para una Mejor Calidad de Vida.**

- El siguiente instrumento fue elaborado por Ms. Zoila Leiton Espinoza que consta de 2 partes (Anexo 1):

##### **I. Datos generales:**

- a. Edad
- b. Género
- c. Independencia funcional a través de la valoración de las Actividades de la Vida Diaria

##### **II. Valoración de las Actividades de la Vida Diaria:**

Esta escala fue elaborada por la Ms. Zoila Leitón Espinoza. Tiene 13 ítems; los 7 primeros referidos a las AVD básicas de autocuidado (bañarse, vestirse, ir al baño, traslado, continencia y alimentarse, subir/bajar gradas) elaborado en base a los conceptos propuestos por Kats y col. Los siguientes 6 ítems corresponden a las (AVD) instrumentales que nos indica la capacidad para vivir independiente en su entorno habitual (tareas domésticas, realizar compras, toma de medicamentos, manejo de dinero,

y uso de transporte público), fueron elaborados en base a los conceptos de Fillebaum; Lawton y Brody (Fernández y Ballesteros, 1992). Tiene tres alternativas: Sin ayuda, con alguna ayuda y total ayuda, con un puntaje de 2, 1, 0 respectivamente.

Esta escala mide la independencia para realizar las Actividades de la Vida Diaria tanto básicas como instrumentales con la siguiente valoración:

a. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

0 – 2 puntos = Dependiente

3 – 13 puntos = Moderadamente Dependiente

14 = Independiente

b. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

0 – 2 puntos = Dependiente

3 – 11 puntos = Moderadamente Dependiente

12 = Independiente

**B. Autocuidado en el Adulto Mayor para un envejecimiento saludable:**

Esta escala fue elaborada por la Ms. Zoila Leiton Espinoza con el sustento teórico de Orem (1983) y Potter (1996). Anzola (1993). Dicho instrumento permitirá evaluar la práctica de



autocuidado en salud en sus dimensiones biológicas y psicosociales. El instrumento consta de 80 ítems:

a. Aspecto biológico:

- Cuidado con los ojos.
- Cuidado con los oídos.
- Cuidado de piel y anexos.
- Cuidado con el vestido y calzado.
- Cuidado con la boca.
- Cuidado nutricional.
- Cuidado con la eliminación
- Cuidado en el sueño.
- Actividad física.
- Cuidado con la salud.

b. Aspecto psicosocial

Tiene tres alternativas: Siempre (S), a veces (AV) y nunca (N), con un puntaje de 3, 2, 1 respectivamente.

Esta escala mide el nivel de Autocuidado del Adulto Mayor para un envejecimiento saludable:

-

Prácticas de  
Autocuidado

-	Malas : 80 - 130 ptos.
-	Prácticas de Autocuidado Regular : 131 - 185 ptos.
-	Prácticas de Autocuidado Bueno : 136 – 240 ptos.

#### **1.4.- CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS:**

##### **A) PRUEBA PILOTO:**

- El instrumento utilizado en el presente estudio fue aplicado a una muestra de 10 adultos mayores con características semejantes a los participantes en el estudios con el propósitos de proporcionar la evaluación de la redacción de los ítems someterlos a validación y confiabilidad estadística.

##### **B) VALIDEZ:**

- La validez de los instrumentos: Autocuidado en el Adulto Mayor para una mejor calidad de vida y Autocuidado en el Adulto Mayor para un envejecimiento saludable se realizó mediante juicio de expertos y la aplicación de los mismos en investigaciones anteriores.

### **C) CONFIABILIDAD:**

- La confiabilidad fue determinada empleando el coeficiente alfa de Crombach obteniéndose una confiabilidad de 0.9027 para cada instrumento.

### **1.5.- PROCEDIMIENTO:**

- El presente trabajo de investigación se realizó previa coordinación con las autoridades respectivas del Hospital Regional Docente de Trujillo, para facilitar y realizar la captación de los pacientes que formaron parte de este estudio.
- Identificados los participantes, según los criterios de inclusión, se explicó a cada uno de ellos el propósito de la investigación y se procedió a realizar la entrevista en forma privada durante las mañanas a aquellos que asistieron al Programa.

- En la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos como son: confidencialidad, anonimidad y libre participación.

## **1.6.- TABULACION Y ANALISIS DE DATOS**

- La información recolectada fue procesada en el programa SPSS para Windows, versión 15, y los resultados son presentados en tablas estadísticas de una y doble entrada con frecuencias absolutas y porcentuales. Aspectos importantes son mostrados gráficamente.
- La relación entre las prácticas de autocuidado en los adultos mayores con la edad, género e independencia funcional se determinó mediante la prueba Chi-Cuadrado de Independencia de Criterios. La significancia estadística es considerada al 5%.

## **2.- DEFINICION DE VARIABLES:**

### **2.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE:**

#### **A. Género**

- **Definición nominal:** Es la identidad generada por el rol sexual de las personas (Encarta, 2004).
- **Definición operacional:** se clasifican en:
  - ✓ Sexo Masculino.

- ✓ Sexo Femenino.

#### **B.- Edad:**

- **Definición nominal:** Es la medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona (Encarta, 2004).
- **Definición operacional:** Esta variable se clasificó con fines de manejo estadístico en rangos de:
  - ✓ 60 – 64 años
  - ✓ 65 – 69 años
  - ✓ 70 – 74 años
  - ✓ 75 – 79 años
  - ✓ 80 a más años

#### **c.- Independencia funcional:**

- **Definición nominal:** Es la capacidad que tienen las personas para realizar las diversas actividades de la vida diaria, ya sean básicas o instrumentales (Smeltzer, 2002).
- **Definición operacional:**
  - a. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):
    - ✓ 0 – 2 puntos = Dependiente
    - ✓ 3 – 13 puntos = Moderadamente Dependiente
    - ✓ 14 = Independiente

b. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

- ✓ 0 – 2 puntos = Dependiente
- ✓ 3 – 11 puntos = Moderadamente Dependiente
- ✓ 12 = Independiente

## 2.2.- VARIABLE DEPENDIENTE

### A.- Práctica de Autocuidado.

– **Definición nominal:** Es la práctica de actividades que el individuo inicia y realiza personalmente consigo mismo para mantener la vida, salud y bienestar (Encarta, 2004).

– **Definición operacional:** se clasifica en:

- Prácticas de Autocuidado malas : 80 - 130 ptos.
- Prácticas de Autocuidado regular : 131 - 185 ptos.
- Prácticas de Autocuidado bueno : 136 – 240 ptos.

### III.- RESULTADOS

#### CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EDAD, GÉNERO E INDEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013.

VARIABLES	Cant.	
	N°	%
EDAD	60 - 64	10 40 %
	65 - 69	7 28 %
	70 - 74	5 20 %
	75 - 79	3 12 %
	≥ 80	0 0 %
GENERO	Femenino	24 96 %
	Masculino	1 4 %
INDEPENDENCIA FUNCIONAL	Moderadamente Dependiente ABVD	1 4 %
	Independiente	24 96 %
INDEPENDENCIA FUNCIONAL	Moderadamente Dependiente AIVD	13 52 %
	Independiente	12 48 %
<b>TOTAL</b>		<b>25 100 %</b>

*Fuente: Encuestas realizadas y procesadas por el Autor*

GRAFICO 1

DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EDAD, GÉNERO E INDEPENDENCIA  
FUNCIONAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013.



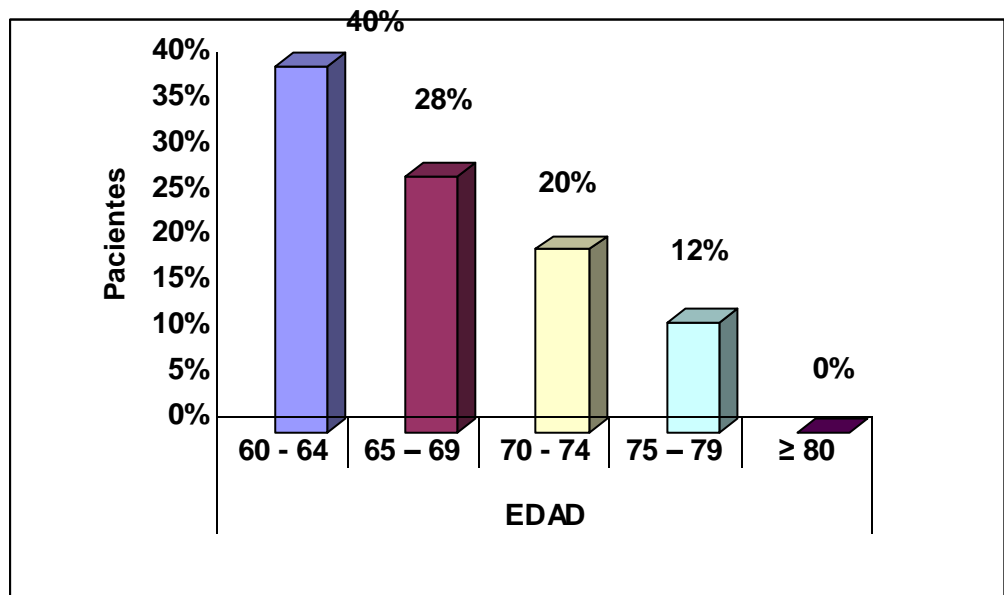


GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN GÉNERO  
DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO- 2013

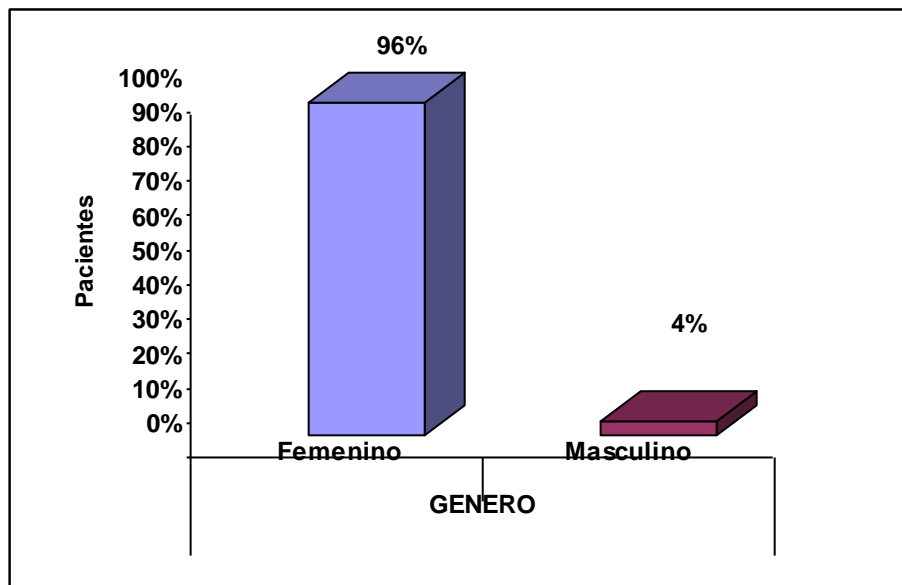
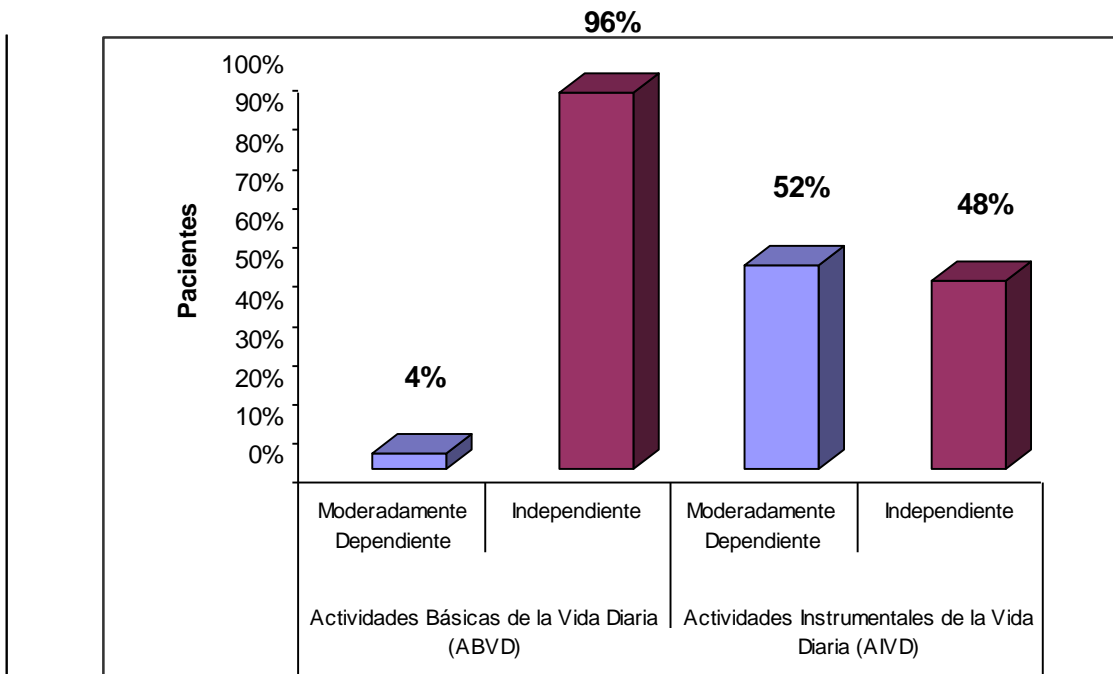


GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN INDEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO -2013



INDEPENDENCIA FUNCIONAL

**CUADRO 2**

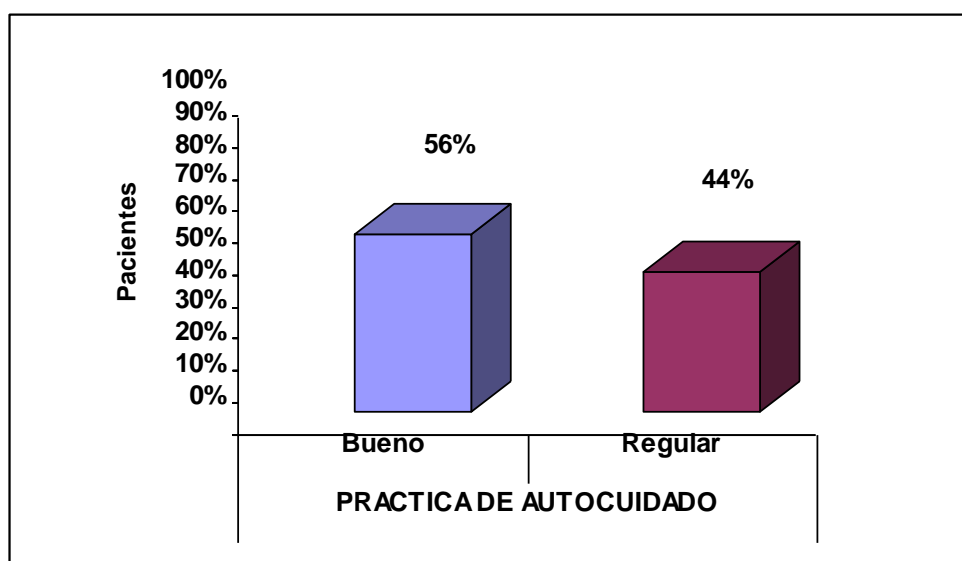
DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN NIVEL DE PRACTICA DE AUTOCUIDADO DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013.

Práctica de Autocuidado	Cant.	
	Nº	%
Bueno	14	56 %
Regular	11	44 %
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Encuestas realizadas y procesadas por el Autor*

**GRAFICO 4**

DISTRIBUCIÓN DEL ADULTO MAYOR SEGÚN NIVEL DE PRACTICA DE AUTOCUIDADO DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013.



**CUADRO 3**

RELACION ENTRE PRACTICA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON EDAD, GÉNERO E INDEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013..

VARIABLES	PRACTICA DE AUTOCUIDADO				
	Bueno		Regular		
	N°	%	N°	%	
EDAD	60 - 64	6	42.9 %	4	36.4 %
	65 - 69	3	21.4 %	4	36.4 %
	70 - 74	3	21.4 %	2	18.2 %
	75 - 79	2	14.3 %	1	9.1 %
	≥ 80	0	0.0 %	0	0.0 %
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>		<b>11</b>	
	$\chi^2 = 0.727$	$G.L = 3$		$p = 0.867$	
GENERO	Femenino	13	92.9 %	11	100 %
	Masculino	1	7.1 %	0	0.0 %
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>		<b>11</b>	
	$\chi^2 = 0.818$	$G.L = 1$		$p = 0.366$	
INDEPENDENCIA FUNCIONAL	Moderadamente Dependiente	0	0.0 %	1	9.1 %
	Independiente	14	100.0 %	10	90.9 %
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>		<b>11</b>	
		$\chi^2 = 1.326$	$G.L = 1$		$p = 0.250$
AIVD	Moderadamente Dependiente	6	42.9 %	7	36.4 %
	Independiente	8	57.1 %	4	36.4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>		<b>11</b>	
	$\chi^2 = 1.066$	$G.L = 1$		$p = 0.302$	

*Fuente: Encuestas realizadas y procesadas por el Autor*

#### IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la presente investigación respecto a la distribución de las edades de los adultos mayores que asisten al programa integral del adulto mayor

**(cuadro y gráfico 1)**, se evidencia que el mayor porcentaje (40%), oscilan entre los 60 y 64 años, por el contrario no se encontraron adultos

mayores de 80 años, resultados que se asemejan a los encontrados por Gamboa y Gonzales (2000), en un estudio realizado sobre el autocuidado referido del adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus, encontraron que el 40% fueron adultos mayores entre los 60 y 64 años; así mismo Narváez y Ortiz (1998) reportaron que el mayor porcentaje en las edades de los adultos mayores se encontraron entre los 60 y 69 años.

Orem (1983) y Dugas (2002), manifiestan que la edad es un factor importante y esta estrechamente relacionada con las características del comportamiento de las personas; generalmente se piensa en la edad en términos de edad cronológica, las etapas entre el nacimiento y estados sucesivos. La edad puede indicar la necesidad de ayuda para aceptar y vivir la dependencia social por enfermedad o tratamiento, resolver problemas de autocuidado y aprender a buscar y utilizar los servicios médicos.

Según la bibliografía, los adultos mayores, nombre que se utiliza para definir a personas que pasan los 60 años, son cada vez más debido al aumento de la esperanza de vida por los avances de la ciencia, que han permitido, entre otras cosas, sustanciales mejoras en el campo de la salud. En porcentaje de población también los adultos mayores son cada vez más, debido a la progresiva disminución de la tasa de natalidad (Ministerio de Desarrollo, MIMDES, 2007).



A este aumento demográfico se suma el nuevo rol que está asumiendo el adulto mayor en la sociedad. Y es que su papel ya no es solamente el del abuelito que se queda en casa con los nietos. Estas personas ahora buscan capacitarse en diversas áreas con el fin de generar ingresos para sus familias, o sencillamente para hacer un buen uso de su tiempo libre corroborándose por los resultados en dicha investigación donde observamos que las personas que se inician en la etapa del adulto mayor tienen casi total independencia para realizar sus actividades es por eso el predominio de las edades comprendidas entre 60 y 64 años de los asistentes al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor, que conforme aumenta el rango de edad la actividad física se ve limitada llevando al adulto mayor a permanecer en su domicilio y no atreverse a salir de el, es por eso que no se ha encontrado participantes con mas de 80 años de edad (Reolid y Col.,2005).

En relación al género (**cuadro 1 y gráfico 2**) se observa que el 96% de los adultos mayores son de sexo femenino y el 4% de sexo masculino; resultados que se asemejan a los encontrados por Narváez y Ortiz (1998), en un estudio realizado sobre calidad de autocuidado y algunos factores biosicoculturales del paciente del programa de osteoartritis, encontraron que el mayor porcentaje (85%) fueron de sexo femenino. Así mismo León y Serrano (2005), obtuvieron que el mayor porcentaje pertenecieran al sexo femenino.

Por el contrario Gamboa y Gonzales (2000), en un estudio realizado sobre autocuidado referido del adulto mayor con hipertensión arterial, diabetes meliitus y algunos factores biosicosociales, reportaron que el 56.7% de los adultos mayores en su estudio pertenecieron al sexo masculino.

Según Light (1992), afirma que tanto hombres como mujeres confrontan los estereotipos negativos a la edad. A la vez afirma que las mujeres están más fácilmente en contacto con diversas situaciones, porque las mujeres están constantemente preparándose para actividades domésticas y extranjeras, lo que facilita la adaptación. La sociedad misma atribuye al hombre un papel completamente diferente; proveedor economico, y es en este hecho en el que se basa para afirmar quienes en la etapa de adulto mayor se sienten inútiles e incapaces de atenderse por si solos a diferencia de las mujeres.

Esta perspectiva reconoce que la salud del hombre no puede separarse de los papeles que les han sido asignados por la sociedad. A cambio, dichos papeles están muy influenciados por las opiniones sobre la masculinidad que predominan en las distintas culturas. La posición social de la masculinidad, la forma en que se espera que los hombres se comporten, parece que es un importante determinante de salud entre los hombres de todas las sociedades (Gil, 1997).

La salud del hombre está inevitablemente influenciada por la naturaleza de sus relaciones sociales. Debido a que se considera que el hombre tiene menos habilidad para crear redes de contactos sociales y lazos familiares, una importante proporción de hombres puede quedar más aislada y recibir menos apoyo social que las mujeres, lo que corrobora los resultados obtenidos donde se observa mayor participación del sexo femenino debido a que toman mayor conciencia con su bienestar y el cuidado de su salud (Hernández, 2000).

Con respecto a la independencia funcional (**cuadro 1 y gráfico 3**), se evidencia que el 96% de los adultos mayores son independientes en las actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 48% lo son en las actividades instrumentales de la vida diaria, resultados que se asemejan a los encontrados por Santillán (2005), en un estudio realizado sobre independencia funcional y algunos factores biológicos y psicológicos del adulto mayor, encontró que el 94,12% son totalmente independientes en las actividades básicas de la vida diaria.

Los cambios que acompañan al envejecimiento provocan deficiencia funcional de diversos órganos del cuerpo, que muchas veces estarían limitando la independencia funcional de los mayores (Papalia, 1997).

Según Rodríguez (1999), La independencia funcional se define como la capacidad de un individuo para realizar las actividades de la vida diaria y todas las demás actividades necesarias para la supervivencia o simplemente para satisfacer las necesidades, gustos y placeres de la vida, como el cuidado, el transporte y la alimentación, tanto física como mentalmente. También incluye la capacidad del adulto mayor para realizar de manera independiente las funciones más o menos complejas de sus tareas diarias, tanto a nivel individual como social.

“El envejecimiento afecta su funcionamiento e independencia global, lo que, junto con otros factores, reduce su independencia física, es decir. la medida en que hombres y mujeres pueden realizar sus actividades de forma independiente, lo que conduce a una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida diaria” (Medellín, 1995).

Los resultados encontrados en la presente investigación se pueden explicar en lo que Smeltzer (2002) afirma que las actividades de la vida diaria se dividen en dos: básicas e instrumentales; las primeras constituyen el nivel mas bajo de funcionamiento y son consideradas imprescindibles para vivir, y requieren un mínimo necesario de capacidad físico y mental, por otro lado las actividades instrumentales incluyen aquellas necesidades para vivir en forma independiente y son un poco mas complejas que las anteriores; es por eso que el mayor porcentaje obtenido en este cuadro recae en las actividades básicas de la vida diaria.

En relación a la práctica de autocuidado (**cuadro 2 y gráfico 4**), se obtuvo que el 56% tiene buenas prácticas de autocuidado, mientras que el 44% regular práctica de autocuidado, resultados que se asemejan a los encontrados por Narváez y Ortiz (1998), en un estudio realizado sobre calidad de autocuidado y algunos factores biosicoculturales del paciente del programa de osteoartrosis, encontraron que el 85% presentó regular calidad de autocuidado y el 2.5% una buena calidad de autocuidado. Los resultados en la presente investigación se asemejan a los encontrados por Gamboa y Gonzales (2000), quienes obtuvieron que el mayor porcentaje (76.7%) presentó un alto nivel de autocuidado.

El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. Cada persona es un individuo único que aprende a cuidarse al ritmo de su ciclo vital y él interpreta su estado de salud y enfermedad según su perspectiva particular basado en normas y estándares (Orem, 1999).

Erickson, sostiene que el adulto mayor se caracteriza por una madurez biosicosocial lo cual permite adoptar mejores aptitudes y decisiones firmes en el cuidado de su salud, debido a que toma conciencia de la etapa que esta viviendo, adquiriendo nuevos conocimientos y

cambio de patrones socioculturales que influye en su actitud (Papalia, 1997).

Los aspectos mencionados contribuyen actualmente a la revalorización del anciano, a quien se debe cuidar más activamente, entendiéndolo como un todo, es decir. debe ser visto como un ser completo en sus dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva. , entretenida, sana y espiritual. Entender el autocuidado de la persona mayor como un medio por el cual puede maximizar su potencial personal y completar o cambiar su estilo de vida (Gutiérrez, 2000).

Como señala Coppard (1990), El autocuidado de los adultos mayores tiene la capacidad de mitigar factores adversos en áreas que crean experiencias negativas y afectan su calidad de vida. Con el autocuidado se puede mejorar su capacidad de adaptación e integración a su entorno social, de realizarse, de mantener sus capacidades, metas, deseos, sabiduría y creatividad. Considerando al anciano autocuidado como un ser integral que sabe de salud, bienestar y desarrollo, aplica este conocimiento en todas las acciones y decisiones que toma para cuidarse.

Practicar el autocuidado incrementa la opción de ejercer mejor control sobre su propia salud y entorno enriqueciendo su vida con un

mejor bienestar. Sin soslayar que el estado de bienestar dependerá de la seguridad, el amor, la pertenencia, la autoestima y la autorrealización que pueda alcanzar la persona adulta mayor por sí misma. Todo ello le permitirá tener la capacidad de pensar por su cuenta, expresar sus experiencias, y dirigir sus esfuerzos para participar y hacer cosas que son beneficiosas para él y para otros.

El mayor porcentaje obtenido en este cuadro recae sobre buenas prácticas de autocuidado, esto nos da a entender que el adulto mayor lleva a cabo en forma óptima las prácticas de autocuidado que le permiten desarrollar una vida saludable y sin riesgos a enfermarse, además los resultados en estudio también demuestran que por ser personas adultas y responsables de su autocuidado son motivados a buscar información y cumplir con las recomendaciones a seguir por lo tanto se convierte en un ente activo de su propio cuidado.

Referente a las prácticas de autocuidado en relación con la edad **(cuadro 3)** que realiza el adulto mayor asistente al programa, se encontró que del total de adultos mayores el mayor porcentaje (42,9%) se encuentran entre las edades de 60 a 64 años y tienen buenas prácticas de autocuidado; y solo el 9,1% comprendieron entre las edades de 75 a 79 años y obtuvieron regular práctica de autocuidado.

Al respecto se han encontrado estudios en relación con estas variables en adultos mayores, Narváez y Ortiz (1998), en un estudio realizado sobre calidad de autocuidado y algunos factores biosicoculturales del paciente del programa de osteoartrosis, encontraron que el mayor porcentaje (81,3%) fueron adultos mayores y presentaron regular calidad de autocuidado, a su vez, Gamboa y Gonzales (2000), quienes en un estudio sobre calidad de autocuidado referido del adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus obtuvieron que el mayor porcentaje (87,5%) presentó un alto nivel de autocuidado referido y pertenecen a las edades de 65 a 69 años.

Al relacionar las variables con la prueba del Chi cuadrado ( $X^2 = 0.727$  con un  $p > 0,05$ ) no se obtuvo una relación significativa entre las prácticas de autocuidado y la edad, a pesar que porcentualmente si se puede observar que a mayor edad disminuyen las prácticas de autocuidado.

Orem (1999), refiere que la edad es un factor relativamente importante en las prácticas culturales relacionadas con el cuidado y la supervisión en autocuidado y actitudes, educación, habilidades y creencias. Afirma también que los adultos mayores tratan por todos los medios de conocer y aplicar buenas prácticas de autocuidado referente a su salud para sostener, proteger y promover el funcionamiento humano.



La edad del adulto mayor le indica al cuidador que él o ella es responsable; También puede indicar una necesidad de ayuda para aceptar y vivir en un estado de dependencia social. En el mismo sentido se debe tener en cuenta que mientras avanza la edad, mas rápido es el deterioro de los órganos y sistemas, estos se debe a los cambios propios del envejecimiento que afectan la independencia del adulto mayor, limitando sus prácticas de autocuidado (Reolid y col, 2005).

Ante los resultados presentados en el cuadro y al relacionarlos con la bibliografía podemos afirmar que en el adulto mayor; mientras mas avanza la edad, va disminuyendo no muy significativamente sus prácticas de autocuidado, probablemente esté asociado a que los grupos de edad poseen similares condiciones socioculturales y económicas permitiéndoles tener un autocuidado parecido temporalmente.

En cuanto a la relación entre las practicas de autocuidado y el genero (**cuadro 3**) se encontró que el 92.9% tienen buenas practicas de autocuidado que corresponden al sexo femenino, mientras que el 7.1% corresponden al sexo masculino. Resultados que se asemejan con los encontrados por Gamboa y Gonzales (2000), en un estudio realizado sobre autocuidado referido en adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus, reportaron que el 76.9% que practican un alto nivel de autocuidado referido corresponden al sexo femenino. Así mismo León y

Serrano (2005), obtuvieron que el 84.2% con estilo de vida promotor alto corresponden al sexo femenino.

Al aplicar la prueba de chi cuadrado de independencia de criterios, ( $X^2 = 0.818$  con un  $p > 0,05$ ) no se obtuvo relación de significancia estadística, lo que pone de manifiesto que el género del adulto mayor no constituye un factor condicionante o asociado a las prácticas de autocuidado, lo que difiere con lo expuesto por Orem (1999), quien afirma que el género constituye uno de los factores importantes con relación al autocuidado, observándose que la mujer practica mejores acciones de autocuidado en comparación con el varón, debido a que constantemente intenta mantener su identidad personal y elevar su autoestima. Mientras que los varones por el tipo y rol que desempeñan dentro de la familia dejan de lado algunas acciones de autocuidado.

Según la OPS (1990) ambos grupos de estudio masculino y femenino poseen similares características socioculturales, educativas por lo que actúan de acuerdo a su estilo de vida, creencias, costumbres, valores y el medio en que viven influyen en su conducta a seguir con respecto a las prácticas de autocuidado.

Sin embargo Papalia (1997) afirma que las mujeres desempeñan hoy en día diversos roles tanto en la familia como en la sociedad, y aunque su estilo de vida se vuelve más parecido al de los varones, no dejan de

lado las prácticas de medidas preventivas en pro de su salud y bienestar, viéndose reflejado en que realizan mejores prácticas de autocuidado en relación a los varones, lo cual se puede atribuir que las mujeres se preocupan mas por su apariencia física y estima personal.

Ante los resultados obtenidos en el presente cuadro a pesar que porcentualmente se observa relación entre el género y las prácticas de autocuidado que según la bibliografía afirma que son las mujeres quienes en su mayoría realizan buenas prácticas de autocuidado a diferencia de los hombres, estadísticamente no se encontró relación entre estas variables, probablemente se debe a que el grupo de estudio estuvo conformado en su mayoría por mujeres.

El **cuadro 3** también relaciona las prácticas de autocuidado con la independencia funcional, encontrándose que del total de adultos mayores independientes en sus actividades básicas de la vida diaria el 100% tienen buenas prácticas de autocuidado, mientras que los que realizan regular práctica de autocuidado, el 90,9% son independientes y el 9,1% restante representan a los moderadamente dependientes. Por otro lado el 57,1 % de los adultos mayores independientes en sus actividades instrumentales de la vida diaria tienen buenas prácticas de autocuidado, y el 42,9% restante representa a los moderadamente dependientes.

Al respecto no se han encontrado estudios en relación con estas variables en pacientes adultos mayores, pero si existen investigaciones que relacionen a la independencia funcional con algunos factores biológicos y psicológicos del adulto mayor; Santillán (2005), encontró que del total de adultos mayores, el 100% independientes en las actividades básicas de la vida diaria no presentaron ningún número de enfermedad.

Al someter los resultados a la prueba del chi cuadrado,  $X^2 = 1.326$  con un  $p > 0,05$ , para las actividades básicas de la vida diaria y de un  $X^2 = 1.006$  con un  $p > 0,05$ , para las actividades instrumentales de la vida diaria, no se encontró significancia estadística por lo que se asume que no existe relación estadística entre estas dos variables.

Rodríguez (1999), considera que, para estar saludable, el organismo debe mantener la autonomía personal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, y cuando una persona puede realizarlas, está en condiciones óptimas para entregarse a la meta y al mismo tiempo poder integrar. armoniosamente con sistemas.

El mantenimiento de la independencia y la funcionalidad en el adulto mayor eleva su autonomía y autosuficiencia, se siente útil, permitiéndole estar en un nivel óptimo de funcionamiento, logrando satisfacción y adaptándose a los cambios, es decir mejorando su calidad de vida. Por ello desde una perspectiva funcional el adulto mayor sano es

capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y de satisfacción personal. Sin embargo, la dependencia se ha relacionado con la ayuda utilizada para lograr un nivel específico de funcionamiento y es también un marcador de fragilidad en el adulto mayor (OPS, 1990).

La mayoría de los adultos mayores son capaces de tener una vida normal e independiente lo que se corrobora con los resultados obtenidos, sin embargo a medida que la gente envejece los niveles de reserva disminuye y la gente puede ser menos capaz de cuidarse a si mismo y ser mas dependientes de otros, lo que se puede relacionar con lo encontrado en el presente estudio, donde se observa que mientras, más independiente es el adulto, mejor serán sus practicas de autocuidado, a pesar que no se encontró significancia estadística, esto puede deberse a que la mayoría de adultos mayores toman conciencia de mejorar las prácticas de autocuidado que le son impartidas en dicho programa, lo que les ayuda a ser independientes funcionalmente.

## V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, se realizó en el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses Enero y Febrero del 2013 con el propósito de determinar el nivel de práctica de autocuidado y su relación con la edad, género e independencia funcional.

- La muestra estuvo conformada por un total de 25 adultos mayores de ambos sexos que fueron todos los que acudieron al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses Enero y Febrero del 2013 y que reunieron los criterios de inclusión de: Adultos Mayores de 60 años a más, de ambos sexos, que se encuentren en buen estado mental, que residan en Trujillo y que asistan al “Programa Integral del Adulto Mayor durante los meses de Enero y Febrero del 2013.
- La información se obtuvo a través de una encuesta con datos generales: sexo, género e independencia funcional; y el nivel de autocuidado. Dichos instrumentos fueron aplicados empleando la técnica de entrevista personal estructurada, teniendo en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.

- Obtenida la información, los datos fueron tabulados y presentados en gráficos y cuadros estadísticos de simple y doble entrada. Del análisis y discusión de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:
  1. Los adultos mayores que asisten al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor el mayor porcentaje (40%), oscila entre las edades de 60 y 64 años.
  2. El mayor porcentaje (96%) en la variable género corresponde al sexo femenino.
  3. Se determinó que del mayor porcentaje de los adultos mayores son independientes funcionalmente.
  4. El mayor porcentaje (56%) recae sobre una buena práctica de autocuidado.
  5. No se encontró relación significativa entre las prácticas de autocuidado con la edad, género e independencia funcional.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Considerar los hallazgos del presente estudio como aporte positivo para el equipo multidisciplinario de salud al brindar atención integral al individuo, familia y comunidad.
2. Que se realicen investigaciones en relación a otras variables que no están en el presente trabajo como por ejemplo: antecedentes patológicos, nivel de estrés, funcionalidad familiar, entre otros; con el fin de buscar nuevos métodos y técnicas de cuidado a fin de brindar una atención humanizada y personalizada de este grupo etáreo.
3. Que se realicen investigaciones cuantitativas en poblaciones grandes y proporcionales en el género, edad e independencia funcional para que no tenga limitaciones como se tuvo en la presente investigación, pues al someter los resultados a la prueba del chi cuadrado la muestra resulto no significativa.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Anzola, E. (1994).** Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica. OPS. Washington. Pp. 7-22.

**Asensa (1993).** El cuidado de la salud en la tercera edad. Lima. Editorial Luren Pp. 51-52-53-54-56-58-60-62-66.

**Carta de Ottawa (1986)** .Para la promoción de la salud. Ottawa: Conferencia Internacional. Acceso 20 – 01 – 08.

**Castro, E. (1994).** Autocuidado del Anciano: Algunos Factores Socioculturales. Informe de Investigación Anual Docente-Trujillo.

**Coppard, L. (1990).** La autoatención de la salud de los Ancianos en Hacia el bienestar de los ancianos. Washington: Publicación Científica N° 492. Acceso: 26-01-08.

**Du Gas (2002).** Tratado de Enfermería 3º ed. Vol. I. Madrid España.

**Fernández, R. y Ballesteros, M. (1992).** Evaluación e Intervención Psicológica de la Vejez. Edit. Martínez Roca. España. Pp: 57-70.

**Gamboa, Y. y Gonzáles, A. (2000).** Autocuidado Referido de Adultos mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus y Algunos Factores Biosicoculturales. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería

**Garma, S. (1999).** Autocuidado. Principios para la implementación.  
Acceso: 10-01-08

<http://64.233.169.104/search?q=cache:HEFJmR5UUQsJ:pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php%3Fid%3D233+autocuidado+en+adulto+mayor+science&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=p>

**Gil, M, y Trujillo, O. (1997).** Estereotipo hacia los ancianos. Rev Cubana Medicina General Integral. Pp. 34-38.

**Gutiérrez, A. (1995).** Atención y cuidado de enfermería en el paciente senescente / Nursing care in the elderly patient. Sanidad Defensa Nacional, Chile.

**Hall, J. (1990).** Estrategias de Enfermería para alentar el envejecimiento satisfactorio. En Enfermería en Salud Comunitaria en enfoque de Sistemas. OPS. Washington. USA.

**Hernández, R. (2000).** Algunos aspectos demográficos y socioeconómicos de los ancianos. Temas de Geriatria y gerontología. El anciano cubano. La Habana: Edit. Científica  
Acceso: 30-01-08.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192002000300009&scRipt=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192002000300009&scRipt=sci_arttext).

<http://www.monografias.com/trabajos11/artgeron/artgeron.shtml>  
<http://www.monografias.com/trabajos11/artgeron/artgeron.shtml>

<http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

**Instituto Nacional de Estadística e Informática (1993).** Perú  
Perfil Sociodemográfico del la tercera edad. Lima – Perú. Pp. 27-87.

**Jiménez, F (1998)** Problemas sociopsicológicos del medio urbano. España: Alianza, Acceso 10-01-08.

**Leiton, Z. (2003).** Autocuidado de la salud para el Adulto Mayor. Manual de Información para profesionales. OPS/OMS Lima - Perú Pp. 118-119.

**León, J. y Serrano, S. (2005).** Estilos de Vida Promotores de Salud y Factores Psicoculturales del Adulto Mayor. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería.

**Leuckenotte, A. (1992).** Valoración Geriátrica. Guías Profesionales de Enfermería. Edit. Interamericana. Madrid. Pp. 33-38.

**Light, D. (1992).** Sociología 5º ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Bogota. Pp. 150, 160, 162, 166.

**Long, B. (1998).** Enfermería Médico Quirúrgica. 2da Edición. Edit. Interamericana. Mc Graw Hill. Vol 1. Barcelona Pp. 125-143.

**Medellín, G; Tascón, E. (1995).** Atención primaria de salud crecimiento y desarrollo humano. Tomo II Salud del escolar al adulto mayor 1º ed. Edit. Guadalupe L.T.D.A: Santa Fe de Bogota Colombia. Pp. 62 – 73.

**Microsoft Corporation:** Biblioteca de Consulta Encarta – 2004.

Acceso

02-02-08

<http://www.horizonteweb.com/revision/encarta2004.htm>

**Ministerio de Desarrollo. (2007).** Un nuevo enfoque sobre la situación de los adultos mayores en el Perú. Acceso 01-02-08

<http://www.aafeliz.org/Pages/noticias46.html>

**Narváez, M. y Ortíz, K. (1998).** Calidad de Autocuidado y Algunos Factores Biopsicoculturales del Paciente del Programa de Osteoartrosis.

**Orem, D. (1999).** Teoría del Déficit Autocuidados en Modelos y Teorías de Enfermería 3º ed. Editorial Mosby Doyma. Pp 128 – 136.

**Organización Mundial de la Salud (1998).** Salud de la personas de edad 25º Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington. P.7.

**Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud (1990).** Las condiciones de la Salud en las Américas. Estados Unidos, pp. 145-146.

**Papalia, D; Wendkos, S. (1997).** Psicología del desarrollo humano 4º ed. Edit. Graw Hill Interamericana S.A. Santa Fe de Bogotá. Pp. 550 – 552.

**Philip, P. (1997).** Estudio del Desarrollo Humano 2º ed. España Pp. 7 - 10.

**Polit, D; Hungler, B. (1997).** Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5º Edic. Interamericana Mexico. Pp. 139-151.

**Potter, P. (1996).** Fundamentos de Enfermería. Teoría y Practica, 3ra ed. Ed. Mosby/Doyma Libros. España. Pp. 40-54.

**Reolid, C. y Lopez, E. (2005).** Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Edit. Alicante. España. Pp. 56-58.

**Rodríguez, R. (1999).** Geriatria. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana Mexico. Pp. 137-139.

**Santillán, R. (2005).** Independencia Funcional y Algunos Factores Biológicos y Psicológicos del Adulto Mayor. Trabajo de Investigación para Ingreso a la Docencia Regular.

**Smeltzer, S. y Bare, B. (2002).** Enfermería Médico Quirúrgica 10<sup>o</sup> ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana S.A. México. Pp 272 – 319.

Varela L. (2003). Principios de Geriátrica y Gerontología. 1ra

Edición. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia Pp. 1-5.

# **ANEXOS**

**Anexo No. 1**

## AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA

INSTRUCCIONES: Señor (a) esta encuesta es personal y anónima, tiene el propósito de conocer el nivel de práctica de autocuidado con algunos factores relacionados. A continuación se le realizará algunas preguntas, para lo cual solicitamos su colaboración al contestar las preguntas con toda sinceridad.

### I. ASPECTOS GENERALES

#### A) Edad

60 – 64 años

65 – 69 años

70 – 74 años

75 – 79 años

80 a más años

#### B. Género:

Mujer -----

Hombre -----

#### C. Independencia Funcional (AVD)

##### ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Le voy a leer la lista de las actividades, después dígame si las puede realizar sin ayuda (SA), con alguna ayuda (AA) o con total ayuda (TA)

A. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)	SA	AA	TA
Puede usted:			
a. Lavarse y bañarse?	2	1	0
b. Vestirse y desvestirse?	2	1	0
c. Ir al baño: Llega a tiempo, se limpia y se coloca la ropa?	2	1	0

d. Levantarse y acostarse de la cama?			
e. Puede Ud. comer sus alimentos?	2	1	0
f. Subir, bajar gradas y caminar dentro de la casa?	2	1	0
g. Controlar la orina y defecación?	2	1	0
PUNTAJE TOTAL:	2	1	0
a) 0 – 2 = Dependiente ( )			
b) 3 – 13 = Moderadamente Dependiente ( )			
c) 14 = Independiente ( )			
<b>B. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>			
(AIVD). Puede usted:			
a. Realizar tareas domésticas: limpiar, ordenar, barrer, hacer las camas, arreglar y lavar ropa o cocinar.			
b. Realizar las compras cerca de la casa (ir al mercado, etc).			
c. Usar la movilidad (viaja en micro, taxi a lugares cercanos).	2	1	0
d. Usar la movilidad (viaja en ómnibus, taxi a lugares distantes)			
e. Controlar su dinero (cambiar dinero, ahorra y paga cuentas).			
f. Tomar sus medicinas (nombre, hora, cantidad)	2	1	0
PU PUNTAJE TOTAL	2	1	0
a) 0 – 2 = Dependiente ( )			
b) 3 – 11 = Moderadamente Dependiente ( )	2	1	0
c) 12 = Independiente ( )			
	2	1	0



	2	1	0
--	---	---	---

## II. ESCALA DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

<b>A. ASPECTO BIOLÓGICO</b>	S	A V	N
<b>CUIDADO CON LOS OJOS</b>			
1. Realiza manualidades o lecturas en sitios iluminados (iluminación artificial o natural).	3	2	1
2. Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches.	3	2	1
3. Existe diferencia de colores en el borde de las escaleras o en zonas de cambio de altura o de consistencia en el suelo (ejm. Pone tiras o pinta con colores amarillo, rojo o anaranjado).	3	2	1
4. Se lava las manos antes de tocar sus ojos.	3	2	1
5. Visita al oculista por lo menos una vez al año.	3	2	1
6. Acude al médico inmediatamente si presenta alteración o pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc.	3	2	1
7. Utiliza remedios caseros o indicados por el farmacéutico, familiares o amigos ante cualquier molestia de los ojos como dolor, inflamación, lagrimeo o supuración.	1	2	3
<b>CUIDADO CON LOS OIDOS</b>			

8. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabello, palitos de fósforos, etc.	1	2	3
9. Evita los ruidos fuertes.	3	2	1
10. Usa remedios caseros o indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del equilibrio, zumbido de oído, etc.	1	2	3
11. Se levanta rápidamente de la cama ( de estar acostado a ponerse de pie)	1	2	3
12. Ha consultado al médico porque ha notado que no oye bien, que hace esfuerzo para entender las conversaciones o los demás se quejan de que usted pone el volumen de la TV o radio demasiado alto.	3	2	1
<b>CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS</b>			
13. Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana.	3	2	1
14. Cuando no se da un baño completo, realiza higiene de cara, brazos, axilas, pies y genitales.	3	2	1
15. Utiliza crema o aceite de bebe para su piel.	3	2	1
16. Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos.	3	2	1
17. Observa su piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, aparición o cambio en los lunares, manchas o enrojecimiento	3	2	1
18. Usa compresas calientes o botellas de agua caliente para calentarse	1	2	3

19. Usa sombrero, gorra, lentes cuando hace mucho sol.	3	2	1
20. Camina sin zapatos.	1	2	3
21. Corta y lima las uñas de sus pies en línea recta.	3	2	1
22. Seca bien sus pies especialmente entre los dedos después de lavarlos.	3	2	1
<b>CUIDADO CON EL VESTIDO Y CALZADO</b>	S	A V	N
23. Se cambia de ropa todo los días o por lo menos 3 veces/semana	3	2	1
24. Usa generalmente zapatos cómodos, no apretados y de taco bajo para caminar o pasear.	3	2	1
25. Usa pantuflas para levantarse de la cama.	1	2	3
26. Usa ligas para sostener sus medias.	1	2	3
27. Usa la ropa adecuada a la estación y de acuerdo a sus necesidades.	3	2	1
28. Se cambia de medias todos los días.	3	2	1
<b>CUIDADO CON LA BOCA</b>			
29. Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.	3	2	1
30. Usa palitos de dientes para retirar los restos de alimentos.	1	2	3
31. Visita al dentista por lo menos cada año y cuando lo necesita.	3	2	1
32. Usa hilo dental o hilo de seda después del cepillado de los dientes.	3	2	1
33. Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas ( Se confirma la respuesta , si se pregunta después de cuanto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses.	3	2	1

<b>CUIDADO NUTRICIONAL</b>			
34. Ingiere una dieta balanceada y variada diariamente ( por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes (pollo, pescado, res), leche, kuaker, fruta, verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papas, yuca camote, menestras, etc	3	2	1
35. Consume papas fritas, tortillas, mantequilla, hotdog, etc.	1	2	3
36. Ingiere 1 a 2 litros de líquidos diarios.	3	2	1
37. Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.	1	2	3
38. Evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30ml/d).	3	2	1
39. Mantiene su peso ideal o el recomendado.	3	2	1
<b>CUIDADO CON LA ELIMINACIÓN</b>			
40. Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas.	3	2	1
41. Mantiene un mismo horario todos los días para la evacuación intestinal .	3	2	1
42. Acude al baño tan pronto cuando desea defecar.	3	2	1
43. Usa laxantes, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación.	1	2	3
<b>CUIDADO EN EL SUEÑO</b>			
44. Duerme en forma continua por lo menos 4 horas en la noche.	3	2	1
45. Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora.	3	2	1
46. Su sienta dura más de media hora.	1	2	3

47. Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir.	1	2	3
48. Antes de dormir: lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.	3	2	1
49. Toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.	1	2	3
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			
50. Realiza ejercicios, gimnasia o caminatas por lo menos 3 veces/semana (15 – 20 minutos)	3	2	1
<b>CUIDADO CON LA SALUD</b>			
51. Acude al médico 1 vez al año para un chequeo general o acude a sus citas para sus controles médicos.	3	2	1
52. Acude al médico solo cuando está enfermo/a	1	2	3
53. Acude al farmacéutico, curandero, familiares o se medica usted mismo, cuando está enfermo/a o tiene alguna molestia.	1	2	3
<b>B. ASPECTO PSICOSOCIAL</b>			
54. Realiza algún ejercicio o utiliza alguna ayuda para mejorar su memoria (ejm. Como recordar donde dejo las llaves, direcciones; visualiza a modo de película todo lo que ha realizado durante el día, etc.	3	2	1
55. Está al día con las noticias o novedades.	3	2	1
56. Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc)	3	2	1
57. Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades , etc)	3	2	1

58. Se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.	3	2	1
59. Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.	3	2	1
60. Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.	3	2	1
61. Practica algún ejercicio para relajarse.	3	2	1
62. Trasmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares , amigos o a quien se lo pida.	3	2	1
63. Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.	3	2	1
64. Acepta su vida con sus triunfos y fracasos.	3	2	1
65. Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.	3	2	1
66. Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría.	3	2	1
67. Tiene deseos de seguir viviendo.	3	2	1
68. Brinda y recibe muestras de cariño de sus familiares y amigos	3	2	1
69. Está insatisfecho o inconforme por no tener una vida sexual como antes.	1	2	3
70. Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos.	3	2	1
71. Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia.	3	2	1
72. Permite que sus familiares tomen decisiones por usted.	1	2	3
73. Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc	3	2	1

74. Permite que sus familiares o otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto	1	2	3
75. Se preocupa por mantener una buena apariencia personal (limpio/a, arreglado/a., etc)	3	2	1
76. Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos.	3	2	1
77. Hace proyectos a corto plazo y logra realizarlos.	3	2	1
78. Cuando piensa en la muerte tiene miedo.	1	2	3
79. Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida.	3	2	1
80. Fortalece su espiritualidad y su fe en su vida diaria y busca ayuda espiritual en su iglesia o grupo religioso cuando lo necesita.	3	2	1

**PUNTAJE TOTAL:**.....

**Calificación:**

- a) 80 - 130 = Nivel de Autocuidado bajo ( )
- b) 131 - 185 = Nivel de Autocuidado moderado ( )
- c) 136 – 240 = Nivel de Autocuidado alto ( )

**RESUMEN**

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, se realizó en el Programa de Atención

Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses Enero y Febrero del 2013 con el propósito de determinar el nivel de práctica de autocuidado y su relación con la edad, género e independencia funcional.

La muestra estuvo conformada por un total de 25 adultos mayores de ambos sexos que fueron todos los que acudieron al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses Enero y Febrero del 2013 y que reunieron los criterios de inclusión de: Adultos Mayores de 60 años a más, de ambos sexos, que se encuentren en buen estado mental, que residan en Trujillo y que asistan al "Programa Integral del Adulto Mayor-

Los resultados muestran el 96% corresponde al sexo femenino

Los adultos mayores que asisten al Programa de Atención Integral del Adulto Mayor el mayor porcentaje (40%), oscila entre las edades de 60 y 64 años. El mayor porcentaje (96%) en la variable género corresponde al sexo femenino, y son independientes funcionalmente

El 56% de Adultos mayores, recae sobre una buena práctica de autocuidado

**PALABRAS CLAVES: AUTOCUIDADO, INDEPENDENCIA FUNCIONAL.**



