

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**“ACTITUD HACIA LA MUERTE DEL PACIENTE Y
SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIALES,
RELIGIOSOS Y PSICOLÓGICOS EN LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS EN EL AÑO 2014”**

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Zoila Yessenia Angeles Romero

ASESOR

Luzmila Vilma Figueroa Ames

Lima – Perú

2015

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR PARA
REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA
VIDA DIARIA. EN UN CENTRO DE SALUD
DE SAN JUAN DE MIRAFLORES**

2014

A Dios por darme la vida y brindarme una familia hermosa, guiarme en el día a día, proporcionarme salud y valentía.

A mis padres Ferriol y Nancy por brindarme todas las herramientas necesarias para cumplir mis metas y su confianza plena.

A mi asesora Lic. Mery Montalvo por motivarme a continuar con mi proyecto, por sus enseñanzas y tolerancia.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	6
PRESENTACIÓN	8
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento del problema	10
B. Formulación del problema	15
C. Justificación de la investigación	16
D. Objetivos del estudio	17
E. Limitaciones	18
F. Marco teórico:	
F.1. Antecedentes	18
F.2. Base teórico- conceptual	23
1. Aspectos generales del adulto mayor	23
2. Valoración geriátrica	31
3. Autocuidado en la salud el adulto mayor	35
4. Rol de la enfermera en el autocuidado	45
G. Definición operacional de términos	47
CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS	
A. Tipo, Nivel y Método de estudio	48
B. Sede de estudio	48
C. Población y muestra	49
D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
E. Validación y confiabilidad del instrumento	50
F. Proceso de recojo, procesamiento y presentación de datos	50
G. Proceso de análisis e interpretación de datos	51
H. Consideraciones éticas	52
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. Resultados	53
B. Discusión	57
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. Conclusiones	61
B. Recomendaciones	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS	66

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	PÁG.
1. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de Salud “Ollantay” – 2014.	54
2. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria según dimensión procedimental. Centro de Salud “Ollantay” – 2014	55
3. Dimensión Cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de Salud “Ollantay” - 2014	56

RESUMEN

La presente investigación “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de salud “Ollantay” - 2014 ”, tuvo como objetivo general determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable La investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida.

Palabras claves: Adulto mayor, Capacidad de autocuidado, actividades instrumentales de la vida diaria.

SUMMARY

This research "self-careability of the elderly to perform instrumental activities of daily living in a Health Center - 2014", had as general objective to determine the ability of self-care of the elderly to perform instrumental activities of daily living. In order to implement activities for the elderly self-sufficient, thus achieving an active and healthy aging, this research is quantitative, application level, simple and cross-sectional descriptive method to collect data. Lawton questionnaire was used and Brody and scale of Pfeiffer that were applied to 74 elderly users of the Health Center "Ollantay". Analyzed the data and concluded that self-care ability of the elderly to perform instrumental activities of daily living prevails dependence, which adversely affects their quality of life.

Keywords: Elderly, self-care capacity, instrumental activities of daily living.

PRESENTACION

La población de adultos mayores en el Perú y el mundo se ha ido incrementando en los últimos años; actualmente se prevé un mayor crecimiento. Este hecho va adquiriendo relevancia debido a los efectos que ocasionaría en los niveles de atención, especialmente la atención primaria de la salud y porque no decir en los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de nuestro país.

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales en el individuo. Estos cambios conducen al deterioro funcional y pérdida de la iniciativa lo que genera vulnerabilidad y por ende disminución del bienestar. Es necesario que el adulto mayor logre en lo posible una longevidad satisfactoria evidenciada en su calidad de vida, por tanto conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor implica asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud, es decir practicar el autocuidado; lo que le ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable.

En un establecimiento de salud de 1er nivel de atención, donde acuden adultos mayores, a la entrevista manifiestan: “siempre salgo acompañada de mi nieta... ya no identifico las rutas de la combi” “mi hija me ayuda a tomar mis medicamentos” “ya no lavo la ropa... me duelen los huesos”

Por lo antes mencionado nace el interés de investigar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria - Centro de Salud “Ollantay”, de tal manera se contribuya a fortalecer el rol de la enfermera especialmente en el primer nivel de atención.

El presente estudio está estructurado en los siguientes capítulos:
El capítulo I: En donde se muestra el origen del problema y su

formulación; los objetivos planteados para el estudio; justificación, limitaciones, asimismo se presenta la revisión de la literatura que incluye los antecedentes es decir investigaciones realizadas anteriormente y que guardan relación con el trabajo y por último la base teórica en la que se sustenta y constituye el soporte de investigación, además se incluye definición operacional de términos.

En el capítulo II: se muestra el diseño metodológico, en el cual se incluye el tipo, nivel y método de estudio que están relacionados con la naturaleza de la variable y los objetivos planteados, además se encuentra el área de estudio, la población y muestra con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión, y por último las técnicas e instrumento de recolección de datos.

El capítulo III comprende los resultados y la discusión en el capítulo IV se presentan conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está en un proceso de transición, el número de adultos mayores crece en todos los países, en paralelo al aumento de la esperanza de vida, pasando de 52 años en el quinquenio 1950-1955 hasta los 75 años en el quinquenio de 2010 - 2015. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (1)

Dentro del fenómeno del envejecimiento poblacional se está produciendo el “envejecimiento del envejecimiento”. Es así como actualmente a nivel mundial, las personas mayores de 80 años constituyen el 14 % de la población de 60 años y más. Así en el 2050, un 20 % de la población mayor, tendrá 80 años y más. El número de personas mayores de cien años, está creciendo muy rápido y se proyecta que en el 2050 aumentará nueve veces, de 451.000 en 2009 a 4.1 millones en 2050 (2)

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma a la vez en un problema de esta, si no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias derivadas del envejecimiento (3)

Perú, país en vías de desarrollo, no está exento de este proceso; los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2013, revela que la población mayores de 60 años representa el 9,3% y se calcula que del total de la población para fines del 2025 la población adulta mayor representará el 13.27%. (4)

De la mano con el incremento de la población adulta mayor, se produce un aumento en las demandas sanitarias, determinadas principalmente por la situación de dependencia y de fragilidad propia del proceso de envejecimiento.

Existen diferentes factores moduladores del envejecimiento, dentro de los cuales se encuentran los cambios fisiológicos establecidos por el paso del tiempo siendo de carácter universal, pero afectando de manera distinta a cada individuo, los procesos patológicos previos, que dependiendo de su magnitud y secuelas condicionan el proceso de envejecer y por último las condiciones socio ambientales relacionadas con los estilos de vida y conductas pueden actuar como factores protectores o de riesgo para el individuo (5)

Este es un sector de la población cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de inequidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida nosiempre se acompaña de una mejor calidad de vida.

En tal sentido, el Ministerio de Salud (MINS) en el año 2006, aprobó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, con el objetivo de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en la base de las acciones para la atención integral de

salud de las personas adultas mayores, capaces de satisfacer las necesidades de salud de nuestros adultos mayores y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable. (6)

En la aplicación de los lineamientos, se señala la información y educación a la población adulta mayor sobre el autocuidado de la salud, esto se refiere a las prácticas cotidianas y las decisiones sobre estas que realiza una persona, para cuidar su salud; estas son habilidades aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las actividades habituales de la cultura a la que pertenece. (7)

El Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013- 2017), basado en cuatro lineamientos de política nacional esenciales; envejecimiento saludable, empleo - previsión y seguridad social; participación e integración social, educación - conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Con el fin de promover una adecuada gestión intersectorial, intergubernamental e interinstitucional para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional vulnerable. (8)

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

En el año 2007, según el Instituto INEI – Perú , la primera causa de mortalidad en los adultos mayores fueron las infecciones respiratorias (23,39%) seguida por enfermedades isquémicas del corazón (22,74%),

enfermedades cerebro-vasculares (18,88%) y el tumor maligno del estómago (5,95%) que fue la primera causa de muerte por tumores.

En la encuesta nacional sobre personas con discapacidad, dada a conocer el 15 de julio del 2013 por el Consejo Nacional para la integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), indica que más de 794 mil adultos mayores padecen de discapacidad, siendo esta etapa de la vida, en mayor porcentaje, el origen de las limitaciones de forma permanente para: moverse o caminar (32,5%), ver aun usando anteojos (51,3%), oír aún usan audífonos (60,5%), entender o aprender (39,1%), relacionarse con los demás por su pensamientos, sentimientos, emociones o conductas (17,9%), hablar o comunicarse (13%).

El rol de la enfermera en el primer nivel de atención es promover la salud y prevenir las enfermedades, el eje de esta misión es proporcionar herramientas para el empoderamiento de la población mediante la capacidad de autocuidado. Para Dorothea Elizabeth Orem (1958), autocuidado se define como "las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos". Por tanto la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida.

De acuerdo con esta teoría el desarrollo de las capacidades de autocuidado teóricamente están influenciados por factores internos y externos a los individuos conocidos como factores condicionantes básicos, tales como el sexo, edad, estado de salud, grado de instrucción, nivel socioeconómico, entre otros.

La teoría general del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem se encuentra conformada por tres teorías interrelacionadas entre sí : autocuidado, sistemas de enfermería y déficit de autocuidado.

Las enfermeras, como proveen autocuidado, requieren en primer lugar el conocimiento empírico de los acontecimientos y los antecedentes de las condiciones internas y externas que les ayudan a hacer observaciones con posibles cursos de acción y sus intervenciones deben estar dirigidas al fortalecimiento de las capacidades de autocuidado del adulto mayor, lo cual podría disminuir la prevalencia de co-morbilidades, discapacidades, dependencia y por ende mejorar la calidad de vida.

En el adulto mayor el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales. Es una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permite monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros. Esta como proceso brinda información sobre la capacidad del anciano para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), que se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

Las AIVD son aquellas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia; permite la participación en la comunidad (transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos, cocinar, que hacer doméstico y lavandería)

Es necesario realizar investigación que puedan explicar la funcionalidad del adulto mayor desde la capacidad que poseen para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria de ese modo

podremos buscar metodologías e intervenciones que optimicen su capacidad en este sector.

Al centro de salud “Ollantay” un establecimiento de salud de 1er nivel de atención, acuden adultos mayores los cuales en su mayoría usan bastones y anteojos, a la entrevista manifiestan: “mi nieta me acompaña siempre... sola no puedo subir al carro” “mi hija me ayuda a tomar mis medicamentos” “no puedo lavar la ropa, me duelen los huesos” “mi hija se encarga de las compras semanales porque me confundo de recibir el vuelto”

A partir de esta realidad es que se formula las siguientes interrogantes: ¿cuántos adultos mayores son dependientes e independientes? ¿Qué actividades diarias son las que ocasionan mayor dependencia? ¿Cuáles son los factores externos que generan dependencia? ¿Las enfermeras utilizan instrumentos para identificar el grado de dependencia de los adultos mayores? ¿La comorbilidad en el adulto mayor origina dificultad para realizar las actividades de la vida diaria? ¿Las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria se van deteriorando de igual magnitud?

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria - Centro de Salud Ollantay – 2014?

C. JUSTIFICACION

La población adulto mayor está en ascenso a nivel mundial, La OMS, indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% y nuestro país no es ajeno a ello; teniendo en cuenta que esta situación se da en un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional.

Evaluar la salud en el adulto mayor resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación de la capacidad de autocuidado (capacidad funcional) que hace referencia al conjunto de habilidades que permite llevar una vida independiente. Se distinguen dos grupos: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD se refieren a habilidades de auto cuidado como vestirse o asearse; son universales, están ligados a la supervivencia y a las necesidades básicas. Su ejecución se automatiza muy tempranamente. Sin embargo, las AIVD son conductas más complejas que sirven como medio para obtener o realizar otra acción. Tienen una estrecha relación con el funcionamiento cognitivo e implican una interacción con el medio, como por ejemplo la utilización de medios de transporte, conducir, manejo del dinero.

El eje de acción de la enfermera en el primer nivel de atención es la promoción de la salud y prevención de enfermedades para lo cual se tendrá que brindar educación como herramienta esencial para la población que le permita mejorar su capacidad de autocuidado.

Por tal motivo se considera necesario determinar la capacidad del autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria , teniendo las bases de acción como son los lineamientos, se pueden implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable.

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar a las autoridades y al equipo de salud del Centro de Salud "Ollantay", información actualizada y relevante sobre la capacidad de auto cuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, a fin de que se diseñen actividades preventivo- promocionales dirigidas a este grupo poblacional, favoreciendo así un envejecimiento saludable y con calidad de vida.

D. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Objetivos específicos:

- Identificar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en la dimensión procedimental.
- Identificar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en la dimensión cognitiva

E. LIMITACIONES

Las conclusiones del presente trabajo no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

F. MARCO TEORICO

F.1 Antecedentes del estudio

A continuación se presenta la revisión bibliográfica nacional e internacionales sobre investigaciones relacionados al presente estudio:

1. Ámbito nacional:

Camino Salazar, María del Pilar, realizó un estudio sobre “Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín- Lima - Perú, 2011”. Con el objetivo de: determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín en el año 2011. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo con 46 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los adultos mayores del centro de salud “Tablada de Lurín” en su mayoría poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, de acuerdo a los factores de riesgo intrínsecos o relacionados con la edad y los factores extrínsecos relacionados con el entorno, lo que los pone en riesgo de sufrir caídas y sus posibles consecuencias físicas, psicológicas y socio familiares alterando el mantenimiento de la salud, bienestar y sobre todo la independencia y la autonomía”. (9)

Romero Quiquia, Stephanie Karen, realizó un estudio sobre “Relación entre capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores- Lima- Perú 2011”. Con el objetivo de: Determinar cuál es la relación entre la

capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud San Juan de Miraflores. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo – correlacional, con una muestra de 46 de un total de 80 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron:

“No existe relación significativa entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al C.S. San Juan de Miraflores ...La mayoría de los adultos mayores (76,1%) son independientes” (10)

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

“El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es medio. La actitud del adulto mayor hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es de indiferencia” (11)

Varela Pinero, Luis; Chávez Jimeno, Helver; Galvez Cano, Miguel, realizaron un estudio sobre “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional- Perú – 2006 ”; con el objetivo de determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las dos semanas previas a su

hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo corte transversal. Los participantes del estudio fueron 400 adultos mayores. Se usó el índice de las actividades básicas de la vida diaria de Katz. Las conclusiones entre otras fueron:

“La frecuencia de dependencia funcional pre-Hospitalaria en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad hay mayor caídas, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareo, déficit cognitivo y depresión se asocia al deterioro de la funcionalidad” (12)

2. Ámbito internacional:

De Gaspar Pinilla, Julio ; Labra Perez, José, realizaron un estudio sobre “Envejecimiento Cognitivo y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria – España - 2008” Con el objetivo de construir un instrumento basado en la ejecución que permita evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria y analizar sus correlatos cognitivos. El estudio conto con 164 personas mayores de 60 años por muestreo sistemático. El instrumento que se diseño fue denominado Instrumento para evaluación de la Cognición Cotidiana. Las conclusiones entre otras fueron:

“Las tarea más compleja fueron: la elaboración de una receta y rellenar los pastilleros” (13)

Lara Jaque, Roxana Alejandra; Mardones Hernández, María Angélica, realizaron un estudio sobre “Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán Chile-2009” Con el objetivo de determinar el perfil sociodemográfico de salud

y funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de personas mayores demandantes de atención primaria en un Centro de Salud Familiar de Chillán. El estudio fue descriptivo transversal, en una muestra de 88 individuos elegidos por muestreo sistemático. Los instrumentos aplicados para la recolección de datos correspondieron a: Índice de Barthel, una encuesta de caracterización sociodemográfica y de salud, escala Depresión de Yesavage y Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer, para estado cognitivo. Las conclusiones entre otras fueron:

“Desde el punto de vista de funcionalidad, predominó la autovalencia. Las ABVD con mayor deficiencia fueron las relacionadas con el aparato locomotor y la incontinencia urinaria”. (14)

Millán Méndez Israel, realizó un estudio sobre “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad- Cuba - 2010”, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. El estudio fue descriptivo transversal, de un universo de 354 personas mayores de 60 años se seleccionaron 195. Las conclusiones entre otras fueron:

“El 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y el 5,8% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado...” (15)

Fernández Alba Rosa, realizó un estudio sobre “Agencia de Autocuidado y Factores Básicos Condicionantes en Adultos Mayores-Colombia- 2010,”, con el objetivo de determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial. El estudio fue descriptivo transversal, con una muestra de 240 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los adultos mayores presentaron baja agencia de autocuidado”

“Los factores básicos condicionantes (FBC) han reportado un efecto significativo en la agencia de autocuidado en especial el nivel educativo y el socioeconómico, en adultos que sufren algún padecimiento, El FBC del estado de salud se constituye un factor determinante en la agencia de autocuidado..” (17)

Araneda Pagliotti, Gloria; Isla Lund Ximena; Jiménez Orellana, realizó un estudio sobre “Capacidad de autocuidado del adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín Chillan – Chile - 2000”, con el objetivo de identificar los factores socio-demográficos y de salud que inciden en la capacidad de autocuidado del adulto mayor hospitalizado en los servicio de Medicina y Cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillán. El estudio fue descriptivo transversal, con una muestra de 60 adultos mayores. Las conclusiones entre otras fueron:

“La categoría dependientes muestra que las mayores dificultades se presentaron e aseo matinal 3,3% ; deambulación 11,2% ; y en alimentación 8,2%.” (18)

Los estudios presentados se relacionan con el problema a investigar, por lo que aportaron un mayor conocimiento del objeto de investigación, así mismo orientaron sobre la metodología de la investigación respecto a la variable lo que permitió actualizar la búsqueda bibliográfica y contribuyeron en la elaboración del marco teórico y operacionalización de la variable.

F.2 BASE TEÓRICA

1. ASPECTOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones, como viejo, anciano, geronte, entre otras.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

1.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

a) Teorías deterministas del envejecimiento

En estas teorías de un envejecimiento programado genéticamente, se ve al genoma nuclear como un “reloj molecular” responsable de los cambios que aparecen en la vida de los individuos

a.1. Teoría del límite mitótico de Hayflick : afirma que las células tienen un reloj endógeno que marca el número de divisiones que son capaces de tener *in vitro*, menciona que el número de duplicaciones es limitado tanto mayor es la longevidad .

a.2. **Teoría de los telomeros y la telomerasa** : según Olovnikov el acortamiento en cada división celular de los extremos cromosomas, los telomeros, estaría relacionado con la tasa de envejecimiento, de manera que el fin de la división celular se produciría cuando se llegara al total del acortamiento de los mismos.

b) **Teorías estocásticas del envejecimiento**

En este grupo de teorías, los factores del medio ambiente tienen un papel fundamental en la desorganización que ocurre al envejecer.

b.1. Envejecimiento de los sistemas fisiológicos: dada la demostrada disminución del rendimiento funcional que tiene lugar al envejecer. Como una característica del envejecimiento es la menor capacidad para mantener la homeostasis corporal, son los sistemas fisiológicos encargados de la misma, el sistema nervioso, el endocrino y el inmunitario, los que han recibido más interés.

b.2. Teorías metabólicas, que se centran en las alteraciones que el metabolismo experimenta con el paso del tiempo.

1.2. CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos".

Características del envejecimiento:

- Universal, es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- Continuo, tiene un inicio y final.

- Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales
- Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

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

a) CAMBIOS BIOLÓGICOS

Configuración general del cuerpo: se produce una pérdida de estatura (1 cm por década a partir de los 40-50 años), que suele atribuirse a la pérdida de masa ósea y la consecuente reducción en la altura de los cuerpos vertebrales. También hay una redistribución de tejido adiposo con tendencia a fijarse de forma centrípeta en el tronco, así como una pérdida de masa muscular (sarcopenia) y una pérdida del contenido total de agua, que es más acusada en el líquido intracelular.

Piel: a nivel de la epidermis aparecen fenómenos atróficos, la capa basal se hiperpigmenta y existe cierto grado de hiperqueratinosis. En la dermis, también se evidencia atrofia y degeneración del colágeno, que da lugar a elastosis senil y degeneración actínica, junto dilatación de los vasos sanguíneos y roturas vasculares que ante traumatismos insignificantes, da lugar a la púrpura senil.

Aparato cardiovascular: el corazón, hipertrofia de la pared posterior del ventrículo izquierdo, junto con aumento de la fibrosis cardíaca y atrofia de las fibras musculares; como resultado se producen aumento de la rigidez del aparato subvalvular. En la pared vascular la capa íntima aumenta su grosor como consecuencia del depósito de calcio, de distintos tipos de tejido, ésteres de colesterol y fosfolípidos; el cual se traduce en un aumento de la rigidez de la arteria y en una disminución de su elasticidad y de la luz vascular, lo que incrementa las resistencias periféricas y contribuye a aumentar la presión arterial sistólica.

Riñón: disminución progresiva del filtrado y una reducción del aclaramiento de creatinina a partir de la cuarta década, al aumento paralelo de la creatinina sérica, debido a su menor producción endógena, aumenta la permeabilidad de la membrana glomerular para

las proteínas y como consecuencia la proteinuria. También disminuye la capacidad máxima de reabsorción tubular de la glucosa, de fosfato y de sodio, así como la capacidad para concentrar y diluir orina.

Aparato digestivo: La disminución del número y la funcionalidad de las piezas dentales reducen la eficacia de la masticación, lo que junto a una menor secreción de saliva, dificulta la formación del bolo alimenticio. Se produce atrofia de las papilas gustativas. Se altera la motilidad esofágica, con disminución de la amplitud de las ondas peristálticas, presencia de ondas polifásicas, relajación esofágica y relajación incompleta del cardias. La mucosa gástrica aumenta su susceptibilidad a la lesión inducida por el jugo gástrico debido a una disminución en la cantidad y eficacia de la capa de gel secretada por las células gástricas, a una menor síntesis celular de prostaglandinas citoprotectoras, y a la disminución de la capacidad de reparación de las lesiones, derivada de una menor capacidad proliferativa del epitelio. En el intestino grueso varios factores favorecen la aparición de divertículos: menor motilidad colónica con aumento del tiempo de tránsito por pérdida de neuronas del plexo mioentérico; aumento en la consistencia de las heces secundario a un menor consumo de fibra e incremento de la absorción de agua debido al aumento del tiempo de tránsito y al aumento del colágeno en la pared del colon.

Aparato respiratorio: Se produce un aumento del volumen residual pulmonar, con disminución de la capacidad vital y del volumen de reserva espiratorio. Hay también aumento del espacio muerto fisiológico y pérdida de pequeños vasos periféricos. En la gasometría existe una discreta tendencia a la reducción de la PO₂ arterial.

Aparato genitourinario: La vejiga pierde elasticidad y tono muscular, lo que debilita el suelo de la pelvis y el esfínter vesical. En el

caso del varón también se producen cambios en la próstata que se encuentran a caballo entre lo fisiológico y lo patológico. Estos cambios tienden a favorecer la existencia de retención urinaria, de infección y, eventualmente, de incontinencia.

Sistema nervioso: Los cambios en el sistema nervioso central son muy variables. Se pierden neuronas, esta pérdida se compensa en parte debido al fenómeno de neuroplasticidad, consisten en el desarrollo de estructuras y funciones nuevas en determinadas neuronas, mediante neo conexiones sinápticas a través de la formación de nuevos árboles dendríticos. Las neuronas perdidas se sustituyen por glía dando lugar a fenómenos de gliosis. También aparecen placas seniles, ovillos neurofibrilares, cuerpos de Lewy, degeneración granulo vacuolar y distrofia neuro axonal, así como cambios importantes en los sistemas de transmisión neuro-hormonal. Todo ello se traduce, en el plano somato-sensorial, en cierta pérdida de la sensibilidad táctil, vibratoria y discriminatoria; en el plano motor, en una menor capacidad de coordinación y de control muscular; desde el punto de vista intelectual-cognitivo, en una pérdida de memoria reciente, con dificultad para nuevos aprendizajes, y en el comportamiento, en pérdida de la adaptabilidad al medio y en enlentecimiento en general.

Sistema endocrino: En la adenohipófisis, apenas se modifica la secreción de la hormona estimuladora del tiroides (TSH), hormona adrenocorticotropa (ACTH) y hormona de crecimiento (GH). Sí lo hacen los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), en relación con las alteraciones hormonales ligadas al climaterio. Las hormonas T3 y T4, mantienen niveles normales. Algo parecido ocurre en la corteza suprarrenal. No se modifican los niveles de cortisol libre plasmático y urinario, ni los de cortisol unido a proteínas, siendo más lento el decaimiento metabólico y menor el

número de receptores a glucocorticoides. No cambia tampoco la respuesta de la ACTH plasmática a la sobrecarga quirúrgica o a la hipoglucemia. Se disminuyen la producción de andrógenos suprarrenales y los niveles de aldosterona en sangre y orina. Hay pocos cambios en las tasas de secreción de insulina, conservándose normal la unión insulina-receptor, por lo que la menor sensibilidad a la insulina que se aprecia con la edad se atribuye a una mayor resistencia a ella en los tejidos periféricos.

Sistema hematológico: Los cambios son muy escasos. La médula activa se reduce en un tercio entre los 20 y los 70 años, y es posible observar menor número de células precursoras, pero la potencialidad hematopoyética se mantiene siempre muy por encima de las necesidades fisiológicas. Hay un ligero aumento en la fragilidad osmótica del hematíe o una menor capacidad bactericida de los neutrófilos.

Sistema inmune: Se producen cambios notables con una limitación progresiva para cumplir su papel de vigilancia y defensa. Hay un aumento de autoanticuerpos séricos y más facilidad para adquirir enfermedades infecciosas, tumorales y autoinmunes. En relación con el sueño, aunque suele aumentar el número de horas en la cama, se reduce el de horas de sueño total y de sueño profundo, así como el de movimientos oculares rápidos (sueño REM), y aumenta el número de despertares. (18)

b) CAMBIOS PSICOSOCIALES

El campo psicosocial es de una gran amplitud, por lo que sintetizaremos la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

La ideología del “viejismo”: Nuestra sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”; identificando esta etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social. El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal. Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.

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

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

Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos.

Las personas adultos mayores deben buscar qué hacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aun sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar, donde viven como desocupados un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, y sin horizontes. Sin embargo, muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener la familia y de criar a los hijos. Escogen amigos, como lo hicieron en su juventud, y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para la mayoría de los ancianos y, ellos mismos son para éstos, en crisis o no, una fuente de sabiduría, compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar.

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

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

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

c) Fragilidad en el adulto mayor

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

Este estado predispone al adulto mayor en la aparición de eventos adversos para la salud, dentro de ellos las limitaciones en ejecutar las actividades instrumentales de la vida diaria.

2. VALORACIÓN GERIÁTRICA

El adulto mayor tiene características especiales derivadas de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. La valoración integral del adulto mayor es la respuesta a la elevada prevalencia de enfermedades en el adulto mayor, a necesidades y problemas no diagnosticadas, así como a deterioros y dependencias no identificadas,

las cuales no son detectadas por la valoración clínica tradicional (anamnesis y valoración física). (19)

La valoración integral del adulto mayor es un proceso diagnóstico multidimensional interdisciplinario con enfoque en las capacidades funcional, psicológico y médica del adulto mayor para desarrollar un plan coordinado e integrado para el tratamiento y seguimiento a largo plazo. Esta valoración está conformada por la anamnesis, exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados “escalas de valoración”, los cuales facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor.

a) Valoración clínica

La valoración clínica debe incluir la entrevista clásica, a la que se agrega un interrogatorio directo sobre la presencia de los síndromes del adulto mayor, historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias, evaluación social y elaboración de un listado de problemas.

b) Valoración funcional

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

La valoración funcional es el proceso mediante el cual se obtiene información sobre la capacidad del anciano para realizar las

actividades de la vida diaria (AVD), las cuales se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

b.1. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son todas aquellas tareas y estrategia que se lleva a cabo diariamente encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que se realiza de manera autónoma, incluyen aquellas que deben de realizarse para el autocuidado (baño, vestido, transferencia, ir al baño, continencia y alimentación).

Según “la pirámide de Maslow” en la primera jerarquía se encuentran las “necesidades básicas o necesidades fisiológicas” que incluyen la alimentación, respiración, eliminación, descanso etc.

El deterioro funcional es común en los adultos mayores y tiene múltiples causas potenciales, incluyendo cambios relacionados con la edad, factores sociales y enfermedad. Cerca del 25% de los adultos mayores de 65 años necesitan ayuda para las AVD. Para los mayores de 85 años, hasta 50% necesitan ayuda para las AVD. La información sobre la funcionalidad debe incluirse en la evaluación de todos los adultos mayores.

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

El índice de Katz: consta de seis ítems: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad o transferencias, continencia y alimentación. Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. Cada ítem tiene dos posibles respuestas: lo realiza independientemente o con poca asistencia (1 punto) o requiere de gran ayuda o no lo realiza (0 puntos). Su aplicación es de 15 a 20 minutos, por medio de un evaluador. Su desventaja es que no es sensible a cambios mínimos.

Índice de Barthel: evalúa 10 actividades: baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias, subir/bajar escalones, continencia urinaria y fecal y alimentación. Las respuestas se puntúan de 0 a 100 y se agrupan en 4 categorías: dependencia total (puntuación menor de 20), grave, moderada y leve (puntuación igual o mayor de 60). Tienen un gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con eventos cerebrovascular

b.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Las AIVD evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva. La pérdida de algunas de ellas identifican adultos mayores con sospecha de deterioro cognitivo o depresión. La dependencia en algunas de las AIVD está asociada con una mayor demanda de servicios de salud. (20)

La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el **Índice de Elaine M. Brody** (socióloga) y **M. Powell Lawton**, un destacado investigador, quienes pertenecieron al comité de investigación del Centro Geriátrico de Filadelfia (Estados Unidos), realizaron un trabajo de investigación sobre el envejecimiento y las necesidades físicas y psicológicas de los adultos mayores y elaboraron un instrumento que contiene 8 ítems: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación, manejar dinero. Se califica como 1 punto para aquellos independientes en la función y 0 puntos para aquellos dependientes en la función.

Deterioros sutiles o nuevos en las AIVD pueden ser signos tempranos de depresión, demencia, miedo a caer, disminución de la

agudeza visual u otras enfermedades. La pérdida de las ABVD frecuentemente señala empeoramiento de enfermedades o un impacto combinado en las comorbilidades en una etapa avanzada. Conforme avanza el grado de deterioro funcional, aumenta el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, complicaciones, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales.

3. AUTOCUIDADO EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

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

El Ministerio de Salud (MINSA) define el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona. (20)

En la Carta de Otawase refiere al autocuidado como las practicas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidad de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para

controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, dialogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

3.1. FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para logran calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son: (9)

a) FACTORES INTERNOS O PERSONALES:

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

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

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina 'clave para la acción' a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales

y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden 'disparar' un cambio, lo cual indica porqué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

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

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

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

b) FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES

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

Cultural: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de

nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones.

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

La familia como pilar fundamental en la etapa de vida adulta mayor: La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. (21)

3.2. TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres categorías relacionadas: teoría de sistemas de enfermeros, teoría de déficit de autocuidado y teoría de autocuidado.

a) La teoría del autocuidado.

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

Las acciones de autocuidado que realiza el individuo se encaminan al cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

Los requisitos de autocuidado se definen como un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias, para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o desarrollo humano, o de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos: El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en la norma compatible con la vida, la salud y el bienestar personal. (22)

Los requisitos de autocuidado que deben satisfacer los individuos Orem los determina en 3 tipos: Requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

a.1. Los requisitos de autocuidado universales son definidos como los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida, o lo que está en proceso de ser validado, sobre la integridad estructural y funcional humana en las

diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

a.2. Requisito de autocuidado de desarrollo. Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
- Implicación en el autodesarrollo
- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano

a.3. Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud son propuestos para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los

individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo, determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

Estructura conceptual de la agencia de autocuidado: Según Gast H. (1989) la agencia de autocuidado se refiere a la capacidad de los individuos que les permite comprometerse con el autocuidado. La agencia de autocuidado es una estructura compleja que depende de tres componentes para su ejecución y son: las capacidades fundamentales y disposición, los componentes de poder y las capacidades para operaciones de autocuidado. (22)

❖ **Las capacidades fundamentales y disposición**, son aquellas que tienen lugar cuando el individuo realiza cualquier tipo de acción deliberada y no solamente actividades de autocuidado. Estas disposiciones fundamentales y rasgos o características consisten en capacidades que tienen que ver con sensaciones, percepciones, memoria y orientación.

❖ **Los componentes de poder** son descritas como aquellas capacidades que facilitan las prácticas de autocuidado en el individuo.

- Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: hacia uno mismo como agente de autocuidado y hacia las condiciones internas y externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.

- Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado
- Estar motivado para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
- Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
- Habilidad para ordenar acciones de autocuidado dentro de sus relaciones, junto con acciones acciones que llevan hacia la realización final .
- Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
- Habilidad para realizar actividades integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la vida de la comunidad.
- Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
- Un repertorio de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado

❖ **Las capacidades más fundamentales**, son las que Orem llama operaciones de autocuidado, y estas se clasifican en tres tipos a saber:

- **Operaciones estimativas.** Consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado.

- **Operaciones transicionales.** Implican hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado.
- **Operaciones productivas.** Implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado.

Considerando las definiciones de autocuidado, agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado, en estado de desviación de la salud puede verse que se trata de sujetos en una condición especial, que deben actuar como agentes de su propio cuidado, que Dorothea Orem ha previsto una serie de necesidades o requisitos que deben atenderse para que puedan garantizarse el autocuidado en estas condiciones; la agencia de autocuidado como tal muestra una serie de disposiciones para actuar en este sentido siempre y cuando esté capacitada.(22)

b) La teoría de déficit de autocuidado.

La teoría de déficit de autocuidado describe y explica cómo es la relación o intervención de la enfermería para ayudar a los individuos. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud.

Las limitaciones generadas por los diferentes procesos del binomio salud enfermedad vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que

controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Algunas versiones más simplificadas de la Agencia dejan ver que está dispuesto en términos de conocimientos, habilidades y motivaciones, todo ello reflejado en comportamientos de las personas frente al cuidado de su condición de salud.

La agencia de autocuidado se relaciona con el concepto de factores básicos condicionantes, de modo que las capacidades de la persona para ejecutar el autocuidado de tipo y calidad requerida, se ve influido por estos factores internos o externos. La agencia de autocuidado está influida, tanto por las características internas, como la edad, estado de salud, así como por numerosos factores externos, como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos condicionantes.

4. Rol de la enfermera en el autocuidado

La teoría de sistemas enfermeros.

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

Las actividades incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros están organizados según la relación entre la acción del paciente y la del profesional.

Los sistemas de enfermería se definen como las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de prescribir, diseñar, proveer cuidados de enfermería a los pacientes. En este caso, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas a saber:

c.1. Sistema de compensación total.

Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, entonces existe un déficit o problema. Dicho déficit o problema es lo que indica a las enfermeras cuán y por

qué la enfermera es necesaria. Aquí la enfermera debe hacer todo por el paciente o individuo.

c.2. Sistema de compensación parcial.

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

c.3. Sistema de apoyo educativo.

El individuo está en capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación. Las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado, de manera terapéutica.

Cuando es la persona la que lleva a cabo las acciones de autocuidado se denomina Agente de Autocuidado y esta acción va dirigida a conseguir unos objetivos, que son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud).

El papel de enfermería es, entonces, desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que contribuyen en una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes o limitaciones similares que las impiden comprometerse o desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales.

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

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Capacidad de autocuidado: Es el conjunto de actividades instrumentales que el adulto mayor refiere realizar por sí mismo.

Actividades instrumentales de la vida diaria: son las acciones que refiere desarrollar el adulto mayor en relación a : transporte, compras, finanzas, uso del teléfono, toma de medicamentos, cocinar, que hacer doméstico y lavandería

Adulto mayor: persona mujer/varón de 60 años a más autovalente que no tiene enfermedad crónica discapacitante y que asistente al Centro de Salud “Ollantay”.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. Tipo, Nivel, método de estudio

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo porque la variable es medible permitiendo su cuantificación para analizarla estadísticamente, de nivel aplicativo, ya que se centra en estudiar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria y orientar las acciones de enfermería en la solución de problemas prácticos por medio de estrategias y actividades a fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor; siendo el método de tipo descriptivo y de corte transversal, ya que permitirá describir los hechos y/o fenómenos relacionados con la capacidad de autocuidado del adulto mayor, tal y como se presenta en la realidad en un tiempo y espacio determinado.

B. Sede de estudio

El área de estudio seleccionada es el Centro de Salud Ollantay, el cual pertenece a la Microred Ollantay, DISA II Lima Sur, ubicado en Pamplona Alta – Distrito San Juan de Miraflores.

Los servicios que brinda el Centro de Salud son consultorios de emergencia, consultorios externos; Medicina, Odontología, Psicología, CRED, PCT, Obstetricia, Servicio de Laboratorio y Rayos X, en turnos de mañana (8:00 am – 1:00 pm) y tarde (2:00 – 8:00pm), emergencia las 24 horas del día.

El centro de salud cuenta con 6 Médicos, 3 Cirujanos Odontólogos, 3 Enfermeros, 1 Químico farmacéutico, 1 Psicólogo, 3 obstétricas, 2 Asistentes sociales, 1 Tecnólogo Médico, 1 Nutricionista, 6 Técnicos en

Enfermería, 1, 1 Inspector Sanitario ,3 personales administrativos y de 2 vigilancia.

El Centro de Salud Ollantay, es un centro de primer nivel de atención, brinda atención dirigidos a la población según ciclos de vida, entre ellos los adultos mayores con una población de 1,071. Dentro de los programas de atención en nivel preventivo- promocional se cuenta con un club del adulto mayor denominado “Los Auquis” el cual está conformado por un promedio de 80 adultos mayores, quienes tienen sesiones educativas programadas para desarrollar diversas actividades planificadas en coordinación con su junta directiva y el personal de enfermería.

C. Población y/o muestra

La población considerada para el presente estudio, estuvo conformada por los usuarios adultos mayores autovalentes que acudieron al Centro de Salud Ollantay, teniendo como referencia que el promedio mensual de adultos mayores atendidos es aproximadamente 140 usuarios.

Para determinar la muestra se utilizó la formula estadística de proporciones para la población finita. (Ver anexo B)

Para la selección de la muestra se consideró los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Toda persona varón o mujer de 60 años o más autovalente que acuda al Centro de Salud Ollantay.
- adulto mayor que vive en ambiente familiar.
- Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación.

- adulto mayor que sabe leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que se niegan a participar en el trabajo de investigación.
- Adultos mayores que tienen un cuidador exclusivo.
- Adultos mayores con problemas agudos de salud.

D. Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada en la presente investigación fue la entrevista estructurada donde se aplicó el instrumento modificado de Lawton y Brody "Actividades instrumentales de la vida diaria", que nos permitió identificar si ejecuta la actividad o no, consta de 8 ítems "Usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, Realizar tareas del hogar, Lavar la ropa, Utilizar transportes, Controlar la medicación, Manejar el dinero"

El cuestionario de PFFEIFER es una prueba de screening (10 preguntas) que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario fue utilizado para evaluar la dimensión cognitiva. (Ver anexo C)

E. Validación y confiabilidad del instrumento

El instrumento utilizado fue actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody el cual es validado y usado a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud y promovido por el Ministerio de salud.

F. Proceso de recojo, procesamiento y presentación de datos

Para el proceso de recolección de datos se realizó los trámites administrativos, a través de un oficio emitido por la Escuela Académico

profesional de Enfermería, al médico Jefe del Centro de Salud “Ollantay” con la finalidad de obtener las facilidades y la autorización respectiva.

La recolección de datos se realizó los días útiles del mes de Diciembre, previa coordinación con la jefa de enfermeras los días en que se realizó la recolección de datos; se ejecutó mientras los pacientes esperan la atención en los servicios de Medicina, odontología, Nutrición; durante los horarios de atención de 8am hasta las 12pm.

La selección de los sujetos que participaron en la investigación se realizó por muestreo probabilístico aleatorio, a quienes se le aplicó la entrevista, previo a ello se le explicó los objetivos del estudio, con la finalidad de obtener la autorización y cumplir así con los aspectos éticos del consentimiento informado.

Concluida la recolección de datos ellos fueron procesados en forma manual previa elaboración de una tabla de codificaciones, se obtuvo los siguientes resultados:

El índice de Lawton y Brody “Actividades instrumentales de la vida diaria” , que nos permitió identificar adultos mayores independientes y dependientes, consta de 8 ítems “Usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, Realizar tareas del hogar, Lavar la ropa, Utilizar transportes, Controlar la medicación, Manejar el dinero”.

8 puntos: independiente

0 puntos: dependiente

El cuestionario de PFFEIFER es una prueba de 10 preguntas que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario fue utilizado para evaluar la dimensión cognitiva.

Se evalúa en función de los errores:

0-2 : normal

3-4 : deterioro cognitivo leve

5-7: deterioro cognitivo moderado

8-10: deterioro cognitivo severo

En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona: nivel educativo bajo (estudios primarios) se admite un error más para cada categoría; nivel educativo alto (estudios universitarios) se admite un error menos para cada categoría.

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación.

G. Proceso de análisis e interpretación de datos

Para la presentación de los hallazgos se realizó cuadros estadísticos, utilizándose tablas y gráficos las cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información.

H. Consideraciones éticas

Para la recolección de los datos, se consiguió la autorización de la institución en seguida la aplicación de los instrumentos. Previamente a la recolección de datos se solicitó la participación de los adultos mayores en forma verbal, explicándoles el objetivo de dicho estudio, se les invitó a participar voluntariamente, asegurándoles que dicha información será confidencial y sólo será de utilidad para fines del estudio. Para ello se elaboró un consentimiento informado. **(Ver anexo D)**

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la recolección de la información, los datos fueron procesados con el apoyo del software estadístico, con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados al inicio del estudio. Los resultados se organizan de manera de tablas y gráficos.

A. RESULTADOS

1. DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

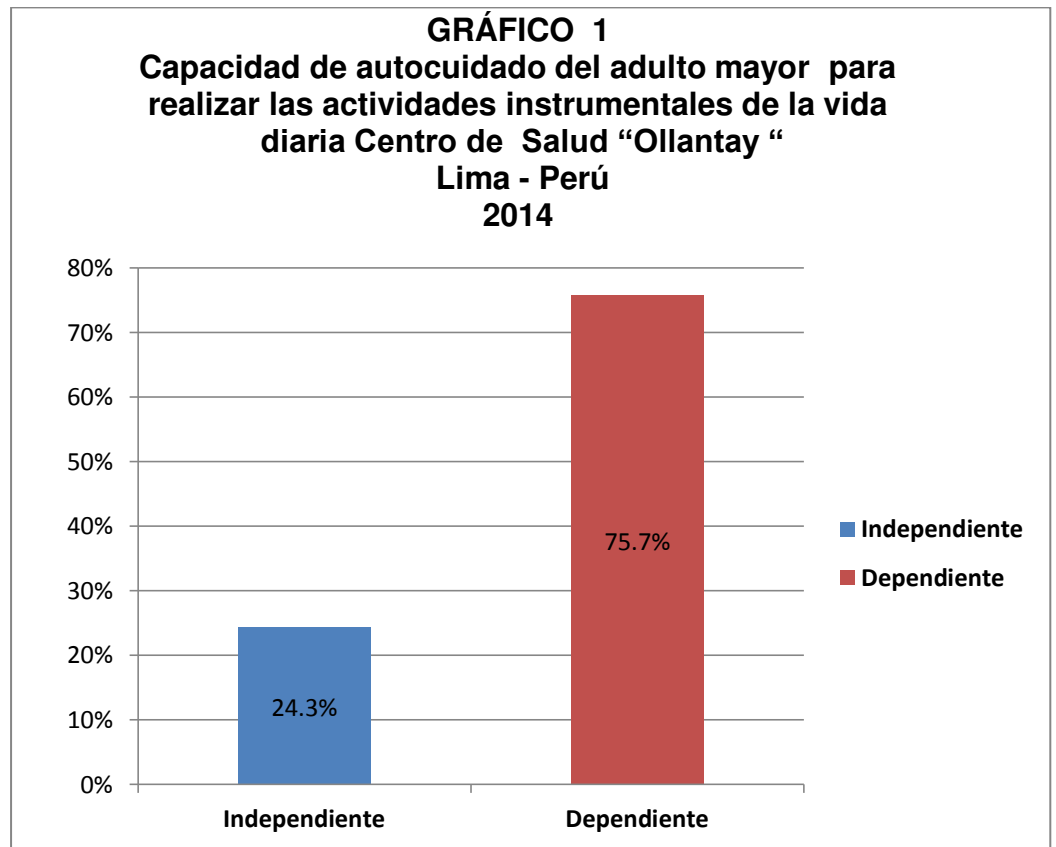
Respecto a los datos generales, lo que se refiere a rango de edades según sexo **(Ver anexo E)**, se aprecia que del 100% (74) de adultos mayores entrevistados la mayoría 82,4% (61) son de sexo femenino, mientras que 17,6% (13) de sexo masculino, siendo el rango de edades más alto las de 60 - 70 años con 52,7% (39) adultos mayores.

En relación al grado de instrucción del 100% (74) de adultos mayores entrevistados 55,4% (41) tienen educación primaria, 16,2% (12) educación secundaria, 2,7% (2) presentan estudios superiores y 25,7% (19) no tienen grado de instrucción. **(Ver anexo F)**

Otro punto considerado fue la situación familiar, en el cual se indagó con quienes convive el adulto mayor. Obteniéndose, que del 100% (74) adultos mayores, 60,8% (45) viven con su familia, 29,7% (22) solo con su conyugue, 9,5% (7) vive solo. **(Ver anexo G)**

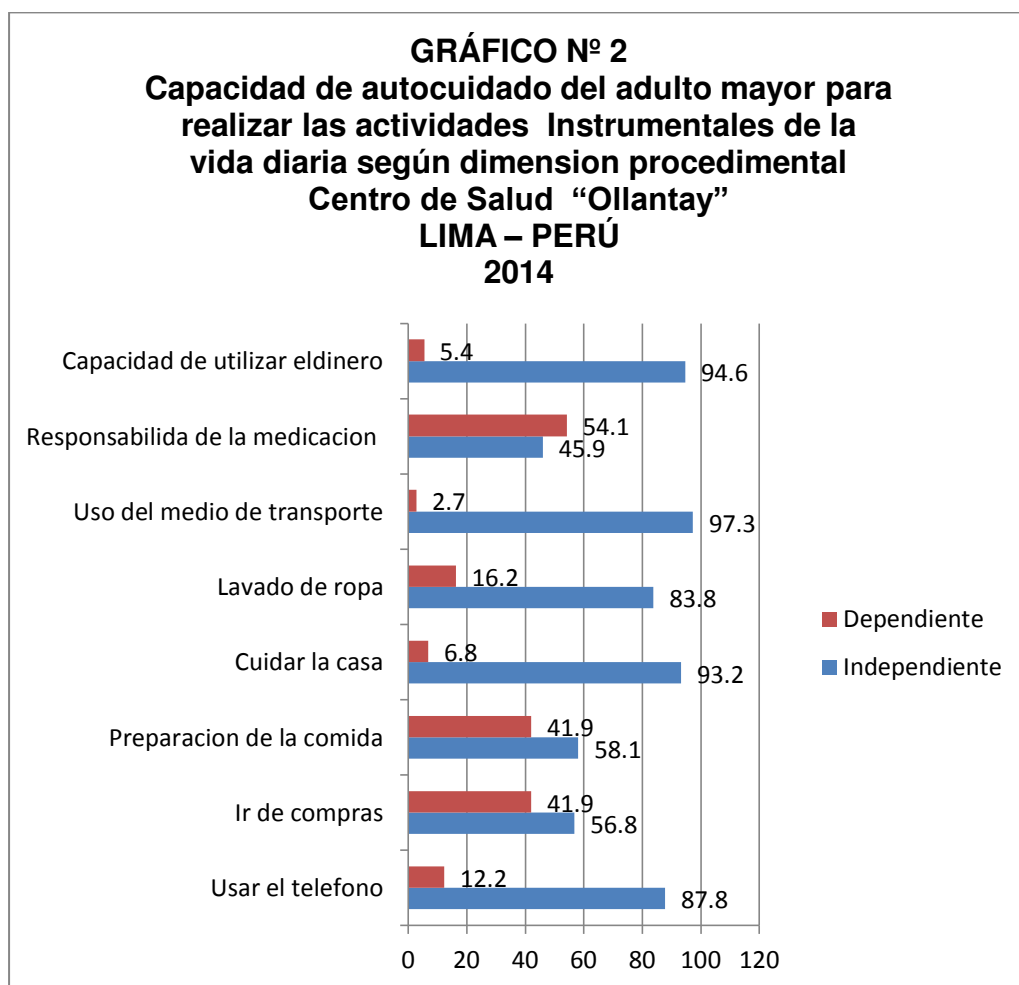
2. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria



En el gráfico N°1 con respecto a la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria se puede observar que del total de adultos mayores encuestados 100% (74), 75,7% (56) dependientes y 24,3% (18) son independientes.

2.2. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria según dimensión procedimental



En el gráfico N°2 respecto a la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria según dimensión instrumental se puede observar que del total de adultos mayores encuestados 100% (74), 94,6 (70) % independientes para utilizar el dinero, 54,1% (40) son dependientes en su medicación 97,3% (72) independientes para usar medios de transporte ; 83,8% (62) restantes independientes para lavar la ropa ; 93,2% (69) son independientes para cuidar la casa ; 58,1 % (43) independientes para

preparar la comida ; 56. 8% (42) son independientes para ir de compras y el 87,8% (65) independientes para usar el teléfono.

2.3. Dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

TABLA N°1
Dimensión Cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
Centro de Salud “Ollantay”

ESTADO COGNITIVO	Nº	%
Normal	20	27.0%
Deterioro Cognitivo Leve	44	59.5%
Deterioro Cognitivo Moderado	10	13,5
TOTAL	74	100

En la tabla N°1 respecto a la Dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, del total de adultos mayores encuestados 100% (74), 27.0% (20) tienen estado cognitivo normal, 59.5% (44) deterioro cognitivo leve, 13,5% (10) deterioro cognitivo moderado.

B. DISCUSION

La evaluación de la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria es considerado el conjunto de acciones que ellos refieren realizar por sí mismo, el cual le permite de una forma dinámica, desarrollarse independientemente en su comunidad; siendo el deterioro de las habilidades para realizar las actividades la única manifestación de una enfermedad subyacente, además es uno de los principales determinantes de la calidad de vida.

Los factores externos determinantes de la capacidad de autocuidado son aquellos que no dependen del sujeto sino de la cultura y política donde él vive. Dentro de ellos el género es un factor externo que determina las practicas de la capacidad de autocuidado, el cual en nuestra sociedad es motivo de sesgo en las actividades individuales o colectivos como mujer o varón; en este caso las actividades de la vida diaria donde se incluyen capacidad para preparar la comida, lavar la ropa, ir de compras son aceptados como actividades hechas netamente por el sexo femenino.

Durante el proceso de envejecimiento se van deteriorando las diferentes funciones de los órganos; en los sentidos disminuye la agudeza visual y auditivo, en el sistema osteomuscular disminuye la masa muscular y mayor fragilidad de los huesos y mayor propensión a inflamaciones crónicas de las articulaciones todo ello dificulta las coordinaciones motoras y estabilidad del cuerpo durante los movimientos; el sistema nervioso disminuyen la masa neuronal que pone en riesgo al deterioro en las capacidades cognitivas del juicio, pensamiento y memoria. (9)

En el presente trabajo de investigación respecto a la capacidad de autocuidado de los adultos mayores, se encontró una

prevalencia de 75,7% (56) de dependencia (ver gráfico N°1). Estos resultados difieren a los valores encontrados por Varela (2006) (12) quien encontró que los adultos mayores presentan una proporción de niveles de independencia en actividades básicas de la vida diaria de un 56%.

Por lo expuesto podemos deducir que la mayoría de los adultos mayores son dependientes en su capacidad de autocuidado, por lo cual estaría afectada la calidad de vida y posible deterioro de la salud, ya que el deterioro de la capacidad de autocuidado es común en el adulto mayor donde existen causas potenciales que contribuyen a la fragilidad relacionados con su edad como es el deterioro fisiológico natural del organismo, factores sociales y/o enfermedades ; más de 50% de de los adultos mayores de 85 años necesitan ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria. (23)

En relación a la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales según dimensión procedimental, se encontró que las capacidades para ir de compras y preparar la comida y responsabilidad de la medicación son las áreas más comprometidas con el 43,2%, 41,9% y 54,1% de dependencia respectivamente **(Ver anexo J)**.

Las actividades más complejas, según Katz, se comprometen de manera temprana y cuando se recuperan se realizan inicialmente a través de las más simples. Todo ello está relacionado al deterioro de las funciones de los órganos ya que las actividades más complejas como preparar la comida e ir de compras necesitan de equilibrio, coordinación y uso de los sentidos como la visión para su realización.

Una cuestión de gran interés, tanto teórico como aplicado, es la relación entre el deterioro de los procesos cognitivos y la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Durante el proceso de envejecimiento se producen dos fenómenos aparentemente contradictorias. Por un lado, los mayores son más lentos que los jóvenes en la realización de las tareas que exigen rapidez de respuesta y obtienen una peor puntuación en pruebas estandarizadas de memoria episódica. Pero, por otro lado, aumenta el conocimiento y la experiencia, lo que les permite enfrentarse con éxito a muchos problemas cotidianos. Esta aparente contradicción entre el aumento del conocimiento simultáneo al declive en la capacidad de procesamiento es de gran importancia para comprender el funcionamiento de las personas mayores en situaciones complejas de la vida diaria. En situaciones de laboratorio es fácil de mostrar las pérdidas cognitivas cuando hay que realizar tareas novedosas en las que las vivencias previas y el conocimiento almacenado no son de utilidad. Sin embargo, en la vida cotidiana cuando los mayores realizan tareas complicadas, pero familiares, su rendimiento mejora debido a sus vivencias y conocimientos previos les sirve de apoyo. De ahí que en muchas ocasiones los efectos del declive de la capacidad de procesamiento no resulten evidentes.

Hay una relación directa entre el envejecimiento cognitivo y la capacidad para resolver problemas cotidianos, de tal manera que si los mayores tienen problemas de memoria episódica, dificultades para mantener la atención de manera focalizada y/o sostenida, para planificar una acción compleja, para mantener simultáneamente dos actividades en su memoria de trabajo, entonces sus efectos sobre la conducta cotidiana serán paralelos al déficit cognitivo. Es decir se olvidarán de tomar la medicación o la tomarán erróneamente,

dificultad en la entregar y recibir el vuelto del dinero al hacer las compras. El supuesto que subyace a esta propuesta es que en la realización de cualquier actividad instrumental de la vida diaria están implicados múltiples procesos.

En relación la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, tienen un nivel de deterioro cognitivo leve 59,5% (**Ver tabla N°1**) que influye en la dependencia del adulto mayor para realizar las AIVD 75,7% (Ver gráfico 1). Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común. El disturbo de la memoria causa alteración significativa en el funcionamiento social o laboral pues ella es esencial para todos los aspectos de la vida diaria y su anormalidad afecta el aprendizaje y el recuerdo (24) . Estos resultados se asemejan a lo que encontró De Gaspar Pinilla (2008) (13) quien concluye que hay una aproximación de relación entre el envejecimiento cognitivo y la capacidad para resolver problemas cotidianos propone la existencia de una relación directa entre ambos aspectos, y que en la realización cualquier tarea cotidiana están implicados múltiples procesos cognitivos. Por tanto las tareas cotidianas serán cognitivamente complejas en la medida en que una actividad implica mayor número de procedimientos, y a medida que los procesos cognitivos se van deteriorando los adultos mayores experimentaran una mayor dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria y limita su funcionalidad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Después de realizar la discusión de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria predomina la dependencia.
2. en la dimensión procedimental la capacidad de autocuidado del adulto mayor es dependiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria siendo las más afectadas: ir de compras, preparar la comida y responsabilidad de la medicación.
3. En la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, el que prevalece es el nivel de deterioro cognitivo leve siendo los más comprometidos: memoria a largo plazo y cálculo matemático simple.

B. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones de correlación de los diferentes factores internos y externos que influyen en la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Realizar trabajos cualitativos en el adulto mayor sobre el significado del deterioro cognitivo en su vida diaria.
- A las enfermeras asistenciales que pertenecen al área de estudio, tomar en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio con la finalidad de mejorar los cuidados del adulto mayor en el primer nivel de atención con participación de la familia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

(1) Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [citado 2014 Mayo 10] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

(2) Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. Publicado por Minsal – 2014 – Chile. Disponible en [citado 2014 Mayo 10] [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03 14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03%2014.pdf)

(3) (15) MILLÁN MÉNDEZ ISRAEL E.. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Mayo 28] ; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es

(4) Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Publicado por el Instituto Nacional de estadísticas e Informática (INEI). Marzo 2013. Disponible en [citado 2014 Mayo 18] (<http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=16034.pdf>)

(5) (18) RIBERA J. Conceptos Esenciales del Envejecimiento. Rev. Medicine, 8: (108), 2003.

(6)(20) Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores Publicado por el Ministerio de Salud (MINSA).. 2006

(7) (9) TOBON CORREA, OFELIA; GARCÍA OSPINA, CONSUELO. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Edit. Universidad de Caldas. Colombia - 2004

(8) Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. Publicado por Minsa. Disponible en la página Web: [citado 2014 Junio 04]

http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf

(9) CAMINO SALAZAR, MARÍA DEL PILAR. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores Centro de Salud Tablada de Lurín. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM 2011.

(10) ROMERO QUIQUIA, KAREN STEPHANIE. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM – Lima- Perú 2011.

(11) MANRIQUE HUANACO, DINA. Nivel de Conocimiento y Actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos. Centro de Salud “San Luis”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM 2010.

(12) VARELA PINEDO, LUIS; CHAVEZ JIMENO, HELVER. Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Perú – 2006.

(13) GASPAR PINILLA, JULIO ; LABRA PEREZ, JOSÉ. “Envejecimiento Cognitivo y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria – España - 2008”

(14) Lara JAQUE, ROXANA; MARDONES HERNÁNDEZ, MARÍA. Perfil Sociodemográfico de salud y funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán. 2009; Vol. 18 (2): 81 – 89.

(17) ALBA, ROSA FERNÁNDEZ; FRED GUSTAVO MANRIQUE. Agencia de Autocuidado y Factores Básicos Condicionantes en Adultos Mayores. Open JournalSystems (Revista en internet). Agosto 2010 (Citado 19/06/2014). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>

(18) ARANEDA PAGLIOTTI, GLORIA; ISLA LUND XIMENA; JIMÉNEZ ORELLANA. Capacidad de autocuidado del adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín Chillan – Chile – 2000

(19) LUCERO KAMEYAMA, FERNÁNDEZ. Valoración geriátrica integral. Rev. El residente. Vol. V Numero 2-2010: 55-65.

(20) GuiaClinica de ValoracionGeronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Publicado por el Gobierno Federal Estados Unidos Mexicanos - 2011. Disponible en la página web:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GRR_valoracixn_geronto_geriatrica.pdf

(21) BOGGIO JUAREZ, MANUEL. Las practicas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor. Venezuela 2010

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2296/3/Las-practicas-de-autocuidado-y-actividades-de-la-vida-diaria-en-el-adulto-mayor>

(22) LUZ ESPITIA CRUZ. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Colombia-2012

(23) Kasper. En: Morales GJ, García NJ. Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 2004, pp. 19-27.

(24) Allegri RF. Del Olvido a la Amnesia. Memoria y Olvido. Buenos Aires, Argentina; 1994

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO

- A. Operacionalización de la variable
- B. Cálculo de la muestra
- C. Instrumento
- D. Consentimiento informado
- E. Rango de edades según sexo de los adultos mayores
Usuarios del Centro de Salud “ollantay” Lima - Perú
2014
- F. Grado de instrucción de los adultos mayores
Usuarios del Centro de Salud “Ollantay” Lima- Perú 2014
- G. Situación familiar de los adultos mayores usuarios del
Centro de Salud “Ollantay” Lima-Perú 2014
- H. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar
las actividades instrumentales de la vida diaria según sexo
del centro de salud “Ollantay” 2014
- I. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar
las actividades instrumentales de la vida diaria según edad
Centro de Salud “Ollantay” 2014
- J. Áreas críticas de la capacidad de autocuidado del adulto
mayor para realizar las actividades instrumentales de la
vida diaria. Centro de salud “ollantay” 2014
- K. Tabla de códigos
- L. Matriz de Consistencia del instrumento

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional de la variable	Valor final
Capacidad de autocuidado del adulto mayor para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria.	Son las actividades que desarrolla el adulto mayor durante la interacción con el medio para mantener su independencia	Procedimental	<ol style="list-style-type: none">1. Usar el teléfono.2. Ir de compras.3. Preparar la comida.4. Realizar tareas del hogar.5. Lavar la ropa.6. Utilizar transportes.7. Controlar la medicación. Manejar el dinero.	Es el conjunto de acciones instrumentales que el adulto mayor refiere realizar por sí mismo. Esto será medido por un instrumento modificado de Lawton y Brody "Actividades	Independiente Dependiente

	dentro de su comunidad y contribuir con su adecuada calidad de vida	Cognitivo	Memoria a corto y largo plazo Capacidad de calculo Orientación (tiempo espacio y persona)	Instrumentales de la Vida Diaria” y que será medido por independiente y dependiente.	
--	---	-----------	---	--	--

ANEXO B

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la fórmula estadística de proporciones para población finita.

$$n = \frac{Z^2 \alpha \cdot p(1 - p)N}{(N - 1)E^2 + Z^2 \alpha \cdot p(1 - p)}$$

N= Población de un mes (140)

Z²α = Nivel de confianza 95%

p= Proporción (0.5)

1-p = Proporción (0.5)

E² = error de estimación 10%

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(140)}{(139)(0.1)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = 57$$

El tamaño de la muestra será de 57 usuarios adultos mayores.

ANEXO C
INSTRUMENTO

- **Introducción**

Buenos días señor (a), soy estudiante de Enfermería del 5to año de la UNMSM, me encuentro realizando un estudio de investigación sobre la Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria , por lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente los enunciados que se presentan a continuación.

La información proporcionada permitirá incrementar el conocimiento sobre el problema de estudio y así poder incentivar la mejora del programa del adulto mayor.

De antemano agradezco su comprensión y colaboración.

- **DATOS GENERALES:**

Edad (años cumplidos):

Género: 1. femenino 2. Masculino

Estado civil:

a. Casado b. Soltero c. Viudo d. Divorciado

Ocupación:

a. Empleado b. Desempleado c. Independiente d. Jubilado

Grado de instrucción:

a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Universitaria e. Técnica

Vive con:

- a. Solo
- b. Pareja
- c. Hijos
- d. Otros

Cuidador:

- a. Conyugue
- b. Hijos
- c. Otro familiar
- d. Otro

- **CONTENIDO**

A continuación, se le realizara unas preguntas, a las que Ud. debe contestar (Escala de Pfeiffer)

- Que día es hoy? (día, mes y ano) -----
- Que día de la semana es hoy? -----
- Donde estamos ahora (lugar)? -----
- Cuál es la dirección de su casa? -----
- Cuántos años tiene? -----
- En que día, mes y año nació? -----
- Como se llama el Presidente del Perú? -----
- Como se llamaba el anterior Presidente del Perú? -----
- Como se llamaba (o se llama) su mama? -----
- Si a 20 le restamos 3 quedan? y si le restamos 3? -----

N°	Preguntas	Puntaje		Observaciones
		0	1	
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO				
1	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc			
2	Marca unos cuantos números bien conocidos			
3	Contesta el teléfono pero no marca			
4	No usa el teléfono			

B. IR DE COMPRAS				
1	Realiza todas las compras necesarias con independencia			
2	Compra con independencia pequeñas cosas			
3	Necesita compañía para realizar cualquier compra			
4	Completamente incapaz de ir de compras			
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
1	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia			
2	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes			
3	Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada			
4	Necesita que se le prepare y sirva la comida			
D. CUIDAR LA CASA				
1	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)			
2	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama			
3	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable			
4	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa			
5	No participa en ninguna tarea doméstica			
E. LAVADO DE ROPA				
1	Realiza completamente el lavado de ropa personal			
2	Lava ropa pequeña			
3	Necesita que otro se ocupe del lavado			
F. MEDIO DE TRANSPORTE				
1	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche			

2	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público			
3	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona			
4	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros			
5	No viaja			
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN				
1	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas			
2	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas			
3	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación			
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO				
1	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos			
2	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc			
3	Incapaz de manejar el dinero			

Gracias

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Capacidad de autocuidado del Adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un Centro de salud de San Juan de Miraflores”. Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como los objetivos, deposito plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación asegurándome la máxima confidencialidad.

FIRMA

ANEXO E

Rango de edades según sexo de los adultos mayores

Usuarios del Centro de Salud "ollantay"

Lima - Perú

2014

SEXO GRUPO DE EIDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-70	35	47.3	4	5.4	39	52,7
71-80	22	29.7	8	10.8	30	40,5
81 +	4	5.4	1	1.4	5	6,8
TOTAL	61	82.4	13	17.6	74	100

ANEXO F

Grado de instrucción de los adultos mayores

Usuarios del Centro de Salud "Ollantay"

Lima- Perú 2014

GRADO DE INSTRUCCION	Nº	%
Sin Instrucción	19	25,7
Primaria	41	55,4
Secundaria	12	16,2
Superior	2	2,7
TOTAL	74	100

ANEXO G

Situación familiar de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud "Ollantay"

Lima-Perú

2014

SITUACION FAMILIAR	Nº	%
Vive con su familia (pareja, hijos, etc)	45	60,8
Vive con su conyugue	22	29,7
Vive solo	7	9,5
TOTAL	74	100

ANEXO H

Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria según

sexo. Centro de Salud "Ollantay"

2014

	FEMENINO		MASCULINO	
	N	%	N	%
Independiente	18	29.5	0	0
Dependiente	43	70.5	13	100
TOTAL	61	100	13	100

ANEXO I

Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria según

edad Centro de Salud "Ollantay"

2014

	EDAD					
	60 a 70 años		71 a 80 años		+ 81 años	
	N	%	N	%	N	%
Independiente	15	38.5	3	10	0	0
Dependiente	24	61.5	27	90	5	100
Total	39	100	30	100	5	100

ANEXO J

Áreas críticas de la capacidad de autocuidado del adulto mayor

para realizar las actividades instrumentales de la

vida diaria según dimensión procedimental

Centro de salud “ollantay”

2014

	Ir de compras		Preparar la comida		Responsabilidad de medicación	
	N	%	N	%	N	%
Independiente	42	56.8	43	58.1	34	45.9
Dependiente	32	43.2	31	41.9	40	54.1
Total	74	100	74	100	74	100

ANEXO K

TABLA DE CÓDIGOS

GRADO	REPRESENTACIÓN	CÓDIGO
Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
Estado Civil	Casado	1
	Soltera	2
	Viudo	3
	Divorciado	4
	Conviviente	5
Grado de instrucción	Ninguno	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Universitaria	4
	Técnica	5
Cuidador	Conyugue	1
	Hijos	2
	Otro Familiar	3
	Ninguno	4

21	68	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	73	1	3	2	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1
23	70	1	2	5	1	2	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
24	70	1	3	5	1	5	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
25	84	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
26	68	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	76	1	1	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
28	68	1	1	5	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
29	63	1	1	5	3	5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
30	75	1	3	2	1	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
31	85	1	3	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0
32	75	1	3	5	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	69	1	5	2	2	1,4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
34	66	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
35	63	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
36	65	1	5	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
37	80	1	3	2	1	5	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1
38	65	1	3	5	1	2	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
39	62	1	2	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
40	70	1	1	5	3	1,2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
41	64	1	1	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1
42	62	1	3	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
43	76	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
44	64	1	3	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
45	74	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1

70	68	2	1	2	3	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
71	67	1	5	5	3	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
72	78	1	5	5	2	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
73	81	2	3	2	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1
74	70	1	1	5	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1