



INSTITUTO MARILLAC A.C

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA

INCORPORADO A LA UNAM

CLAVE 3033-12

***NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ESTÁN
AFILIADOS A LA CLÍNICA ABC AMISTAD DEL CENTRO MÉDICO ABC,
CAMPUS SANTA FE Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO.***

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA

PRESENTAN:

LÓPEZ MARTÍNEZ CLAUDIA NAYELI

RAMÍREZ GARCÍA FÁTIMA

ASESOR METODOLÓGICO

DR. IGNACIO CANCINO QUIRÓZ

MÉXICO DISTRITO FEDERAL, MARZO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LIC. MARÍA LUISA ZARÁTE MENDOZA

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC A.C

LIC. MARIA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TECNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC A.C.

M.C IGNACIO CANCINO QUIROZ

ASESOR TESIS

LIC.DELIA ESPINOSA RIOJA

PROFESOR (A)
DEL INSTITUTO MARILLAC

Enfermer@ Dios te puso en este mundo

para aliviar el dolor del que sufre.

No demuestras fatiga ni cansancio

cuando estas abocad@ a tu noble misión.

Fuiste cread@ para ser bálsamo

que cura heridas.

En las noches caminas como un ángel

vestid@ de blanco cuidando el sueño de tus pacientes.

Ríes y sonríes aunque tu corazón lllore por dentro.

Muchas veces sientes que tu tarea fue inútil

por el fracaso de un tratamiento.

Estás presente en el inicio y en el fin de la vida.

A ti abnegad@ enfermer@ están dirigidas estas frases

tú mereces más de lo que la vida te entrega

no olvides que Dios te tiene preparado un lugar lleno de paz

en compensación de tu noble labor.

Anónimo

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirnos haber llegado a este momento tan importante en nuestra formación personal y profesional, por habernos acompañado y guiado por el camino correcto a lo largo de nuestra vida, por cada uno de los aprendizajes y experiencias que nos hicieron más fuertes y mejores seres humanos pero sobre todo por la felicidad que habita en nuestros corazones.

A NUESTROS PADRES

Por ser nuestro ejemplo a seguir, por cada uno de los valores que nos inculcaron a lo largo de nuestra vida y que hoy se ven reflejados en este gran logro, porque sin escatimar esfuerzo alguno pudieron darnos una educación de calidad, por cada palabra de aliento que nos motivaron a darlo todo, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad, por cada noche de desvelo y preocupación que ni con las más grandes riquezas del mundo podremos pagarles todo lo que han hecho por nosotros.

A NUESTRA UNIVERSIDAD

Por darnos cobijo para recibir la mejor formación profesional, por convertirse en nuestro segundo hogar a lo largo de 5 años de formación y porque ahora con mucho orgullo podemos decir que somos egresados del Instituto Marillac A.C.

AL DR. IGNACIO CANCINO QUIRÓZ

Este reconocimiento es por ser un excelente profesor y asesor, que compartió sus conocimientos para que esta presente Tesis fuera todo un éxito, pero muy en especial reconocemos su paciencia y por demostrarnos que con dedicación, perseverancia y amor a lo que se está haciendo se obtienen resultados beneficiosos.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- ANTECEDENTES	3
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.1 Pregunta de Investigación	9
3.2 Objetivo general	9
3.3 Objetivos específicos	9
4.- JUSTIFICACIÓN	10
5.- MARCO TEÓRICO	11
A) ENVEJECIMIENTO	
5.1 ¿Qué es el envejecimiento?	11
5.1.1 Características del envejecimiento	12
5.2 Demografía del envejecimiento	12
5.3 Teorías del envejecimiento	14
5.3.1 Presentación de las diversas teorías del envejecimiento	15
5.4 Proceso de envejecimiento	17
5.4.1 Clasificación funcional del adulto mayor	17
5.4.2 Cambios Biológicos relacionados con la edad	18
5.4.3 Cambios sociales y psicológicos relacionados con edad	26
B) AUTOCUIDADO	28
5.5 ¿Qué es el Autocuidado?	28
5.6 Teoría de Dorothea Oren (Déficit del autocuidado)	28
5.6.1 Conceptos del Metaparadigma de Orem	29
5.6.2 Principales conceptos de la Teoría de Déficit de Autocuidado	29
5.7 Promoción y autocuidado en la salud del adulto mayor	31
5.8 Importancia del Autocuidado en la salud del Adulto Mayor	31
5.9 El autocuidado y su relación con la satisfacción de las necesidades básicas	32
5.10 Actividades de la vida diaria	33
6.- HIPOTESIS	46

7.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
7.1 Diseño de la investigación	47
7.2 Universo de trabajo	47
7.3 Procedimiento para obtener la muestra	47
7.4 Control	47
7.5 Especificación de las variables	48
7.6 Definición operacional	49
7.7 Muestreo y tamaño de la muestra	50
7.8 Técnica de control para la diferencia de los sujetos y las situaciones	50
7.9 Ámbito geográfico en el que se desarrolla la investigación	50
7.10 Recursos humanos	50
7.11 Recursos materiales	50
7.12 Financiamiento del proyecto	50
7.13 Límite de tiempo de la investigación	51
7.14 Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.	51
8.- RESULTADOS	52
9.- DISCUSIÓN	52
10.- CONCLUSIÓN	78
11.- SUGERENCIAS	80
12.- ANEXOS	85
Consentimiento informado	
Cuestionario de Nivel de Autocuidado	
13.- BIBLIOGRAFÍA	88

INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto de investigación se lleva a cabo dentro de la Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC Campus Santa Fe cuyo objetivo es contribuir al fomento de la salud de las comunidades aledañas, identificando a la población de adultos mayores como la más vulnerable y por lo que se busca implementar programas preventivos y específicos, enfocados a eliminar conductas de riesgo para su salud.

Actualmente la estructura de la población mundial está cambiando; el número de personas de 60 años o más aumenta en relación a la población total; según la Organización mundial de la salud (OMS) considera anciano a toda persona mayor de 65 años para países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. o sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años. Organización Mundial de la Salud.¹

México cuenta con un número significativo de personas de la tercera edad; actualmente existen 605 millones de adultos mayores representando el 20% a nivel mundial. Estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojan que para el 2025 el número de personas de 60 años y más, superará en todo el planeta los 1200 millones. Esto es consecuencia de la prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas así mismo la mejora en la calidad de vida, el avance de la globalización y el bajo índice de natalidad.²

La esperanza de vida actual se sitúa en un valor de 74.5 años. El diferencial por sexo de la esperanza de vida implica ya un número mayor de mujeres en edades avanzadas respecto al volumen de hombres, situaciones que contribuyen al reto de constituirmos en una población con una estructura y composición heterogéneas y con tendencia al envejecimiento. La tasa de crecimiento media anual de la población de 60 años o más es actualmente de 9.5 por ciento. Valor que implican que por cada 3.4 jóvenes hay una persona adulta mayor. Hacia el año 2030 esta relación será de dos a uno, y se prevé que hacia el 2050 la brecha en la estructura demográfica se cierre. En consecuencia los porcentajes de ambos grupos serán similares y su relación será prácticamente de uno a uno.³

Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, en los países desarrollados la sociedad comienza a plantearse problemas sanitarios y sociales que hace poco tiempo eran escasamente considerados. El adulto mayor es el grupo de población que padece mayor número de enfermedades, con evolución más lenta, que sé cronifican con mayor facilidad y en muchos casos dejan secuelas. Los factores socioeconómicos y psíquicos de estas personas también

adquieren mayor protagonismo en la vejez, aumentando por todo ello la demanda de servicios de salud.⁴

Ante estas circunstancias diversos autores plantean que la mejor contribución del individuo para superar los cambios que conllevan el proceso de envejecimiento es el autocuidado. Como afirma Orem “el autocuidado, es una conducta dirigida por las personas sobre sí mismas, como el medio que fomenta al máximo el que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar, satisfaciendo sus necesidades básicas”.

En este sentido, se señala al equipo de salud, principalmente al profesional de enfermería; ya juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje, mediante la divulgación de las prácticas de autocuidado que están implícitas por las actividades de la vida diaria en el adulto mayor para mantener el autocuidado y que vienen dadas por las tareas que este realiza diariamente para cambiar sus requerimientos básicos que le permitan el diario vivir, además de las funciones de autoatención en los problemas de salud, entre estas actividades básicas se pueden citar: la alimentación, eliminación, descanso y sueño, vestirse, peinarse, afeitarse, actividad física, realizar su higiene personal, medicación, actividades recreativas, control de salud, entre otras.

Por lo anterior descrito, el propósito de esta investigación es: **¿Cuál es el nivel de autocuidado que poseen los adultos mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC Santa Fe y su relación con el género?**

ANTECEDENTES

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.⁵

Teniendo en cuenta la importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, es importante conocer algunos orígenes de la noción y la evolución de las diferentes prácticas de cuidado, con este fin distinguir las razones que han precedido estas prácticas, diferenciar los aspectos culturales que han condicionado y proporcionado la función de cuidar de acuerdo con el sexo e identificar las rupturas y los comportamientos y los fenómenos de apropiación de algunas de estas prácticas dentro de la cultura.

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos. Es así como los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción mesurada de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor.

Como puede observarse esta cultura comienza a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Para comprender mejor esta influencia es necesario introducir los conceptos que la lengua inglesa desarrolló con relación a la noción de cuidado. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre –care– a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación –cure– a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida.

Entrando al campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes: 1) la medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud y 2) con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos.

Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad.

Las prácticas de autocuidado y su relación con la cultura

El papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas.

En la relación autocuidado-cultura, se pueden distinguir tres premisas importantes: 1) los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, 2) la existencia de las paradojas comportamentales y 3) la socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo. Para ilustrar las dos primeras se tomarán como base los planteamientos de De Roux G.⁶

1. Los comportamientos están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos.

2. Las paradojas comportamentales descritas por De Roux G es otro aspecto importante para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado.⁶ Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general que se aleja en el momento de actuar. La vida cotidiana muestra mayor motivación de la gente hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando se sienten enfermas.

3. La división sexual en el trabajo, y la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, hizo surgir asignaciones y formas diversas de cuidar a lo largo del ciclo vital humano. Es así como los cuidados que tuvieron que ver con el mantenimiento del orden público o la aplicación de la fuerza física (reducción de fracturas, dominio de personas en estado de locura, así como la caza, la pesca y la guerra) fueron asignados a los hombres; alrededor de todo lo que da vida, es fecundable y que da a luz, se construyeron los cuidados que revierten en las mujeres: los cuidados de la vida diaria principalmente los relacionados con los alimentos, el cuidado del cuerpo y todos aquellos necesarios para proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano. De aquí surge el rol de cuidadora de la mujer, como figura simbólica del eterno femenino, en tanto se cree que garantizar estos cuidados por parte de ella es algo que surge de la naturaleza femenina.⁶

Esta socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo, marca profundamente a hombres y mujeres en su futura actitud respecto a cuidar su cuerpo y su salud, en tanto se forman patrones y hábitos que generan determinados comportamientos. Por ejemplo, en el hombre se ha impedido la expresión de afectos, lo cual genera en ellos manifestaciones violentas, conductas dominantes y autocráticas. En la mujer, el rol de cuidadora de otros labró el modelo femenino de ser para otros versus ser para sí; el cual ha generado en la mujer bajos niveles de autoconcepto, autonomía y autoestima, influyendo significativamente en la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud. En este sentido la cultura ha ido dejando huella mediante una serie de consecuencias nocivas para la asunción del autocuidado por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud.

De acuerdo con este recorrido histórico, los resultados hasta ahora vistos en la promoción de la salud, en lo que toca al autocuidado, muestran la necesidad de repensar los énfasis, el enfoque y las direccionalidades dadas por el sistema de

salud a la promoción del autocuidado y retomar aspectos importantes que permitan la promoción de un autocuidado con rostro humano.

Al realizar la revisión de antecedentes encontramos algunos estudios realizados, los cuales fueron hechos en el país, así como en el extranjero. Así tenemos que:

-Millán, Israel, en Cuba, realizó un llamado “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”. De un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un instrumento diseñado al efecto para medir su autocuidado. Los resultados arrojaron que 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% tiene déficit parcial y 5.64% 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 son independientes para realizar 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, los adultos mayores que perciben algún riesgo para la salud se cuida más que los que se perciben sanos.

-Lau Norma, en Costa Rica, en 2000, realizó un estudio sobre “Significado y Práctica del Autocuidado en personas Adultas Mayores”, cuyo objetivo fue determinar la potencialidad de la autonomía y autorresponsabilidad de las personas adultas mayores para tener una vida digna, plena y saludable. El estudio fue de tipo cualitativo, método fenomenológico y como teoría de análisis del interaccionismo simbólico. Los participantes de estudio fueron 8 adultos mayores. La técnica fue la observación y entrevista. Las conclusiones entre otras fueron:

Existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen en cuanto al autocuidado. Las prácticas en la mayoría de los participantes responden a la satisfacción de necesidades básicas biopsicosocial productiva, cultural, espiritual y sanitaria⁷.

-Martínez, María y cols., en Toluca-México, en 2007 realizaron un estudio sobre “Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México”, cuyo objetivo fue identificar prácticas de autocuidado en la menopausia. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y exploratorio. La muestra fue probabilística aleatorio simple, con 354 mujeres. La técnica fue la entrevista y el instrumento utilizado un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron.

Se observó déficit de autocuidado, principalmente en hábitos alimentarios, apreciándose sobrepeso y obesidad (27%); el ruido es el factor que interfiere con el sueño, el promedio de sueño fueron 5 a 7 horas, 40% no realiza ejercicio; 17% no realiza detección de cáncer cérvico uterino⁸.

-Restrepo, Sandra y cols., en Caldas-Colombia, en 2006 realizaron un estudio sobre “Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud”, cuyo objetivo fue indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multietápico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional. Las conclusiones entre otras fueron:

Se identificó en la alimentación de los adultos mayores, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa⁹.

-Rojas, Angélica, en Lima Perú, en 2003, realizó un estudio sobre “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del AAHH Cerro El Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho”, cuyo objetivo fue identificar y describir las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica y psicosocial. El estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estudio conformada por 60 mujeres que se encontraba en la edad de estudio. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue un formulario estructurado. Las conclusiones entre otras fueron:

Las mujeres premenopáusicas de este grupo poblacional realizan mayormente prácticas de autocuidado no saludables, destacando en la dimensión biológica el aspecto nutricional y en la dimensión psicosocial la cognoscitiva.¹⁰

-Villamil, Olga y cols, en Bogotá-Colombia, en 2005, realizaron un estudio sobre “Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de chapinero”, cuyo objetivo fue describir las características del autocuidado, tiempo libre y trabajo del Adulto Mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo. La población estuvo compuesta por 12 adultos mayores institucionalizados en el Ancianato su Tercer Hogar y 6 adultos mayores del barrio Juan XXIII. La técnica fue la entrevista semiestructurada y el instrumento utilizado una encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:

Los componentes de autocuidado de la salud se relacionan con las creencias, y la cultura, y una cosa son los conocimientos que tienen frente al autocuidado de la

salud y el interés que muestran por el tema y otra, las prácticas, porque aunque el 100% de la población encuestada considera que es necesario cuidar de su salud, e ir al médico para hacerlo, el mayor porcentaje de la población tiene hábitos de fumar y consumir licor, así el 94% de la población fuma y el 83% toma ¹¹.

-Zamarrón, Miguel y cols. En Madrid-España, en 1999 realizaron un estudio sobre la “Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes”, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo. La muestra estuvo conformada por 507 adultos mayores que vivían en sus domicilios y 507 adultos mayores que vivían en residencias. La técnica fue la entrevista y el instrumento utilizado fue un formulario estructurado. Las conclusiones entre otras fueron:

No existe un modelo explicativo universal de la satisfacción de los mayores, pero se evidencia un patrón general en que la salud, el nivel de actividad y las relaciones sociales determinan la satisfacción con la vida en la vejez¹².

-Balcázar, Gabriela y cols. En Minatitlán, Ver. En 2006 realizaron un estudio sobre “Acciones de Autocuidado en el Adulto Mayor”, donde la población fue constituida por Adultos Mayores con una muestra de 60 personas y un muestreo probabilístico aleatorio simple: donde se utilizó es cuestionario “Acciones de Autocuidado en el Adulto Mayor” para la recolección de datos diseñado para tal fin. Las conclusiones entre otras fueron:

En cuanto a la dieta, más de la mitad de la población no la sigue, debido a las necesidades económicas. Respecto a la actividad física, la mayor parte de la muestra realiza ejercicio y actividad física. En relación al dormir y descansar la mayoría no recurre a dichas actividades para conciliar el sueño.¹³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Pregunta de investigación

¿Los adultos mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad, del sexo femenino poseen un diferente nivel de autocuidado en comparación con los del sexo masculino?

3.2 Objetivo general

Demostrar que los adultos mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del sexo femenino poseen un mayor nivel de autocuidado en comparación con los del sexo masculino.

3.3 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las acciones de autocuidado que realizan los adultos mayores a través del diseño de un instrumento de medición del autocuidado.
- ✓ Comparar el nivel de autocuidado que tienen los adultos mayores en relación al género.
- ✓ Diseñar una intervención educativa para fomentar el autocuidado en el adulto mayor.

JUSTIFICACIÓN

La vejez constituye hoy en día uno de los problemas sociales que reclaman la mayor atención. Debido a que plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad. La enfermera debe preocuparse por mantener al anciano en su nivel funcional óptimo, pese al grado de deterioro físico, cognitivo o emocional.

Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud es motivar a las personas para que tengan como meta ser saludables, sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario. En este planteamiento, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dichos objetivos.

Por tal motivo, se considera necesario determinar los conocimientos hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores y de esta forma teniendo un escenario concreto, se puedan implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autovalente lo más posible, logrando así un envejecimiento activo y saludable.

Cabe resaltar, que prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del adulto mayor en la que no intervenga el profesional de enfermería, por ser una profesión encargada del cuidado, las enfermeras deben desarrollar una filosofía que sea contraria a los puntos de vista negativos que se mantienen hacia la vejez. Esta filosofía debe reforzar una visión del envejecimiento orientada a la madurez en lugar de reforzar la tendencia actual de considerar la vejez un declive, un proceso de degeneración que conduce a la incompetencia, a un auto concepto negativo y a una baja autoestima.

Por consiguiente, el estudio será una herramienta que pueda aportar interesantes resultados para mejorar el que hacer de enfermería y de esta forma tener un mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

A) ENVEJECIMIENTO:

La vida es finita. El envejecimiento es un proceso de deterioro progresivo, intrínseco, natural y universal que afecta a todos los seres vivos con el paso del tiempo. El deterioro de las funciones del cuerpo humano y la muerte son inevitables.

"El envejecimiento parece ser la única manera posible de vivir mucho tiempo".

Daniel-Francois-Esprit Auber (1782-1871), compositor francés.

5.1 ¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continua hasta la muerte. El anciano tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el éxito en la evolución hacia la senescencia.

Las personas envejecen de modo diferente y a distinta velocidad. Puesto que los cambios del envejecimiento se producen a una velocidad desigual en las distintas partes del cuerpo, estos cambios deberían considerarse como puntos de referencia para el cuidado de enfermería y los problemas presentados por el proceso de envejecimiento.

La vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad. La enfermera debe preocuparse por mantener al anciano en su nivel funcional óptimo. El objetivo es el bienestar, pese al grado de deterioro físico, cognitivo o emocional.

Muchos de los miedos a envejecer se deben al modo en que la sociedad percibe la vejez y al miedo a lo inevitable de ese deterioro. Hay muchos miedos respecto a la seguridad y protección, al amor y la pertenencia, y a las amenazas al concepto de sí mismo. Los ancianos, sin embargo, han demostrado su capacidad para adaptarse y sobrevivir. Tienen mayores experiencias vitales, coraje, sabiduría y resistencia, y un espíritu independiente que les ayuda a adaptarse al proceso del envejecimiento.

Las enfermeras deben identificar y resolver los sentimientos personales sobre la vejez, y en especial sobre el propio proceso de envejecimiento. Deben desarrollar una filosofía que sea contraria a los puntos de vista negativos que mantiene hacia la vejez. Esta filosofía debe reforzar una visión del envejecimiento orientada a la madurez en lugar de reforzar la tendencia actual de considerar la vejez como la última mitad de la vida, un declive, un proceso de degeneración que conduce a la incompetencia, a un auto concepto negativo y a una baja autoestima con la muerte como resultado final. Esto es necesario si se pretende ayudar de forma válida a que el anciano se adapte al proceso normal del envejecimiento y a los problemas que puede presentar.

5.1.1 Características del envejecimiento:

- ✓ Universal: Propio de todos los seres vivos.
- ✓ Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- ✓ Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- ✓ Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- ✓ Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.¹⁴

5.2 Demografía del envejecimiento en México:

Hacerse viejo es una experiencia de los últimos años. En el pasado, la gente no envejecía, moría (Gibbs 1988). El aumento de la población anciana es un resultado principal de la mejora en la prevención de la enfermedad y los cuidados de salud de este siglo.

Actualmente la población mayor de 60 años en México supera los 10.9 millones de habitantes, lo que representa más del 9.3 por ciento de la población total, informó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía_2013. (INEGI).

En el caso de México, el INEGI destacó que el envejecimiento de su población se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, al mostrar una inercia que cada vez se hace más notoria.

Lo anterior se puede apreciar luego de que de 1990 a 2012 la proporción de niños y jóvenes en la población se redujo, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasó de 6.2 por ciento a 9.3 por ciento, y se espera que a 2050 llegue a 21.5 por ciento.

De acuerdo con el INEGI, el envejecimiento de la población a nivel mundial comenzó a acentuarse a partir de que la fecundidad ha disminuido. Como resultado de ello a nivel mundial, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 11.5 por ciento de la población tiene una edad de 60 años y más, cifra que se eleva a 22.6 por ciento en las regiones más desarrolladas.

De hecho, proyecciones realizadas por el organismo internacional revelan que para el año 2050 uno de cada cinco habitantes del planeta será mayor de 60 años. Asimismo se estima que para esa fecha los países que cuentan actualmente con altas tasas de fecundidad tendrán la población más joven del mundo, con una edad promedio de 24 años.

Esta realidad ha suscitado preocupación por conocer el grado de bienestar al que tienen o tendrán acceso en el futuro las personas adultas mayores. Para los países desarrollados la inquietud principal es la incapacidad estatal frente a los cambios de su estructura productiva, para financiar políticas y programas dedicados al mantenimiento físico y material de la población adulta mayor.

El diferencial por sexo de la esperanza de vida implica ya un número mayor de mujeres en edades avanzadas respecto al volumen de hombres, situaciones que contribuyen al reto de constituirnos en una población con una estructura y composición heterogéneas y con tendencia al envejecimiento. La tasa de crecimiento media anual de la población de 60 años o más es actualmente es de 9.5 por ciento. Valor que implican que por cada 3.4 jóvenes hay una persona adulta mayor. Hacia el año 2030 esta relación será de dos a uno, y se prevé que hacia el 2050 la brecha en la estructura demográfica se cierre, en consecuencia los porcentajes de ambos grupos serán similares y su relación será prácticamente de uno a uno.³

5.3 Teorías del envejecimiento

A través del tiempo se ha buscado la fuente de la eterna juventud, sin lograrlo hasta la actualidad. Los avances en las investigaciones del genoma humano son una esperanza más para las utopías de pensamiento, la idea de permanecer física y mentalmente estacionando en una edad predeterminada es muy tentadora. Ante esto se enfrenta el ser humano, esto no sería viable en ningún sentido. La inmortalidad no existe y el envejecimiento se presentara. Hay que saberlo enfrentar.

De este planteamiento saldría la pregunta: ¿Cuándo se convierten los seres humanos en viejos?

El envejecimiento es un proceso diferencial, por lo cual la forma más simple de ver a la vejez es el punto cronológico, la edad contada desde el nacimiento, debido a que existe una gran correlación entre la edad y la cronología y el proceso de envejecimiento. La mayor parte de los cambios que se pueden observar se presentan en la mayoría de los individuos de la misma especie. De aquí que la OMS (Organización Mundial de la Salud) en forma convencional adopto el termino de **viejo** como : “Toda persona de 60 años de edad y más” ; existen también otros términos como anciano , senecto, carcamal , vetusto , provento , gerantropo , que podrían significar lo mismo , de acuerdo con los diferentes diccionarios de la lengua española. Por otro lado, existe la posibilidad de ver a l envejecimiento desde el punto de vista biológico, que correspondería al proceso biológico de desarrollo del ser humano, el cual se produce a varios niveles: molecular, tisular, orgánico y sistémico, proceso que se divide en estructural y funcional. El proceso puede verse desde el punto de vista psicológico, debido a que existen diferencias entre los jóvenes y los viejos. En la esfera cognitiva, la capacidad de aprender, pensar y la capacidad psicoafectiva se ven alteradas con efectos en la personalidad.

Desde el punto de vista social, el anciano debe cambiar su papel considerado normal en la evolución del ser humano con sus diferentes pasos, como niño, adolescente, joven, adulto productivo, y en el otro lado como hijo, padre y abuelo. En los últimos años el ser humano ha pasado a una cuarta fase, la de bisabuelo que con anterioridad no se presentaba por las bajas esperanzas de vida, mismas que ahora se han incrementado y las cuatro generaciones conviven en un mismo tiempo, ellos se suma a los problemas de dependencia que pueden estar presentes y que modifican la visión del abuelo conocedor, sabio y responsable, por la de viejo que requiere ayuda y apoyo para efectuar sus actividades de la vida diaria.

5.3.1 Presentación de las diversas teorías del envejecimiento:

Se han propuesto un sin número de teorías para tratar de explicar la naturaleza del envejecimiento. Las teorías van desde la teoría simple del desgaste o deterioro hasta la teoría del Erros Catastrófico, debido a la naturaleza multicausal del envejecimiento del cual hay que tener en cuenta dos aspectos:

1.- El proceso de envejecimiento involucra muchos genes más de 100; así mismo, hay gran cantidad de mutaciones que se ven.

2.- El proceso de envejecimiento se observa a todos los niveles (molécula, celular, orgánico y sistémico)

Teorías estocásticas:

El genoma es el principal protagonista y se incluyen fenómenos ambientales que involucran al entorno celular como responsables de la homeostasis celular.

a) Teoría genética: Se explican 3 teorías.

1.- Teoría de la regulación genética: Es el equilibrio entre las fases de la reproducción y desarrollo de la célula. Durante la fase de reproducción la célula es menos apta para defenderse de efectos adversos.

2.- Teoría de la diferenciación terminar: aquí se expresan modificaciones en la expresión genética.

3.- Teoría de la inestabilidad del genoma: Pueden producirse modificaciones a nivel de DNA como afectar a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas originadas por diferentes factores.

b) Teoría de la mutación somática: Esta teoría fue propuesta por Sszilard en 1959, según ella el envejecimiento se produce como resultado de la acumulación de mutaciones en el DNA nuclear de las células somáticas. Comfort, en 1979, refirió que la lesión en el DNA sería de modo fundamental a nivel mitocondrial.

c) Teoría de los radicales libres: Denman Harman, 1956, postula que los daños al azar son producidos por radicales libres los cuales se relacionan con el ambiente. Los radicales libres reactivos formados dentro de la célula pueden oxidar biomolecular y conducir a muerte celular, así como a daño tisular. Las reacciones oxidan sobre todo a las lipoproteínas de membrana debido a que son más. El autor pretendía explicar el origen de la vida y su evolución y el aumento de la longevidad de las especies.

d) Teorías Erros Catástrofe: Orgel la propuso en 1970, donde explicaba que la síntesis de proteínas contenía errores; al tener proteínas mal formadas, en el siguiente paso duplicador se tendrían más errores y así sucesivamente hasta que se tiene una catástrofe en la homeostasis celular.

e) Teoría de la acumulación de productos de desecho: Sheldrake en 1974, dijo que la acumulación de sustancia o desecho celular se produce por alteraciones metabólicas, como ejemplo mencionó a la lipofuscina.

f) Teoría inmunológica: La involución del timo es responsable de la inmunidad defensiva. Se argumenta que la proliferación de los linfocitos T depende de la interacción de la interleucina2 (IL – 2) con su receptor específico. Las células T en reposo no poseen receptores para IL-2 para la proliferación de las células T, por tanto, se ha hipotetizado que la disminución en la linfoproliferación que se presenta con la edad se debe a una producción disminuida de IL-2, expresión reducida del receptor IL-2 o ambas.

Teorías deterministas:

a) Teoría evolutiva: La senescencia es una adaptación necesaria programada perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos, constituye una característica normal en la vida de los animales superiores y en el ser humano. Por desgracia, la mayor parte de las especies animales no llegan a viejas y mueren por accidentes. Los genes del envejecimiento se instalan cómodamente en espera del tiempo para expresarse.

5.4 Proceso de envejecimiento:

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

Sin duda, los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.

Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema.

La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía.

5.4.1 Clasificación funcional del Adulto Mayor:

Desde el punto de vista funcional podemos clasificar en tres grupos a las personas mayores: autovalente, frágil y postrado o terminal.

✓ **Persona adulta mayor autovalente**, es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse, y controlar la continencia; y, asimismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición

✓ **Persona adulta mayor frágil**, es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

✓ **Persona adulta mayor dependiente o postrada**, se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3 y el 5% de los que viven en la comunidad tienen esta condición.

5.4.2 Cambios biológicos relacionados con la edad:

Visión:

- ✓ Disminuye el tamaño de la pupila.
- ✓ Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- ✓ Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.
- ✓ La glándula lagrimal se atrofia, se modifica la secreción de la lagrime en su cantidad, por tanto, la película pre corneal, esto favorece el ojo seco y el ardor que muchos ancianos sienten en el ojo.
- ✓ La esclera presenta placas hialinas y en la córnea pueden producirse depósitos lipídicos extracelulares, lo cual puede dar lugar a astigmatismo inversos.
- ✓ La pupila tiende a ser más chica, debido a la laxitud del músculo iris, esto provoca la lentitud en la adaptación a la oscuridad, como primer dato de envejecimiento.
- ✓ El cristalino pierde elasticidad desde temprana edad, lo que dificulta el enfoque a pequeñas distancias.

Pestañas:

- ✓ Disminución de cantidad : favorece conjuntivitis
- ✓ Disminución de longitud

Parpados:

- ✓ Pérdida parcial de elasticidad
- ✓ Disminución de grasa periorbital

Iris:

- ✓ Aumento de pigmentaciones

Audición:

El oído es uno de los sentidos que sufrirá cambios notables, junto con la visión, pero por fortuna, en la mayor parte de los casos, hay posibilidad de corrección de la alteración con el empleo de aparatos o prótesis auditivas.

Los oídos tienen dos funciones: la audición y el mantenimiento del equilibrio. La audición se presenta al atravesar las vibraciones el tímpano y llegar al oído medio, pasan por los huesecillos y llegar al oído interno, donde son convertidas en impulsos nerviosos y transportadas al cerebro, por medio del nervio auditivo.

El control del equilibrio se encuentra en el oído interno, donde el líquido y pequeñas vellosidades en el conducto semicircular, estimulan el nervio que ayuda al cerebro a mantener el equilibrio

Con el envejecimiento, las estructuras auditivas se deterioran: desde el pabellón auricular que crece en el conducto auditivo externo disminuye el movimiento circular, hay atrofia y deshidratación de la piel, y el cerumen es más espeso, esto favorece la impactación, el tímpano con frecuencia se hace más grueso y los huesecillos del oído medio y otras estructuras se afectan, y a menudo se hace cada vez más difícil conservar el equilibrio.

La audición puede declinar, en especial para los sonidos de alta frecuencia y en particular, en personas que han estado expuestas a muchos sonidos en sus años juveniles. La pérdida de audición relacionada con la edad se denomina presbiacusia, la cual puede generar muchas alteraciones psicológicas y sociales.

Gusto y olfato:

Gusto: Hay aplanamiento y pérdida de papilas gustativas, lo cual altera el sabor de los alimentos, la atrofia afecta menos al sabor dulce, seguido del salado, esto favorece cambios en la dieta de las personas de edad avanzada y aumenta los riesgos de intolerancia a la glucosa, así como de hipertensión arterial, el cambio de alimentación favorece el déficit de ciertas vitaminas que a su vez fomenta más el aplanamiento papilar, con lo que se llega a un círculo vicioso de mala alimentación.

Dentro de la cavidad bucal de manera semejante se observan cambios en la mucosa gingival con pérdida del tejido elástico e incremento en el colágeno, lo cual favorece que los ligamentos periodontales sean más rígidos y más susceptibles a rotura con el paso de los años y en consecuencia, a la pérdida de piezas dentales. Las glándulas submaxilares incrementan el contenido de grasa y tejido conectivo, lo que tiende a favorecer la xerostomía, cabe recordar que la saliva contiene una buena cantidad de inmunoglobulina G y A, lubricantes y

solventes que permiten la preparación del bolo alimenticio. El envejecimiento tiende a conllevar menor cantidad de saliva.

Olfato:

Hay que recordar que en comparación con otras especies, el bulbo olfatorio en el ser humano ha disminuido de tamaño y su función ha bajado. Con el paso de los años hay una mayor degeneración y disminución del número de células que componen, además se vuelve más fácil identificar olores.

Tacto:

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica. 14

Sistemas orgánicos

Estructura Muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

CAMBIOS MUSCULARES CON EL ENVEJECIMIENTO
✓ Disminución de la fuerza muscular (en los sedentarios puede llegar hasta un 40 %) ✓ Alteración de la conductibilidad

- ✓ Disminución de la velocidad de contracción
- ✓ Cambios estructurales mitocondriales

Sistema esquelético:

- ✓ La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- ✓ Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.
- ✓ Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.
- ✓ La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta.
- ✓ Los cambios óseos son de particular importancia por las implicancias clínico epidemiológico que pueden tener.
- ✓ Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

Articulaciones:

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

Sistema cardiovascular:

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor.

En los grandes vasos se observa rigidez, con aumento de peso y espesor por el depósito de grasa y calcio, lo cual por lo común se denomina arteriosclerosis, en la más pequeñas se ven rigidez, dilatación y tortuosidad, esto corresponde a pérdida de fibras elásticas y musculares.

La rigidez y disminución de la elasticidad hacen que la aorta se comporte como tubo rígido, incrementando la onda de flujo y por tanto la presión sistólica, para

que la presión diastólica no se afecte, es necesario que se incremente la frecuencia cardíaca, cuando esto no sucede, la presión diferencial es mayor.

Cuando el corazón se acelera y aumenta la fuerza de expulsión de tal manera que el gasto cardíaco se mantenga, puede aparecer una hipertrofia ventricular izquierda, que también se relaciona con cierto grado de estenosis aortica, por fibrosis valvular.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio.

Sistema respiratorio:

El envejecimiento no solo afecta las funciones fisiológicas de los pulmones (ventilación o intercambio gaseoso), sino también su capacidad de defensa.

La alteración debida a la edad en la ventilación y distribución de gases se debe a alteraciones en la distensibilidad, tanto de la pared torácica como de los pulmones. Durante los años de desarrollo, el crecimiento de los pulmones y de la pared torácica es paralelo al crecimiento del cuerpo, y presenta una estrecha correlación con la talla. Al avanzar la edad, la fuerza de los músculos respiratorios se debilita tanto en los hombres como en las mujeres. Este debilitamiento de la fuerza muscular expansiva y la mayor rigidez de la pared torácica, son contrarrestados por una pérdida de retracción elástica de los pulmones.

Las vías aéreas superiores, tráquea y bronquios principales, tienden a incrementar su diámetro, los cartílagos se calcifican y aumentan las glándulas mucosas. Hay alargamiento de ductos alveolares, esto disminuye la superficie pulmonar y favorece el espacio muerto.

La capacidad vital y el VEF disminuyen hasta un 30% a los 80 años. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del árbol bronquial, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en

la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂.

CAMBIOS PULMONARES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	
Alteraciones Anatómicas	Alteraciones funcionales
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volumen y peso : disminuidos ✓ Alvéolos dilatados ✓ Tabiques interalveolares adelgazados. ✓ Tejido conjuntivo, rígido, con disminución de elastina. ✓ Capilares reducidos ✓ Bronquios, paredes más rígidas, calcificación de cartílagos. . ✓ Debilidad muscular en diafragma y accesorios de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia respiratoria mayor ✓ Volumen residual aumentado ✓ Capacidad vital disminuida ✓ Volumen espiratorio máximo en un segundo disminuido. ✓ Disfunción alveolocapilar disminuida. ✓ Presión arterial de oxígeno disminuida.

Sistema genitourinario:

Riñón:

Entre los principales cambios histológicos en el envejecimiento renal están el deterioro de las arterias (hialinosis), esclerosis global del glomérulo con reduplicación de la cápsula de Bowman, atrofia tubular focal con pigmentos de lipofusina, fibrosis intersticial e inflamación en parches. Incluye además, un incremento de la resistencia vascular renal, disminución de la filtración y un incremento de la fracción de filtración.

Cerca de un 50% de las nefronas desaparecen entre los 30 a 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml/min cada 10 años.

Es probable que la disminución normal del flujo renal que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la

menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal.

En cuanto a las vías urinarias estas se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres y los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres.

Vejiga: Ha una pérdida de elasticidad vesical, la capacidad fisiológica tiende a disminuir en condiciones normales; asimismo, la fuerza muscular es menor, lo que facilita que la micción sea más frecuente (poliaquiuria), también, cualquier patología obstructiva favorecerá la pérdida de pequeñas cantidades de orina, algunos la consideran incontinencia de esfuerzo.

Cambios en la mujer:

Los ovarios disminuyen su peso de 25 a 2.5, hay fibrosis y disminuye en forma drástica la producción de estrógenos y progesterona ante el estímulo hormonal hipofisiario.

La distribución de la grasa corporal tiende a concentrarse en región de la cadera, la proporción de lipoproteínas de alta densidad disminuye, mientras que las de baja densidad aumentan, se favorece el riesgo cardiovascular, sin olvidar la posibilidad del desarrollo de osteoporosis.

En la región genital hay atrofia uterina, de vagina y de labios tanto mayores como menores, se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal, lo cual favorece sangrados vaginales e infecciones locales. Una pobre lubricación, más lenta y en menor cantidad favorece la dispareunia.

Las mamas también sufren en lo que respecta a la glándula con formación fibrótica, da el aspecto pendular al seno, relacionado con la flacidez muscular. Lo anterior promueve cambios físicos que tienden a disminuir la autoimagen corporal, favorece la depresión, lo cual se relaciona con la pobre vida sexual que en general se tiene por estos y otros motivos.

Cambios en el hombre:

Hay un descenso en la producción de testosterona por los testículos, debido a una menor respuesta por parte de estos a la estimulación gonadotrópica, de esta manera aumentan el nivel sérico de la hormona luteinizante. La segunda causa es que el hipotálamo se hace más sensible a la retroalimentación negativa por parte

de la testosterona. La tercera es que la conversión de testosterona en estrógenos aumenta de manera considerable en los tejidos periféricos.

La espermatogénesis es menor y con un número mayor de anomalías de los mismos espermatozoides.

El líquido seminal es menos espeso y se produce en menor cantidad, la viabilidad espermática es menor y como resultado, la capacidad reproductiva es menor, sin embargo, puede darse hasta el final de la existencia.

La próstata tiende a incrementar su tamaño y aumenta la frecuencia de cáncer de este órgano.

A nivel del pene hay esclerosis de las arterias y cuando se adicionan una gran cantidad de enfermedades o tratamientos farmacológicos que tengan efecto vascular, puede verse afectada la funcionalidad, aparece lo que se llama en la actualidad disfunción eréctil.

Sistema gastrointestinal:

Se produce a nivel del gusto una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación.

Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

La meta de la OMS para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes en esta etapa de la vida.

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación. Un 10% de los octogenarios pierde por alteraciones de los plexos entéricos la coordinación de los músculos esofágicos.

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal.

A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más frecuentes la existencia de úlceras.

La capacidad de metabolización hepática es menor provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas.

Piel y anexos:

- ✓ La piel, por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar.
- ✓ Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento.
- ✓ La dermis pierde parte de su contenido colágeno produciéndose arrugas, la pérdida de la elastina y formación de la pseudoelastina que da el color amarillento a la piel.
- ✓ La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso.
- ✓ Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina.
- ✓

5.4.3 Cambios sociales y psicológicos relacionados con la edad:

Cambios sociológicos:

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Hay cambios en el rol individual como individuo y como integrante y de una familia, y hay cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad).

1) Cambios en el rol individual. Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuelo, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar, etc.). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.

2) Cambios en el rol social. La jubilación que veremos más adelante es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

Los cambios en la estructura vienen dados en parte por los cambios sociales que acontecen durante el proceso de envejecimiento.

Las pérdidas y cambios de rol suponen para la persona adaptarse a las nuevas situaciones. Los hijos se van del hogar, llegan los nietos que en muchos casos pasan a ser cuidados por los abuelos, puede morir uno de los cónyuges dando lugar a viudedad.

Estos cambios pueden ser beneficioso en algunas ocasiones (el cuidado de los nietos) o negativos (pérdida de valor dentro de la familia, viudedad y soledad).

En ocasiones lo más destacado en la persona mayor es su pérdida de poder o valor dentro de la familia pasando a ser relegado por otros miembros como los hijos. Esto puede verse reflejado en dos situaciones: cuando el mayor es autónomo e independiente y los hijos pueden aconsejarle y cuando el mayor está enfermo y puede ver mermada su independencia o su autonomía, pasando a depender de otros miembros de su familia para su propio cuidado

Cambios Psicológicos:

El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

Adaptación psicológica: Las diversas aptitudes cognitivas del individuo se ven afectados en distinta medida en el proceso del envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables.

La memoria: Es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones.

Situaciones de Crisis

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales.

Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos.

El sentimiento de inutilidad: a medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasa los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.

La soledad: Es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo, o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida.

B) AUTOCUIDADO

5.5 ¿Qué es el autocuidado?

Según Coppard, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales¹⁷

Orem define el concepto de Autocuidado como “La conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”; afirma por otra parte, que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprendidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. De acuerdo con esta autora, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.¹⁵

5.6 Teoría de Dorothea Orem del déficit de autocuidado

Dorothea Elizabeth Orem, se define como una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica, trabajó para mejorar la formación en enfermería práctica que la indujo a plantearse cuál era verdaderamente el ámbito en una personalidad científica, que trabajó para el desarrollo conceptual en la llamada teoría del déficit de autocuidado en enfermería

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas.

5.6.1 Conceptos del Metaparadigma de Orem:

Para Orem (1991), la **persona** es un método integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado.

El **autocuidado**: Es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción.

El **entorno** representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados sobre su capacidad de ejercerlos.

La **salud**, la ve como un estado y establece “Salud es un entorno que tiene utilidad general en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos.

5.6.2 Principales conceptos de la teoría del déficit del autocuidado:

Dentro de su trayectoria como teorista, D. Orem especifica que particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formulación de su teoría.

La teoría de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del autocuidado (**TAC**), Teoría del Déficit del Autocuidado (**TDAC**) y la Teoría de los sistemas de enfermería (**TSE**).

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar “.

Esta teoría enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato “esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano.

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos: el de agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado; el agente de autocuidado al

dependiente que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado otra persona importante para él; y el de agente de autocuidado terapéutico; en el cual la persona que da el cuidado es profesional de enfermería.

Expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece. Así mismo la teoría sustenta que algunos factores condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado : de particular interés cita factores relacionados con la edad , estado de desarrollo , sexo , sistema familiar , educación formal , orientación sociocultural , disponibilidad de recursos , patrones de vida y estado de salud .

Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas en los distintos momentos del proceso evolutivo o desarrollo del ser humano.

Dichos requisitos son caracterizados como universales, del desarrollo o de desviaciones de salud .Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos.

Los segundos se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo. Por último, los requisitos de autocuidado exigen que se tomen medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo, a las que le da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico, estas a su vez están relacionadas con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO

Universales	De desarrollo	Desviación de salud
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. ✓ Mantenimiento del equilibrio entre el reposo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo embarazo, nacimiento, y edad adulta. ✓ Proporcionar cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asistencia médica cuando este expuesto a patología. ✓ Atención a los resultados del estado patológico.

<p>y la actividad y entre la sociedad e interacción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporción de cuidados asociados con la eliminación. ✓ Prevención de peligros. ✓ Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial limitaciones y normalidad. 	<p>en depravación educacional , desadaptación social , perdida de familia , amigos , posesiones , seguridad , cambio de ambiente , problemas de estatus , mala salud , enfermedad .</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología ✓ Atención a los efectos molestos de la terapia medica ✓ Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario.
--	---	---

La teoría del déficit del autocuidado considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con Orem (1979), la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas.

De lo anterior surge la teoría de los sistemas de enfermería. Se refiere a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adaptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente, son estos: actuar en lugar de la persona, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo. Según la capacidad y voluntad de la persona.

5.7 Promoción y autocuidado en la salud del adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud declara que la salud es “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Armonizando con esta nueva concepción de salud, Ebersole y Hess definen que, para la persona de edad avanzada, “bienestar es el balance entre sus entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales - culturales y físicos, que le permitan estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria”.

En la declaración de Alma Ata (Mongolia) la OMS reitera que “*La salud es un derecho fundamental*”. Establece la responsabilidad del Estado y señala que la atención primaria es la estrategia para alcanzar esa meta. Asimismo, en la Carta de Ottawa, emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1986, señala que:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control de la misma y que para alcanzar el estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Por ello, se puede considerar que la promoción de la salud es la mejor alternativa para crear un futuro saludable, y en ese sentido el Autocuidado como concepto educativo es la estrategia de elección para lograrlo.¹⁶

5.8 Importancia del Autocuidado en la salud del adulto mayor

Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido en los adultos mayores:

- Mantener la capacidad funcional (biopsicosocial) del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades.
- Disminuir las limitaciones de diversas enfermedades.
- Mejorar la interacción entre las personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la difusión de información.

5.9 El autocuidado y su relación con la satisfacción de las necesidades básicas

Se entiende al autocuidado, como función reguladora del hombre, diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y del desarrollo humano. Por consiguiente, el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos, ya sea en etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específicas, así como factores del entorno.¹⁷

Entendiéndose a necesidad humana en el sentido de desarrollo de los seres humanos y no en el sentido de desarrollo de bienes materiales. Abraham Maslow, quizá el teórico de necesidades más renombrado, lo define como una fuerza motivadora generada por un estado de carencia, que busca la consecución de necesidades de forma creciente y jerarquizada.¹⁸

Ambos conceptos, expresan el desarrollo del ser humano para lograr su propio bienestar, así satisfaciendo las necesidades humanas se está realizando su propio autocuidado.

5.10 ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Las actividades de la vida cotidiana son referidas como actividades de la vida diaria (AVD).

Las actividades de la vida diaria en los adultos mayores incluyen el saber mantener una conducta saludable en cuanto a la nutrición, ejercicios, recreación, patrón de sueño y hábitos personales; además de la habilidad demostrada para auto cuidarse, bañarse, vestirse y comer.

Si los adultos mayores son incapaces de auto cuidarse deben tener cuidadores que los ayuden para realizar éstas actividades. Los cuidadores deben animar a los adultos mayores a hacer todo lo que ellos sean capaces de realizar por sí mismos para promover su independencia y ofrecer asistencia sólo en aquellas actividades en las cuales no tengan fuerza, movilidad, o habilidad para hacerlas.¹⁹

Cuidado de la Piel y anexos en el Adulto mayor

Nuestra piel representa una de las barreras protectoras para evitar infecciones, pero también favorece la acumulación de microorganismos que proliferan por el sudor provocando mal olor, por tal motivo, es indispensable el baño, pues a través

de él, se remueven impurezas y malos olores. Conforme a las condiciones del adulto mayor, éste puede bañarse en ducha solo o con ayuda, o, el cuidador deberá bañarlo en su cama. ²⁰

La degeneración del tejido conjuntivo (dermis), responsable de la firmeza y tersura de la piel, se va acelerando conforme avanza la edad. Este proceso conocido como elastosis cutánea, produce atonía y distensión de la dermis. Por otro lado, la disminución de la retención hídrica en la sustancia fundamental origina una pérdida de volumen. También se nota una pérdida de firmeza. Puesto que las posibilidades de la cosmética frente al envejecimiento de la piel son limitadas, el mejor tratamiento para combatir la flacidez es adoptar cuanto antes las medidas de prevención adecuadas para combatir la deshidratación y degeneración del tejido cutáneo. ²¹

Aunque los adultos mayores pueden no necesitar de un baño completo a diario, ellos necesitan baños de esponja en áreas desaseadas a diario, o tan seguido como sea necesario.

El baño puede causar fatiga, especialmente a aquellos que se encuentran limitados por padecer de artritis. Puede que ellos no alcancen todas las partes de su cuerpo, entonces se requerirá asistencia para completar el baño.

Medidas de Autocuidado de la piel y anexos:

- ✓ Higiene correcta diaria con agua tibia. Utilizando jabones inodoros, de pH neutro como los de avena, glicerina, ya que quitan menos la grasa de la piel. El baño completo puede ser 2 o 3 veces por semana de ducha preferentemente.
- ✓ Tener todos los materiales listos para realizar el baño, así como la ropa a cambiar.
- ✓ Poner un pequeño banco o silla de plástico en la bañera para que la persona pueda sentarse si se siente fatigada.
- ✓ Mantener el baño a una temperatura agradable para ello cierre puertas y ventanas y evite corrientes de aire.
- ✓ Prevenga quemaduras verificando la temperatura del agua.
- ✓ Coloque un barandal en la bañera para prevenir caídas.
- ✓ Utilizar un cepillo largo o esponja para alcanzar todas las zonas del cuerpo tales como la espalda y los pies.

- ✓ Enjabone y lave todas las partes del cuerpo, en particular, los pliegues cutáneos como las ingles, las axilas, los espacios entre los dedos de los pies. Los glúteos, el ano y los genitales.
- ✓ Supervise y elimine todo el jabón pues cuando se queda en la piel provoca escozor.
- ✓ Use una toalla para secarse muy bien la piel después del baño y otra para exclusiva para los pies.
- ✓ Al final cuide que todo el cuerpo, en particular los pliegues cutáneos queden bien secos para evitar las maceraciones y aparición de infecciones.
- ✓ Permita un tiempo de descanso después del baño.
- ✓ Lavar las manos siempre. Puede aplicarse crema para suavizar la piel e impedir escoriaciones o lesiones.
- ✓ Cortar y mantener las uñas limpias, las de los pies se cortarán de forma correcta.
- ✓ El adulto mayor debe afeitarse con cuidado todos los días; y después es preferible aplicarse crema hidratante, porque el alcohol o la colonia resecan la piel.
- ✓ Se debe realizar un examen médico de la piel cada año. Si se descubre pronto, la mayor parte de las lesiones cutáneas son curables y no representan una amenaza para la vida.
- ✓ Consumir una dieta equilibrada que incluya alimentos ricos en frutas y vegetales (sus tallos y hojas) que contienen vitaminas, porque mantienen la piel y el cabello saludable e íntegro.
- ✓ Evitar o disminuir la ingesta de alcohol y cigarrillos.
- ✓ Aplicar crema de alto poder protector solar (factor de 15 o más), llevar sombrero de ala ancha o gorro con visera frontal, gafas de sol obscuro de protección ultravioleta y ropas de algodón que cubran el cuerpo, o usar sombrilla si se expone al sol entre las 10:00 a.m. y las 15 horas. No tomar baños de sol. 16

Cuidado de la Higiene bucal

En la boca y dentadura, se encuentran muchos microorganismos que se alimentan de los residuos alimenticios, y tienen que ser eliminados después de cada comida, para evitar infecciones y en general el deterioro de los dientes. Es esencial para sentirse fresco y para la salud dental.

A pesar de que los ancianos pierden muchos dientes, ésta pérdida no debe ser considerada normal. La causa más común de la pérdida de los dientes en la vejez son los trastornos de las encías. Mantener una buena higiene bucal evita éstos problemas y la consecuente pérdida de los dientes.²⁰

Medidas de autocuidado en higiene bucal:

- ✓ Realizar el cepillado con la técnica correcta con movimientos circulares y suaves en las muelas y de arriba hacia abajo en los dientes superiores y de abajo hacia arriba en los dientes inferiores, iniciando desde la encía, cepillar lengua y encía con movimientos suaves y en forma de barrido.
- ✓ Después se cepilla suavemente la lengua, el paladar y las mejillas.
- ✓ También es conveniente limpiar una vez al día los espacios interdentes, a donde no llega el cepillo, con hilo dental o con cepillos interdentes.
- ✓ Enjuagar la boca, haciendo buches y con una toalla retirar el exceso de agua.
- ✓ Visitar al odontólogo por lo menos cada 6 meses para realizar una revisión y limpieza.
- ✓ Los adultos mayores que tengan dificultad manteniendo o manipulando el cepillo de dientes, pueden necesitar asistencia al lavarse los dientes o al usar el hilo dental.

Consejos para personas que usan dentadura postiza:

- ✓ Cuidarlas al igual que los verdaderos dientes.
- ✓ Cepillar y lavar la dentadura con jabón y cepillo de dientes, y enjuagarla por las mañanas al levantarse y después de cada comida.
- ✓ Usarlas durante el día, pero NO mientras se duerme. En la noche dejar la prótesis en un vaso con agua agregando bicarbonato, y si tienen prótesis con metal usar agua oxigenada. Enjuagarla antes de usarla.
- ✓ La prótesis no es eterna, debe cambiarse cuando se afloja, o cuando le molesta.

Cuidado en Higiene de pies:

Entre los problemas más comunes en los pies durante esta etapa, tenemos: hongos y bacterias, uñas encarnadas, callos, juanetes, dolor, espolones y várices.

Hongos (micosis) Se dan tanto en la piel como en las uñas. La piel se enrojece, aparecen ampollas, costras, grietas, y picazón; generalmente se ubican entre los dedos.

Las uñas cambian de color, de blanco a amarillo, se engruesan y se rompen fácilmente.

Problemas de las uñas:

Se vuelven gruesas y curvas, o se forman uñeros (cuando la uña se incrusta en la piel), provocando inflamación, dolor, infección y dificultad para caminar.

✓ Callos: con una respuesta de protección frente a fricciones o presiones en la piel, principalmente se presenta en los pies.

La piel se vuelve dura y se abulta. Puede formarse en los dedos, en la planta de los pies y en el talón, es causado por el roce constante del zapato, sandalias, o por caminar descalzo.

✓ Várices: Las várices son dilataciones anormales de las venas, que se presentan con mucha frecuencia en los miembros inferiores.

Las várices pueden causar hinchazón, dolor, ardor, picazón, adormecimiento y sensación de pesadez en los miembros inferiores.

✓ Osteoartralgias: Son dolores en los huesos y articulaciones, que pueden ser causados por artritis, gota, artrosis, osteoporosis, etc. Esto produce dificultad para movilizarse.

Medidas de Autocuidado en higiene de pies:

✓ Lavarse los pies diariamente, con agua tibia.

✓ Usar una toalla independiente al cuerpo.

✓ Asearse especialmente entre los dedos y alrededor de las uñas.

✓ Secar bien el pie, con un paño limpio y suave, especialmente entre los dedos, para evitar que aparezcan los hongos.

✓ Revisar diariamente entre los dedos, alrededor de las uñas y en la planta de los pies, si hay enrojecimiento, ampollas, heridas, callos, cortes, grietas y uñeros; consulte al personal de salud.

✓ En tiempo de descanso elevar los miembros inferiores para permitir un mejor flujo sanguíneo.

- ✓ Utilizar un calzado acorde a la edad (zapato con suela antiderrapante, tenis, etc. NO tacones, zapatillas o zapatos pesados)
- ✓ Cuando el adulto mayor no pueda lavarse los pies solo, deben pedir ayuda.
- ✓ Lubricar los pies con crema humectante después del baño.
- ✓ Utilizar talco para evitar mal olor.
- ✓ Limpiar y recortarse las uñas, para evitar que se rompan y causen heridas; se aconseja que primero se remojen los pies con agua tibia, ya que se ablandarán y el corte será más fácil y rápido.
- ✓ El corte debe ser recto. No redondear el borde de las uñas formando surcos, ya que al crecer las uñas tienden a incrustarse en la piel cercana, causando uñas enterradas.
- ✓ Observar si las uñas cambia de color y grosor, porque pueden estar enfermas.

Cuidado de la Vestimenta en el Adulto Mayor:

La ropa más aconsejable interna y externa para los adultos mayores es la de algodón, debido a que conserva una temperatura relativamente estable y absorbe el sudor, orina o cualquier líquido corporal.

Debido a la inactividad de muchos pacientes y la disminución de su circulación, la temperatura del adulto mayor es un poco menor, sin embargo, esto no quiere decir que hay que cubrirlos exageradamente, ya que se corre el riesgo de condenarlos a sudar cubiertos de cobijas y deshidratarse.

Diversos expertos en salud, recomiendan también que las personas de la tercera edad utilicen prendas holgadas, de preferencia sin cierres; sin embargo, si la persona tiene la capacidad de trasladarse con cierta responsabilidad, podrá utilizar la ropa de su preferencia.²²

Medidas de autocuidado en la Vestimenta:

- ✓ Usar ropa cómoda, de acuerdo a la estación y a los gustos y necesidades. Preferentemente usar ropa de lana, lino o algodón, especialmente las prendas interiores, evitando las de fibras sintéticas por ser causa a menudo de lesiones dérmicas por sensibilidad alérgica; así mismo, evite prendas rugosas.
- ✓ Puede usar ropa con botones fáciles de maniobrar, de ser necesario se reemplazará los botones por cierres y las camisetas preferentemente serán con abertura adelante.

- ✓ El cambio de ropa interior debe ser diario.
- ✓ El cambio de ropa exterior puede ser diario o por lo menos tres veces a la semana.
- ✓ Lavar la ropa de vestir y de cama con detergente neutro.

Cuidado Nutricional en el adulto mayor

Según las personas van realizando sus actividades diarias, ya sean jugar, trabajar o descansar, o incluso dormir, sus organismos requieren energía. La malnutrición es una de las necesidades humanas básicas que suministran esta energía y mantiene la vida. Una nutrición adecuada se considera la base fundamental de la promoción de salud y la prevención de las enfermedades durante la vida.²³

La nutrición es importante en los ancianos, más aún si la mayoría de ellos tiene por lo menos una enfermedad, además de los cambios propios del envejecimiento.²⁴

La mayoría de los adultos mayores, durante toda su vida, han tenido un estilo de alimentación con muchas harinas, grasas y azúcares. Algunos de ellos, desde su infancia, tuvieron a la leche, carne y huevo como ideales de alimentación; las verduras no han sido su platillo favorito. La comida rápida y la industrializada han reemplazado los preparados y guisos domésticos. El agua simple ha sido reemplazada por refrescos y bebidas endulzadas. Con demasiada frecuencia se come fuera de casa.²⁰

El adulto mayor, al igual que toda la población debe cambiar este estilo de comida, debemos modificar nuestra forma de comer: educarnos para comer con más orden, templanza y utilizar más verduras frescas y menos alimentos que contengan grasa, azúcar y sal, así como aprender a beber agua simple.

Medidas de autocuidado nutricional:

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para los adultos mayores porque es un grupo heterogéneo, por lo que se debe considerar sus características individuales, así como el peso, los procesos patológicos, antecedentes, pobreza, actividad física, patrones culturales, etc. Existen datos fiables, extraíbles directamente de estudios con personas mayores acerca del aspecto nutricional²³, de los cuales se derivan recomendaciones generales para adultos mayores sanos, que les permita desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio.

La composición de una dieta equilibrada debe ser:

- ✓ Beber 8 vasos de agua al día (siempre que no esté contraindicado)
- ✓ Consumo de grasas, se prefiere a las grasas vegetales y el pescado.

Por lo cual se recomienda:

- ✓ Utilizar de ser posible aceite de oliva para cocinar, ya que contiene sustancias antioxidantes como la vitamina E y grasas polinsaturadas.
- ✓ Evitar el consumo de mantequilla y margarina.
- ✓ El consumo de colesterol no debe pasar los 300 mg por día, que es lo que contiene una yema de huevo (no debe comerse más de dos yemas de huevo por semana).
- ✓ Consumo de proteínas, los alimentos de alto valor biológico son: pescado, leche y quesos. Se recomienda:
- ✓ Consumir pescados antes de otro tipo de carne. Se debe preferir carnes blancas (pescado, pollo, pavo) reduciendo el consumo de carnes rojas a un máximo de dos veces por semana y mínimo por lo menos una vez.
- ✓ Consumir productos lácteos descremados, quesos, leche, yogurt; estos alimentos contienen proteínas, vitaminas y calcio, y deben ser consumidos diariamente.
- ✓ Consumo de hidratos de carbono (azúcares). Es necesaria una menor ingesta de energía para prevenir la obesidad o diabetes, Se recomienda:
- ✓ Reducir el consumo de azúcar refinada o sustituirla por miel de abeja o miel de caña.
- ✓ Tomar los cereales en el desayuno (avena), o al mediodía, ayudan a prevenir el estreñimiento.
- ✓ Incluir tortillas de maíz y otros cereales integrales combinados con leguminosas, que se complementan y aportan mucha fibra a la dieta.
- ✓ Aproveche las hierbas de olor para condimentar.
- ✓ Consumir vitaminas y minerales
- ✓ Consumir todos los días frutas, verduras, vegetales, cereales y productos lácteos para asegurar un adecuado aporte de vitaminas A, B, C, D, E y ácido

fólico. Las frutas deben ser consumidas horas antes o después de las comidas principales.

- ✓ Cocinar comidas bajo en sal, así evitaremos enfermedades como la hipertensión y problemas renales.
- ✓ Controlar el peso periódicamente.
- ✓ Restringir el consumo de productos enlatados (por su alta cantidad de sal adicional y azúcar).
- ✓ El adulto mayor debe realizar 5 comidas diarias, ofreciendo la mayor cantidad en el desayuno y la comida, y menor en la cena; con dos colaciones a media mañana y a media tarde.
- ✓ El momento de la comida debe ser grato, con un ambiente adecuado en compañía de algún familiar y con horarios fijos.

Cuidado del Sueño en el Adulto Mayor

El sueño es una necesidad humana básica y fundamental para el bienestar de toda persona.²⁴ Es un periodo de inconsciencia relativa, parece ser el momento en que el organismo se separa y recupera. Las funciones generalmente aceptadas del sueño son las denominadas de recuperación e integración.²⁵

El sueño, ocupa casi la tercera parte de la vida de una persona, y su patrón sufre variaciones considerables a medida que la persona crece y madura. La necesidad de sueño debe cubrirse a intervalos regulares para preservar el bienestar mental y físico, existe una amplia variación en la duración del sueño y no existe un estándar universal que especifique es número de horas de sueño que requiere cada persona²⁶. Sin embargo, se señala que las personas adultas mayores normalmente duermen entre 6 u 8 horas²⁷.

En los adultos mayores, el sueño es un tema para la salud, y el sueño alterado o insuficiente es una de las quejas más frecuentes que encuentran los profesionales de la salud que atienden a los adultos mayores²⁸.

En el proceso de envejecimiento existen factores que pueden influir en el sueño directa o indirectamente. Las influencias directas afectan el sistema nervioso y los mecanismos fisiológico ritmo circadiano (relacionados con la continuidad, duración y profundidad del sueño que ocurren en la persona sana. Entre los factores indirectos pueden considerarse: la jubilación, la soledad, ansiedad, depresión, estrés, falta de ejercicios, la inmovilización y las enfermedades crónicas.

Al envejecer, las fases del sueño profundo son menores y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia. No obstante, el tiempo se reduce solo ligeramente con respecto al de las personas más jóvenes. Sin embargo, es importante mencionar que numerosos estudios han demostrado cambios relacionados con la edad, con la continuidad, duración y profundidad del sueño. Entre los principales cambios, se tienen:

-Disminución en la cantidad y duración del sueño debido a los constantes despertares.

-Las siestas diurnas aumentan.

-Aumento de la cantidad del sueño ligero y una disminución de la cantidad del sueño profundo, fácilmente se despiertan por ruidos y aumentan los despertares nocturnos.

Dentro de sus repercusiones, la privación del sueño puede provocar varios síntomas y enfermedades, con pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de atención, concentración, disminución de la coordinación motora, y de la capacidad de adaptación, irritabilidad, fatiga, intranquilidad, desorientación, confusión, depresión, apatía y somnolencia²⁹. Como se puede observar, a pesar de los cambios en el patrón y estructura del sueño en el anciano, es anormal la presencia de insomnio y excesivo adormecimiento diurno, fenómenos que con anterioridad se aceptaban como algo inherente al envejecimiento 17.

Medidas de autocuidado para favorecer el Sueño adecuado:

- ✓ Levantarse y acostarse todos los días a la misma hora, aun durante los días feriados y fines de semana y de acuerdo a una rutina preestablecida, sin alterar salvo circunstancias muy necesarias.
- ✓ Eliminar siestas diurnas excesivas a menos que estén indicadas. Si hace siesta que no sea más de 30 minutos.
- ✓ Evitar en lo posible el estrés y emociones fuertes.
- ✓ Realizar ejercicios, pero no cerca de la hora de dormir. El ejercicio físico moderado y regular puede aumentar el flujo cerebral y, por ello, puede favorecer el sueño al ayudar a restaurar ritmos corporales normales.
- ✓ Realizar técnicas de relajación, así como respiratorias.
- ✓ Pasar un tiempo fuera de la casa para aumentar la exposición a la luz del sol, aproximadamente 30 minutos. El sol es el mejor estabilizador de los ritmos circadiano.

- ✓ Consumir una dieta liviana por las noches. Las comidas abundantes, especialmente en las noches, pueden conducir a una interrupción del sueño.
- ✓ Evitar el consumo de estimulantes, como el alcohol, tabaco, cafeína cerca de la hora de acostarse.
- ✓ Disminuir la ingesta de líquidos después de la cena y micciones antes de ir a dormir, para ayudar a disminuir la interrupción del sueño provocada por la necesidad de orinar.
- ✓ Ingerir una bebida caliente (leche, manzanilla) si se despierta en las noches, esto ayuda a volver a dormir. La disminución de la glicemia durante la noche puede provocar despertarse con la sensación de hambre.
- ✓ Condicionar un ambiente adecuado para dormir: tranquilo, cómodo, fresco con temperatura agradable, sin ruido, limpio, ventilado, etc.
- ✓ Evitar el uso de medicamentos para dormir sin indicación médica. Puede utilizar infusiones de cedrón, manzanilla y tilo. 16

Cuidado en la Actividad Física en el Adulto Mayor:

La actividad física es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. La actividad física puede reducir el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento²³. Asimismo, es importante señalar que muchos de estos beneficios requieren que la participación sea regular y continua, y que esos beneficios pueden revertirse rápidamente si se retorna a la inactividad³⁰.

La actividad física trae muchos beneficios, como:

-El entrenamiento de resistencia puede ejercer un efecto significativo y contribuir a mantener la independencia en la vejez.

-Conserva la flexibilidad en las articulaciones, la elasticidad de los músculos, con ello la movilidad en sus extremidades, cabeza y tronco.

-Fortalece la resistencia del corazón y mejora la capacidad de los pulmones, y con ello mejora la circulación de oxígeno en sangre y la condición física.

-Mejora el equilibrio y las posturas corporales, permite reaccionar más eficazmente a prevenir caídas.

-La actividad regular ayuda a prevenir o retrasar la pérdida del equilibrio y la coordinación relacionada con la edad, que es un factor de riesgo importante de caídas.

-Mejorías cognitivas. La actividad física regular puede ayudar a retrasarlos deterioros relacionados con la edad en la velocidad de procesamiento del sistema nervioso central y mejorar el tiempo de reacción.

-Mejor integración. Los individuos regularmente activos tienen menos posibilidades de apartarse de la sociedad y más probabilidades de contribuir activamente al medio social.

-Formación de nuevas amistades.

-Mejor actividad intergeneracional. En muchas sociedades, la actividad física se comparte, lo que brinda oportunidades para el contacto entre las generaciones y, así, disminuye las percepciones estereotipadas sobre el envejecimiento y las personas mayores.

-Menores costos sociales y de salud. La inactividad física y la vida sedentaria contribuyen a disminuir la independencia y adelantar el comienzo de muchas enfermedades crónicas.

-Promoción de una imagen positiva y activa de las personas mayores.

Los beneficios positivos pueden lograrse con ejercicios suaves. El hecho de realizar una actividad física ligera o moderada durante al menos 30 minutos al día beneficiará al funcionamiento físico del anciano, especialmente en los que nunca han realizado ejercicio de forma regular.

Se ha visto, que los ejercicios aeróbicos de bajo impacto tienen éxito a la hora de mejorar el estado físico de los adultos mayores sedentarios²³.

Medidas de autocuidado para promover la actividad física:

- ✓ El ejercicio es útil para los músculos y las articulaciones, para la atención y concentración y por la sensación de bienestar que puede proporcionar.
- ✓ Puede realizarse flexiones y extensiones de las extremidades y del tronco, y evitar la tendencia a encorvarse.

- ✓ Para mover los brazos con amplitud puede tomar un bastón con las manos y moverlo con los brazos extendidos hacia arriba y abajo, de derecha a izquierda; también puede jugar o recibir y arrojar una pelota. Si está de pie, es conveniente para las piernas realizar flexiones apoyándose en un mueble firme; si está sentado, extenderlas y levantarlas, y llevarlas de derecha a izquierda, tal vez con un peso en el pie.
- ✓ Con solo 30 a 60 minutos de trabajo moderado la mayor parte de la semana, se mejora la salud y condición de la persona adulta mayor.
- ✓ La actividad física se puede realizar en segmentos de 10 minutos, de tal manera que sumen entre 30 y 60 minutos cada día. Se debe realizar actividad física que implique actividad es de resistencia, flexibilidad, fuerza y equilibrio.

HIPÓTESIS

Los Adultos Mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del sexo femenino poseen mejor nivel de autocuidado adecuado, en relación con los del sexo masculino.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

7.1 Diseño de investigación:

La investigación del siguiente trabajo según la clasificación de Méndez RI, Namihira GD, es de tipo:

- ✓ De acuerdo a su alcance, el presente estudio es: **Descriptivo**
- ✓ De acuerdo al periodo en que se capta la información, el presente estudio es: **Retrospectivo**
- ✓ De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado, el presente estudio es: **Transversal**
- ✓ De acuerdo a la comparación a las poblaciones, el estudio es: **Comparativo**
- ✓ De acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es: **Observacional**
- ✓ Por lo tanto el presente estudio se llama encuesta: **Retrospectiva-Comparativo**

7.2 Universo de trabajo:

El presente trabajo se realiza con Adultos mayores afiliados a la Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC de ambos sexos , a los cuales se les aplicará un cuestionario que cuenta con 34 preguntas de respuestas dicotómicas , esto con el fin de obtener un diagnóstico sobre el nivel de autocuidado en relación con el género.

7.3 Procedimiento para obtener la muestra

Se seleccionará a pacientes de ambos sexos que están afiliados a la Clínica ABC Amistad que cumplan con los criterios de inclusión , una vez identificada nuestra población, se aplicará una prueba piloto para poder obtener su validez y hacer las modificaciones necesarias para poder tener listo dicho instrumento.

7.4 Control

Grupo Experimental: Formados por los sujetos del estudio del sexo femenino y que cumplen con los criterios de inclusión.

Grupo Control: Formados por los sujetos del estudio del sexo masculino y que cumplen con los criterios de inclusión.

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes de ambos sexos con 60 años o más.
- ✓ Pacientes que saben leer y escribir (contestar el cuestionario)
- ✓ Pacientes que dieron su consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes de ambos sexos menores de 60 años
- ✓ Pacientes que no saben leer ni escribir.
- ✓ Pacientes que no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

- **Criterios de eliminación:**

- ✓ Pérdida del cuestionario.
- ✓ Cuestionarios incompletos
- ✓ Muerte

7.5 Especificación de las Variables

Variable Independiente:

- ✓ **Sexo:** Según el género: Masculino y Femenino
- ✓ **Sexo Femenino:** Es un término de biología que denota al sexo que produce óvulos.

✓ **Sexo masculino:** Es un término de biología que denota al sexo que produce espermatozoides, un ser vivo que posee órganos reproductivos masculinos

Variable dependiente:

✓ **Autocuidado:** Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener su vida, estado de salud y el bienestar. (Orem, 2000)

6.5 Definición operacional:

- 1) Actividad física
- 2) Alimentación
- 3) Eliminación
- 4) Vestimenta
- 5) Descanso
- 6) Sueño
- 7) Higiene
- 8) Medicación
- 9) Control de salud
- 10) Adicciones o Hábitos tóxicos

Una vez establecido el cuestionario de acuerdo a la codificación, se dará la siguiente calificación para clasificar el Nivel de Autocuidado.

26-34 puntos = Nivel de autocuidado adecuado

16-25 puntos = Nivel de autocuidado parcialmente adecuado

<15 puntos = Nivel de autocuidado inadecuado

Indicador de las variables:

VI: Si / No

VD: adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado.

Escala de medición de las variables:

VI: Nominal, finita y discreta

VD: Nominal, finita y discreta

7.7 Muestreo y Tamaño de la muestra:

Se hace un muestreo no probabilístico por conveniencia y por el cálculo de la muestra.

La proporción de adultos mayores que acuden a la Clínica ABC Amistad es del 4% por lo que el tamaño de la muestra se calculó por medio de estimación de proporciones con una p de 0.4 y una q de .96. Dando un tamaño de muestra de 60 individuos.

$$N = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{(1.96)^2 (.04) (.96)}{.0025} = 60 \text{ pacientes}$$

7.8 Técnica de control para la diferencia de los sujetos y de las situaciones:

La técnica para controlar las diferencias de los sujetos es la Selección homogénea y la técnica para controlar las diferencias situacionales es la aleatorización.

7.9 Ámbito geográfico en el que se desarrollara la investigación.

Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC, que se encuentra localizada en Av. Carlos Graef Fernández N° .154. Col. Tlaxcala Santa Fe, Delg. Cuajimalpa C.P. 05300 México DF.

7.10 Recursos humanos que se utilizarán.

PSS LEO: López Martínez Claudia Nayeli

PSS LEO: Ramírez García Fátima

7.11 Recursos materiales que se emplearan

Para la presente investigación los recursos materiales que se emplearán son los propios de la institución.

7.12 Financiamiento del proyecto

El presente estudio es autofinanciado por los propios recursos de la institución.

7.13 Limite en tiempo de la investigación

Inicio de la investigación: 27 de Septiembre del 2013

Término de la investigación: 30 de Noviembre del 2014

7.14 Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica

Las consideraciones bioéticas aplicables a la investigación son en seres humanos

De acuerdo al artículo 6to, párrafo segundo, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: la información que se refiere a la vida privada y los datos personales recabados en la presente investigación serán protegidos y solo serán dados a conocer a terceros ajenos a esta investigación, cuando mediante autorización previa y por escrito por parte de la persona afecta.

Comprometiéndonos a que los mismos serán tratados bajo medidas de seguridad, garantizando su confidencialidad. Se anexa al presente protocolo la Carta de Consentimiento Informado que deberán llenar los pacientes que deseen participar en la investigación.

De acuerdo a los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” de la Declaración de Helsinki, cada individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, etc. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, obtendremos por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal. A nivel Nacional el presente estudio toma en cuenta la Ley General de Salud y a nivel Institucional el presente protocolo así como la investigación estará avalada por el Comité de Investigación de la Institución del Centro Médico ABC Campus Santa Fe. (Véase *anexo de Consentimiento Legal*).

RESULTADOS

La muestra obtenida en el presente trabajo fue de 60 adultos mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC Santa Fé a los cuáles se les aplicó un Cuestionario de nivel de Autocuidado, luego de la recolección de los datos, éstos fueron procesados organizándose los resultados en gráficas y tablas, a fin de realizar su análisis e interpretación:

Se observa que las edades de los pacientes encuestados varia; y en su mayoría que fueron 16 (26.7%) pacientes se encuentran entre rangos de edad entre 60 a 63 años, 12(20%) entre 66 a 68 años, 11 (18.3%) entre 63 y 65 años. (Ver tabla 1)

Tabla N° 1 **Frecuencia de Edad**

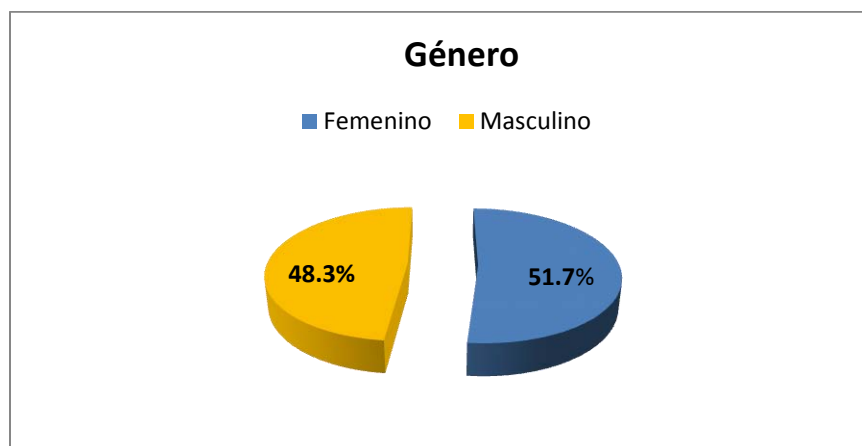
Edad	Frecuencia	Porcentaje
80-83	2	3.3%
78-80	3	5%
75-77	4	6.7%
72-74	5	8.3%
69-71	7	11.7%
66-68	12	20%
63-65	11	18.3%
60-63	16	26.7%
Total	60	100%

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

De acuerdo a 60 (100%) de los pacientes encuestados; 31 pacientes son femeninas (51.7%) y 29 son masculino (48.3%). Por lo que se considera que en el género prácticamente se obtuvo la misma cantidad entre hombre y mujeres. (Ver gráfica N° 1)

Gráfica N°1

Género

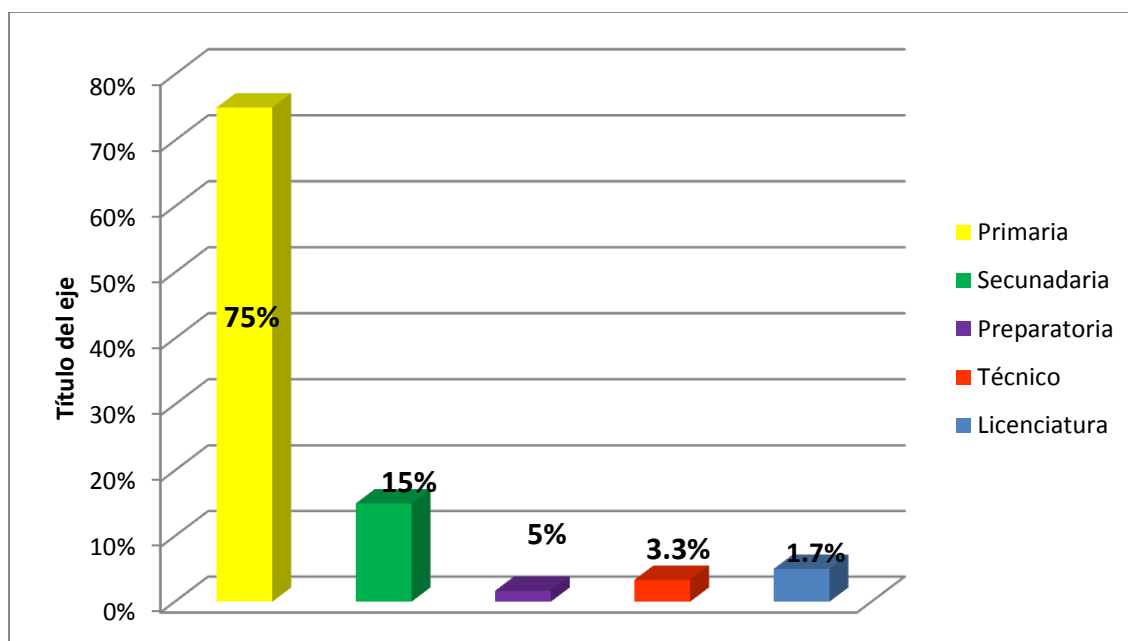


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Con respecto al nivel de escolaridad de los pacientes encuestados, 45 pacientes (75%) tienen educación primaria, 9 (15%) educación secundaria, 3 pacientes (5%) nivel preparatoria, 2 (3.3%) cuentan con una carrera técnica y 1 (1.7%) nivel licenciatura.

Es de llamar la atención que más del 50% de los pacientes tienen educación primaria. (Ver gráfica N° 2)

Gráfica N°2 **Escolaridad**

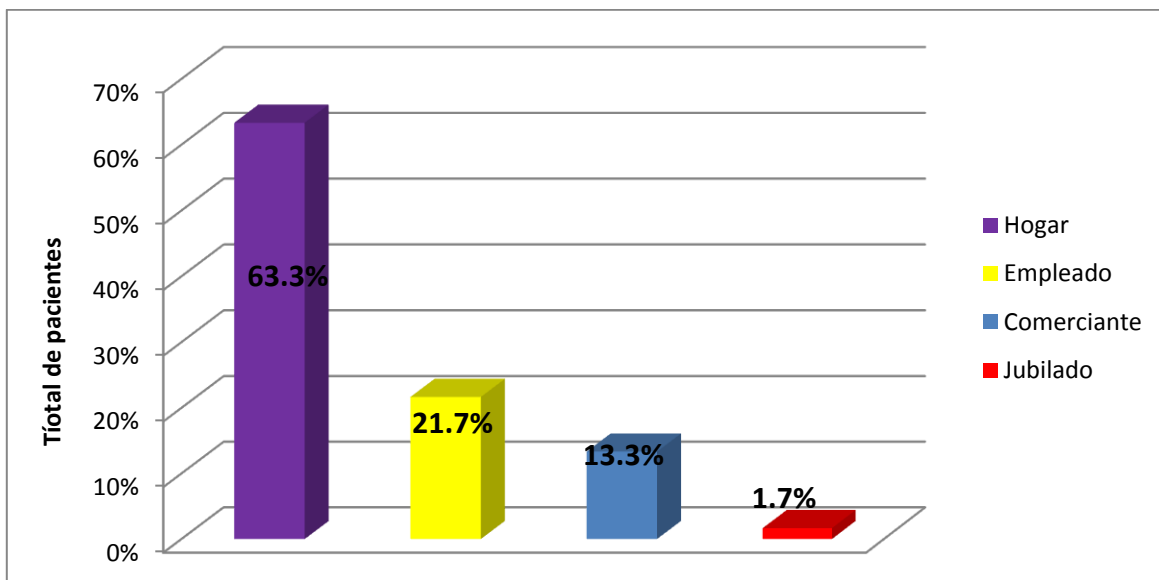


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

En relación a la ocupación de los adultos mayores, 38 (63.3%) se dedican al hogar, 13 (21.7%) son empleados, 8 (13.3%) se dedican al comercio y 1 paciente (1.7%) es jubilado.

Como se puede observar que más del 50% de la población encuestada son personas que se dedican solo al hogar. (Ver gráfica N° 3)

Gráfica N°3 **Ocupación**

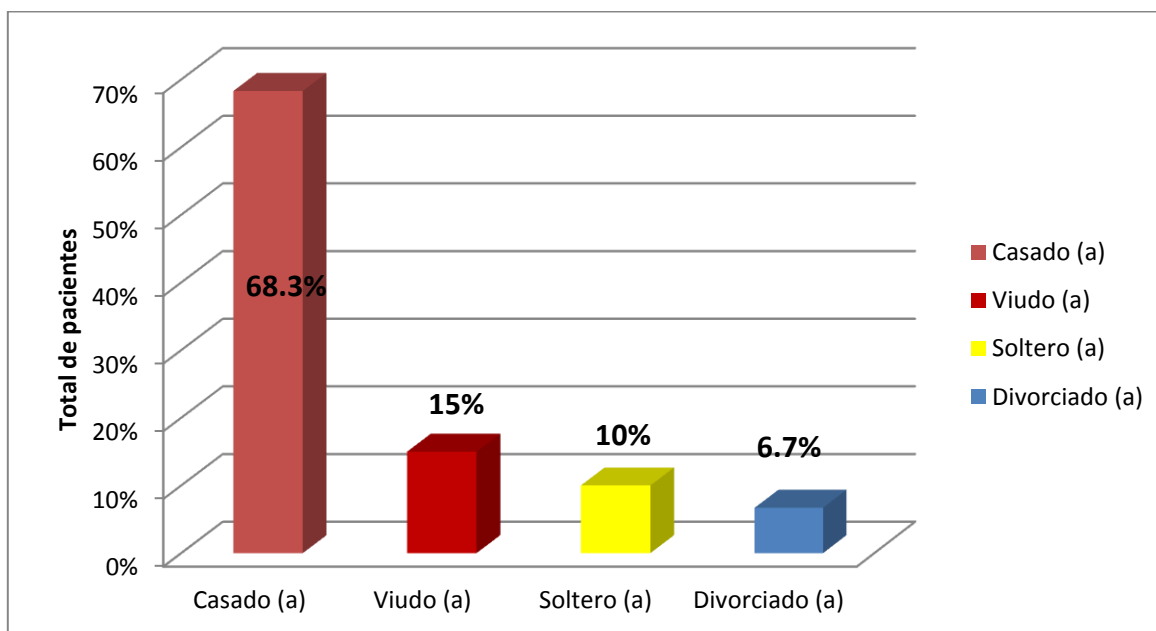


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

A lo que corresponde a su estado civil, 41 pacientes (68.3%) son casados, 9 (15%) son viudos, 6 (10%) son personas solteras y el 4 (6.7%) son divorciados.

Se observa que el estado civil que predomina en más del 50% de los pacientes es el Casado. (Ver gráfica N° 4)

Gráfica N° 4 Estado Civil



FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Otro ítem considerado fue el con quién viven los pacientes, 16 pacientes (26.7%) solo viven con su esposo (a), 15(25%) son viudos y viven con algunos de sus hijos(as), nuera o yerno y los nietos, 12 (20%) viven con su esposo (a) e hijos, 7 (11.7%)viven con un hijo (a), 5 (8.3%) viven con algún hermano (a) 2 (3.3%) viven solos o con una amiga, y 1(1.7%)vive con su mamá.

Estos hallazgos demuestran que la mayoría de los adultos mayores viven con miembros de su familia, quienes pueden brindarles cuidados para mantener su nivel de autocuidado. (Ver tabla N° 2)

Tabla N°2 **Relación a con quién viven los adultos mayores**

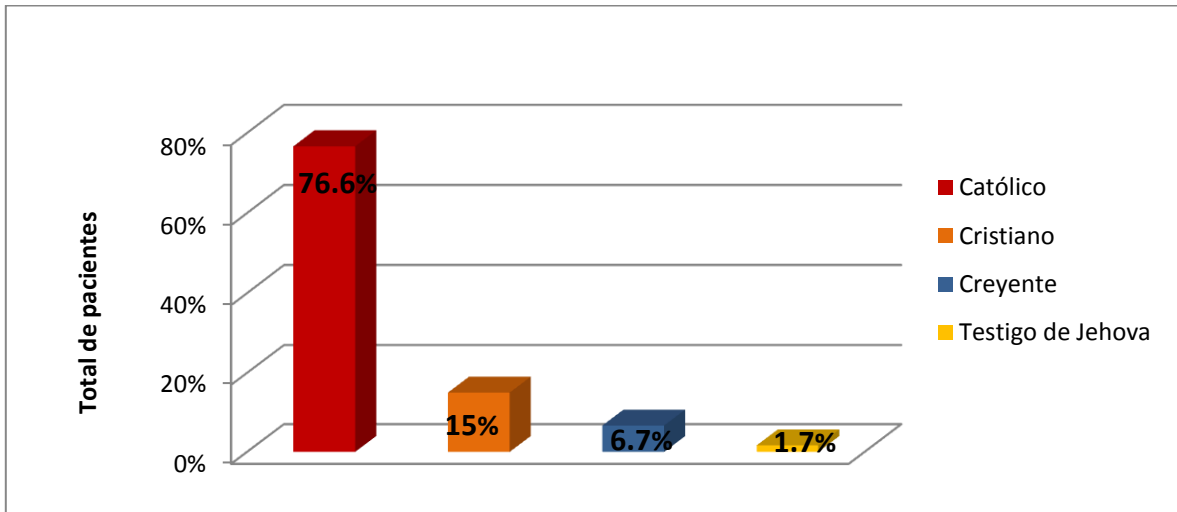
Con quién viven	Frecuencia	Porcentaje
Esposo (a)	16	26.7%
Hijo(a), nuera-yerno, nietos	15	25%
Esposo(a) e hijo(s)	12	20%
Hijo(a)	7	11.7%
Hermano (a)	5	8.3%%
Solos	2	3.3%
Amiga	2	3.3%
Mamá	1	1.7%
Total	60	100 %

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Según la religión que predicán, 46 pacientes (76.6%) son católicos, 9(15%) cristianos, 4 (6.7%) creyentes y 1 (1.7%) es testigo de Jehová.

Como se puede ver que actualmente sigue predominando la religión católica. (Ver gráfica N° 5)

Gráfica N° 5 **Religión**

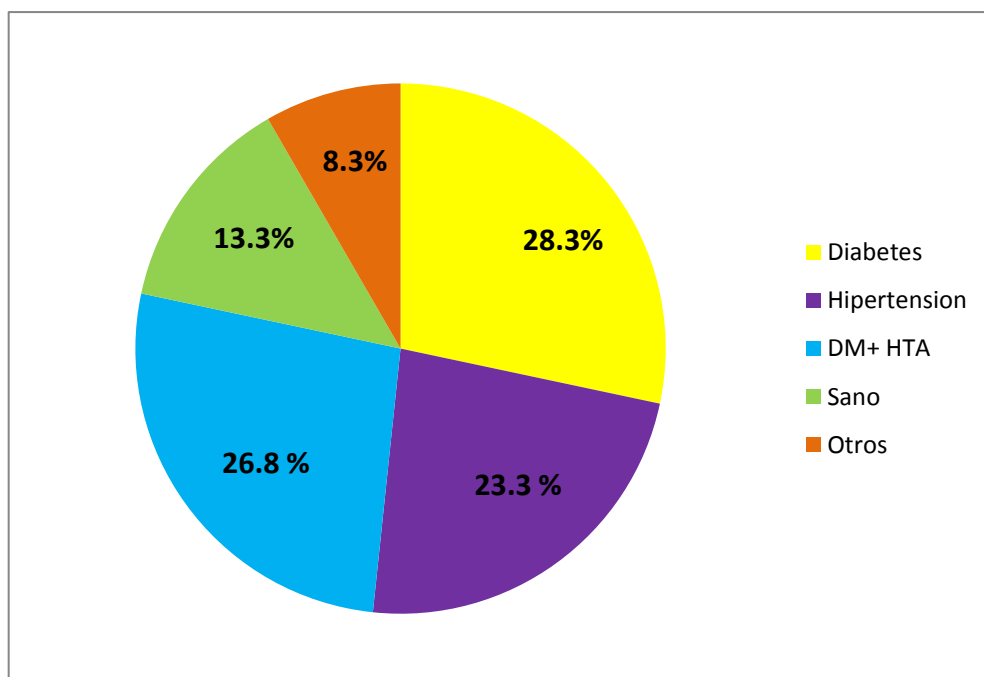


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

De las enfermedades crónico degenerativas 17 pacientes (28.3%) son Diabéticos 14 (23.3%) solo tienen Hipertensión, 16 (26.8%) presentan Diabetes más Hipertensión, 8 (13.3%) se consideran sanos y 5 pacientes (8.3%) padecen otro tipo de enfermedad.

La enfermedad que más predomina en los adultos mayores sigue siendo Diabetes Mellitus. (Ver gráfica N° 6)

Gráfica N°6 **Enfermedades Crónico Degenerativas**

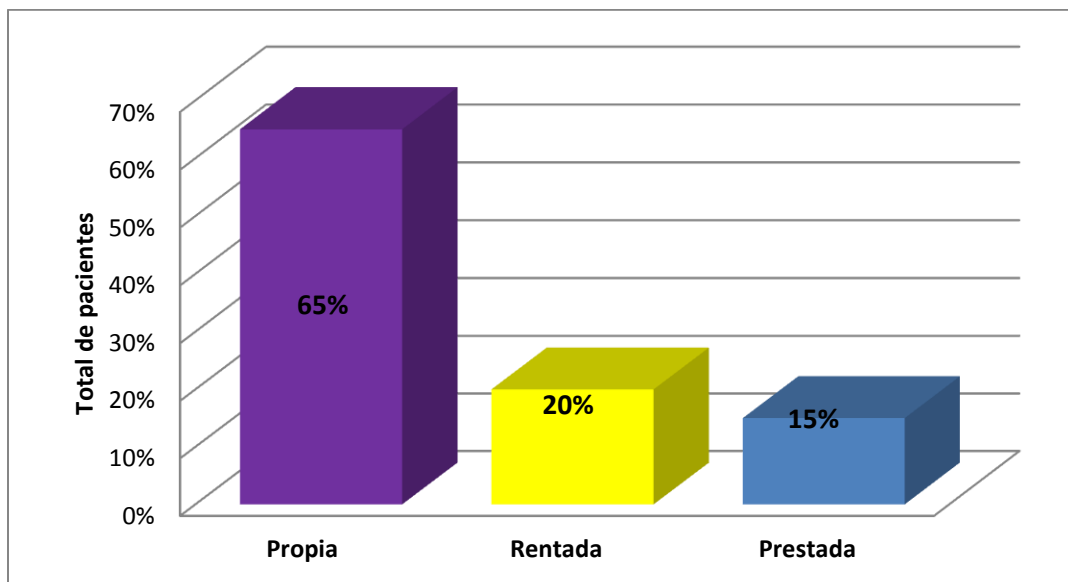


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Al tipo de vivienda con la que cuentan los pacientes, se encontró que 39 pacientes (65%) viven en una casa propia, 12 (20%) rentan la casa donde habitan y 9 (15%) viven en casa prestada.

Es de resaltar que a pesar de ser pacientes que solo cuentan con la primaria y se dedican al hogar, más del 50% habitan en una casa propia. (Ver gráfica N° 7)

Gráfica N° 7 **Tipo de Vivienda**

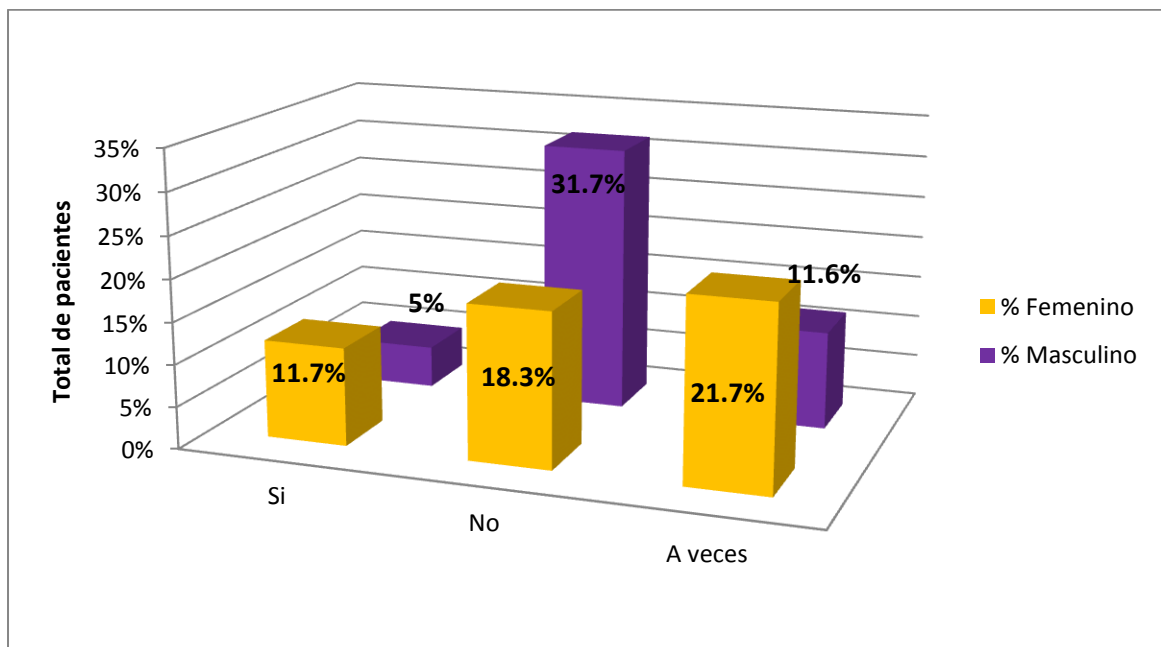


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Respecto a la práctica de ejercicio físico, el sexo femenino responde que 7 mujeres (11.7%) realiza ejercicio diario, 11 (18.3%) no realizan ejercicio y 13 (21.7%) solo a veces dedican su tiempo para realizarlo. Mientras que el sexo masculino demuestra que solo 3 hombres (5%) realiza ejercicio, 19 (31.7%) solo a veces y 7 (11.6%) no realiza ejercicio.

La práctica de ejercicio ha sido de gran importancia para la salud de los adultos mayores pero se observa que más del 50% de la población encuestada no tiene el hábito de realizarlo. (Ver gráfica N° 8)

Gráfica N° 8 **Ejercicio Físico**



FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Referente a hábitos alimenticios; en la primera columna se anotan las preguntas realizadas del cuestionario en relación al tema y se presentan los resultados obtenidos para género masculino y femenino de los cuales podemos resaltar los siguientes hechos: del 100% de los pacientes encuestados, el sexo femenino en un 51.7% prepara solo sus alimentos, en relación al sexo masculino el 30% no preparan sus alimentos ya que sus esposas son las que realizan la comida y cuando las esposas salen a trabajar ellos a veces preparan la comida en un 15% y los pacientes que viven solos en un 3.3% siempre preparan sus alimentos, es importante mencionar que ninguno de los pacientes requiere de ayuda para comer y se observa un déficit en el estilo de alimentación; ya que ambos sexos no llevan una alimentación balanceada ,en ocasiones prefieren más los alimentos fritos que las verduras, el sexo femenino en un 30% y el sexo masculino en un 36.6% y estos pacientes solo comen tres veces al día; en relación a la cantidad de agua consumida, el sexo femenino en un 23.3% consume menos de 4 vasos de agua al día y el sexo masculino en un 26.7% consume 6 vasos al día, pero en ninguno de los sexos se puede observar que consuman más de 8 vasos de agua durante el día. (Ver tabla N° 3)

Tabla N°3 **Relación con los hábitos alimenticios**

Usted prepara sus alimentos	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	31 (51.7%)	(0%)	(0%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	2 (3.3%)	9 (15%)	18 (30%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Requiere ayuda para comer	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>			31 (51.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>			29 (48.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Prefiere alimentos fritos, que verduras	Si	A Veces	No	Total
<i>Femenino</i>	1 (1.7%)	18 (30%)	12 (20%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	4 (6.7%)	22 (36.6%)	3 (5%)	29 (48.3%)
				(100%)
Cuántas veces come en el día	2 veces al día	3 veces al día	5 veces al día	Total
<i>Femenino</i>	5 (8.3%)	20 (33.4%)	6 (10%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	5 (8.3%)	15 (25%)	9 (15%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Cantidad de agua que toma durante el día	Menos de 4 vasos	6 vasos al día	Más de 8 vasos	Total
<i>Femenino</i>	14 (23.3%)	12 (20%)	5 (8.3%)	31 (51.6%)
<i>Masculino</i>	11 (18.3%)	16 (26.7%)	2 (3.4%)	29 (48.4%)
				60 (100%)

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Referente a los hábitos de vestimenta y calzado se resaltan los siguientes hechos para género masculino y femenino: Más del 50% del sexo femenino realiza cambio de ropa interior y exterior diariamente en relación al sexo masculino que un 25% no se cambia de ropa exterior a diario.

Por otro lado se observa que gran parte de la población utiliza ropa adecuada para el frío y calzado acorde a su edad así como les es fácil abrocharse los zapatos.

Para ambos sexos les es fácil vestirse y realizar cambio de su ropa sin necesidad de requerir ayuda. (Ver tabla N°4)

Tabla N° 4 **Relación de Vestimenta y calzado**

Realiza cambio de ropa exterior diariamente	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	26 (43.4%)		5 (8.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	14 (23.3%)		15 (25%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Realiza cambio de ropa interior diariamente	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	29 (48.3%)		2 (3.3%)	31 (51.6%)
<i>Masculino</i>	25 (41.7%)		4 (6.7%)	29 (48.4%)
				60 (100%)
Requiere de ayuda para vestirse	Si	A Veces	No	Total
<i>Femenino</i>	2(3.3%)		29 (48.4%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	2 (3.3%)		27 (45%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Utiliza ropa adecuada en época de frío	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	29 (48.3%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	18 (30%)	9 (15%)	2 (3.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Utiliza calzado acorde a su edad	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	28 (46.7%)	1 (1.7%)	2 (3.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	19 (31.7%)	5 (8.3%)	5 (8.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Puede abrocharse solo los zapatos	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	30 (50%)		1 (1.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	26 (43.3%)		3 (5%)	29 (48.3%)
				60 (100%)

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Respecto a descanso y sueño se presentan los siguientes resultados: Es importante saber que más del 50% de los pacientes no utilizan ninguna técnica para conciliar el sueño ya que la mayoría no duerme durante el día solo el 11.7% del sexo femenino y 10% del sexo masculino a veces lo hace, así como 16.7% del sexo femenino y 15% del sexo masculino descansan después de comer pero sin necesidad de dormir.

En relación a las horas que duermen; 31.6% de los hombres y 15% de las mujeres duermen menos de 6 horas y 36.7% de mujeres duerme adecuadamente entre 6 y 8 horas. (Ver tabla N° 5)

Tabla N° 5 **Relación en descanso y sueño**

Duerme durante el día	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	2 (3.3%)	7 (11.7%)	22 (36.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	2 (3.3%)	6 (10%)	21 (35%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Descansa después de comer	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	6 (10%)	10 (16.7%)	15 (25%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	9 (15%)	9 (15%)	11 (18.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Cuántas horas duerme	Menos de 6 horas		Entre 6 y 8 horas	Total
<i>Femenino</i>	9 (15%)		22 (36.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	19 (31.6%)		10 (16.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Utiliza alguna técnica de relajación antes de dormir	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	4 (6.7%)	4 (6.7%)	23 (38.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	1 (1.7%)	2 (3.3%)	26 (43.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

En la siguiente tabla se arrojan los resultados de las preguntas relacionadas a Higiene personal y baño, obteniéndose lo siguiente: Solo el 6.7% de los pacientes de género masculino requieren de ayuda para trasladarse al baño, debido a que presentan déficit audiovisual o la iluminación de su sanitario no es la adecuada.

El sexo femenino en un 26.7% se baña diario mientras que 28.3% que representa al género masculino lo hace cada tercer día, dentro del baño el 30% del sexo femenino usan una toalla independiente para secarse los pies en relación al género masculino en un 31.7% no lo realiza. 36.7% de las mujeres no requieren de ayuda para cortarse las uñas mientras que el 20% de los hombres si lo necesitan.

Lo que demuestra que los varones tienen mayor incumplimiento en la actividad de autocuidado en relación a higiene personal.

En cuanto al higiene bucal podemos observar un déficit; debido a que tanto hombres en un 26.7% y mujeres en un 31.7% solo realizan esta actividad de 1 a 2 veces al día a pesar de que en la Clínica Amistad se les brinda el servicio de Odontología así como se imparten talleres relacionados a este tema y su importancia. (Ver Tabla 6)

Tabla N° 6 **Relación de Higiene personal y baño**

Se traslada solo al baño:	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	31 (51.7%)		0	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	25 (41.7%)		4 (6.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Con qué frecuencia se baña	Diario	Cada tercer día	1 vez a la semana	Total
<i>Femenino</i>	16 (26.7%)	14 (23.3%)	1 (1.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	10(16.7%)	17 (28.3%)	2 (3.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Usa toalla independiente para secar pies	Si	A Veces	No	Total
<i>Femenino</i>	18 (30%)	3 (5%)	10 (16.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	9 (15%)	1 (1.7%)	19 (31.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Requiere de ayuda para cortarse las uñas	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	8 (13.3%)	1 (1.7%)	22 (36.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	12 (20%)	8 (13.3%)	9 (15%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Realiza higiene bucal o a prótesis dental	No	1-2 veces al día	3 veces al día	Total

<i>Femenino</i>	1 (1.7%)	19 (31.7%)	11 (18.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	5 (8.3%)	16 (26.7%)	8 (13.3%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Acude por lo menos cada 6 meses al dentista	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	24 (40%)		7 (11.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	14 (23.3%)		15 (25%)	29 (48.3%)
				60 (100%)

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

En control de salud se arrojan los siguientes resultados: Más del 50% de los pacientes acuden formalmente a sus consultas médicas, lo que refleja el cumplimiento en el tratamiento médico, mientras 13.3% varones a veces no acuden por falta de dinero.

Como ya se había mencionado anteriormente más del 50% de la población padecen enfermedades crónico degenerativas y dado a esto requieren de la ministración de más de 3 medicamentos al día.

Además aunado a que la mayoría no cumple con el esquema de vacunación que para nosotras es de importancia saber si cuentan con la aplicación de la Vacuna de Influenza y Neumococo a lo que responden a la aplicación del esquema de vacunación que es fundamental en este tipo de pacientes por los factores de riesgo asociados, observándose déficit primordialmente en la vacuna de neumococo. (Ver tabla N° 7)

Tabla N° 7 **Relación en control de salud**

Acude a sus consultas médicas	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	29 (48%)	2 (3.3%)	(0%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	20 (33.3%)	8 (13.3%)	1 (1.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Cumple con el tratamiento indicado	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	21 (35%)	9 (15%)	1 (1.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	16 (26.7%)	10 (16.7%)	3 (5%)	29 (48.3%)
				60 (100%)

Toma más de 3 medicamentos al día.	Si	A Veces	No	Total
<i>Femenino</i>	22 (36.75)		9 (15%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	19 (31.7%)		10 (16.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Se aplicó vacuna de influenza	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	17 (28.3%)		14 (23.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	16 (26.7%)		13 (21.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Se aplicó vacuna de Neumococo	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	12 (20%)		19 (31.7%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	8 (13.3%)		21 (35%)	29 (48.3%)
				60 (100%)

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

En hábitos tóxicos respondieron lo siguiente: 38.3% mujeres no ingieren bebidas alcohólicas en comparación del 21.7% de hombres lo hacen ocasionalmente. El 1.7% tanto de mujeres como de hombres consumen a diario bebidas alcohólicas. En relación al hábito de fumar los resultados son casi iguales al de ingerir bebidas alcohólicas 48.3% del sexo femenino y 26.7% del sexo masculino no fuman, 1.7% mujeres y 8.3% de hombres afirman que fuman a diario y 1.7% de mujeres y 13.3% de hombres lo hacen ocasionalmente. (Ver tabla N° 9)

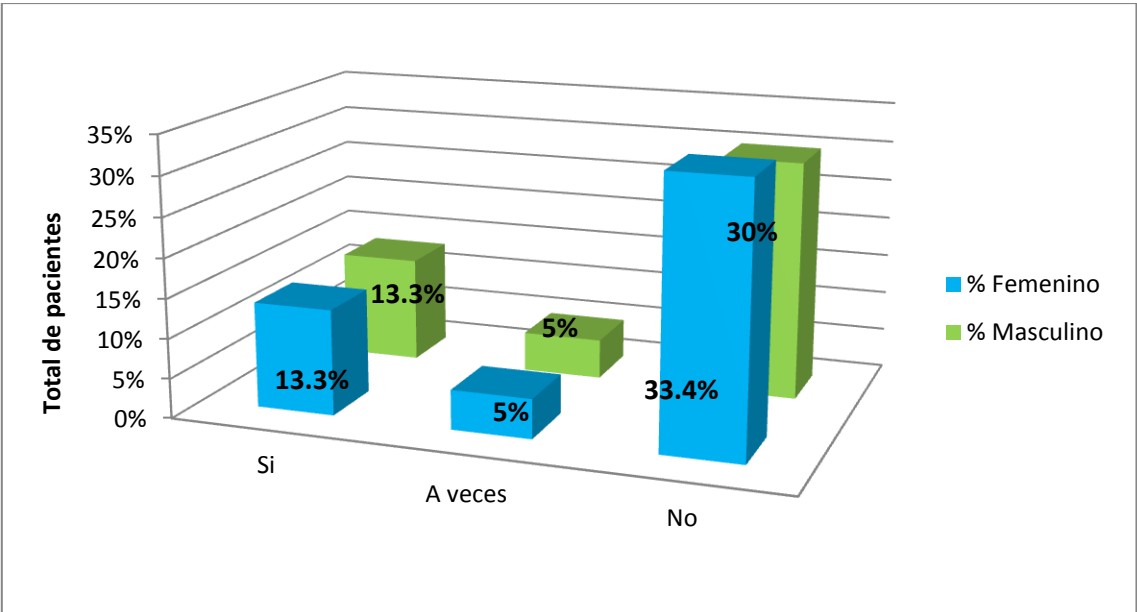
Tabla N° 9 **Relación en hábitos tóxicos**

Ingieren bebidas alcohólicas	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	1 (1.7%)	7 (11.1%)	23 (38.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	1 (1.7%)	13 (21.7%)	15 (25%)	29 (48.3%)
				60 (100%)
Tiene el hábito de fumar	Si	A veces	No	Total
<i>Femenino</i>	1(1.7%)	1 (1.7%)	29 (48.3%)	31 (51.7%)
<i>Masculino</i>	5 (8.3%)	8 (13.3%)	16 (26.7%)	29 (48.3%)
				60 (100%)

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Se les pregunto a los pacientes que si participaban en algún grupo del adulto mayor ya que la mayoría de estos pacientes se dedican al hogar y para nosotras fue indispensable saber a qué dedicaban su tiempo libre, a lo que respondieron: 20 mujeres (33.3%) y 18 hombres (30%) que no participan en ningún grupo para el adulto mayor, 8 mujeres y 8 hombres (13.3%) si acuden a los grupos que están ubicados cerca de sus hogares, como en las delegaciones o fundaciones donde les enseñan a bordar, tejer, pintar e incluso hay grupos de lectura. 3 hombres y 3 mujeres (5%) solo acuden cuando tienen tiempo. (Ver gráfica N° 9)

Gráfica N° 9 Participación en algún grupo del adulto mayor

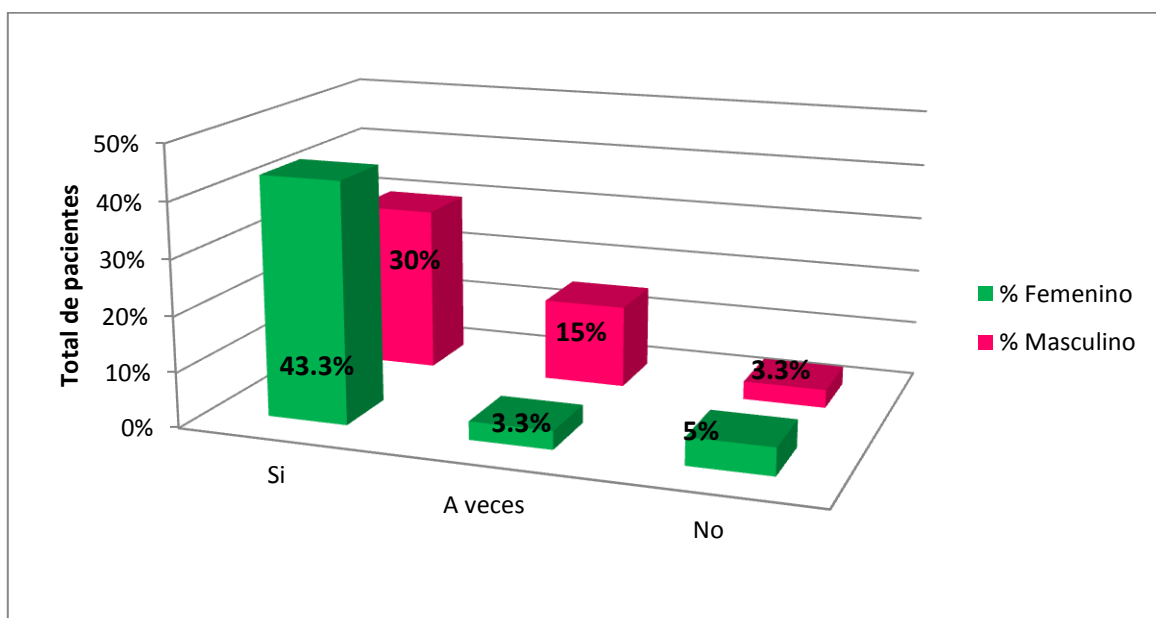


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Por otro lado se pregunta a los adultos mayores que si se trasladan a lugares lejanos en transporte público e incluso como lo hacen cuando acuden a la Clínica ABC Amistad, ya que para nosotras es de importancia saber si los pacientes corren el riesgo de sufrir accidentes mientras se trasladan de un lugar a otro, a lo que responden: 26 mujeres (43.3%) y 18 hombres (30%) que si se trasladan a lugares distantes usando en transporte público y que lo hacen sin compañía de sus familiares, 2 mujeres (3.3%) y 9 hombres (15%) a veces ocupan el transporte público cuando sus familiares no pueden acompañarlos en carro particular y 3 mujeres (5%) y 2 hombres (3.3%) se trasladan en carro particular. (Ver gráfica N°10)

Gráfica N°10

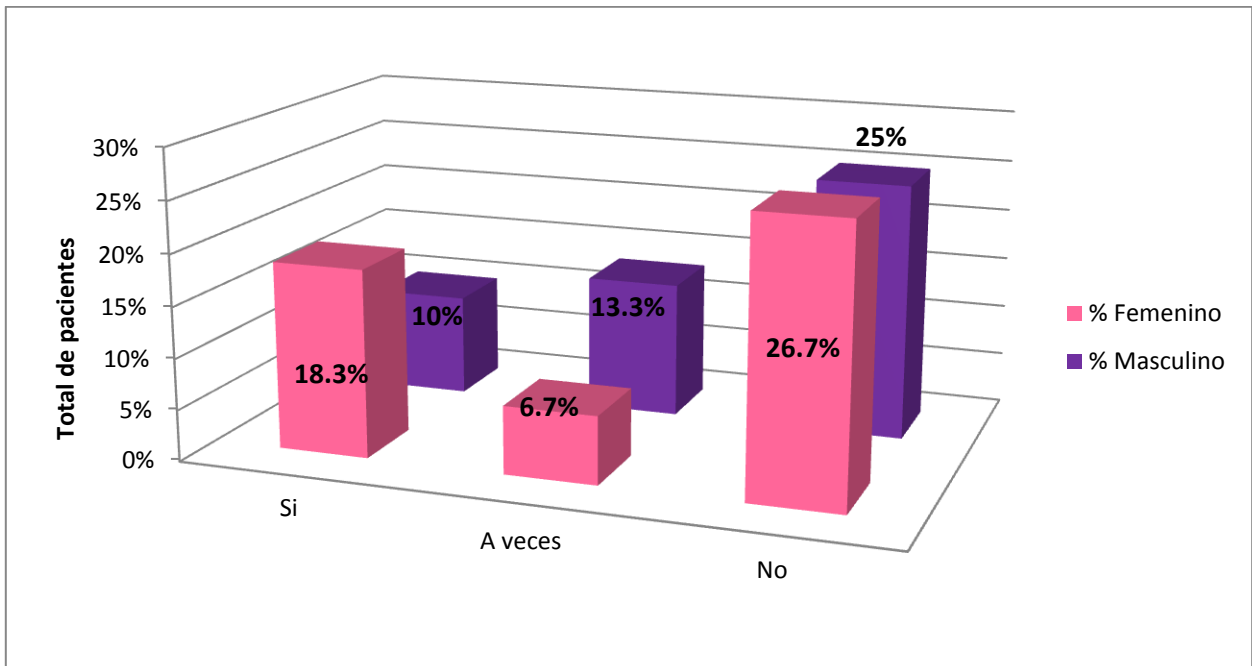
Relación de traslado a lugares distantes en transporte público



FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Es de importancia saber si los pacientes permanecen solos durante el día a lo que responden: 16 mujeres (26.7%) y 15 hombres (25%) que siempre están acompañados de algún familiar por lo general de las nueras que son las que se dedican al hogar, (Ver gráfica N°11)

Gráfica N°11 ¿Permanece solo la mayor parte del día?

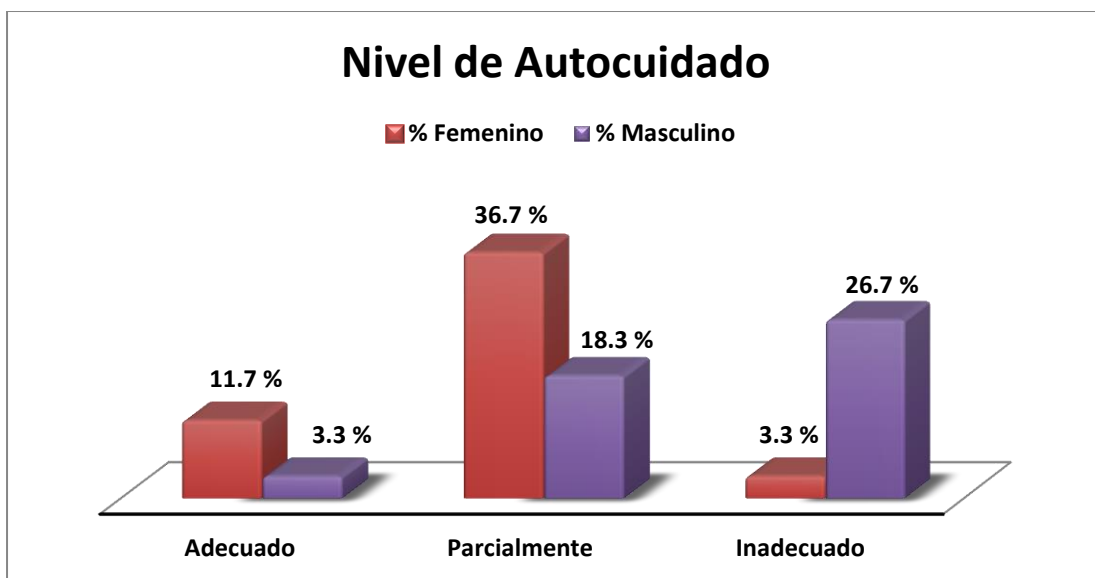


FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac

En relación al nivel de autocuidado que tienen los adultos mayores, los siguientes resultados se obtuvieron por medio del Cuestionario que se aplicó a 60 adultos mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC Campus Santa Fé. 7 mujeres (11.7%) y 2 hombres (3.3%) tienen un nivel de autocuidado ADECUADO, 22 mujeres (36.7%) y 11 hombres (18.3%) tienen un nivel de autocuidado PARCIALMENTE ADECUADO mientras que 2 mujeres (3.3%) y 16 hombres (26.7%) tienen un nivel de autocuidado INADECUADO. Es importante resaltar que la hipótesis del proyecto de investigación es:

Los Adultos Mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del sexo femenino poseen mejor nivel de autocuidado adecuado, en relación con los del sexo masculino. Pero ninguno de los géneros cumple con un nivel de autocuidado al 100% adecuado. (Ver Gráfica N° 12)

Gráfica N° 12



FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

Como ya se había mencionado anteriormente la escolaridad que predomina en los pacientes encuestados es la primaria lo que genera un impacto en el nivel de autocuidado.

Se observa que de las 31 mujeres encuestadas, 25 son de escolaridad primaria y de estas tan solo 6 tienen un nivel de autocuidado adecuado y 2 representan un nivel de autocuidado inadecuado, mientras que de 29 hombres, 21 tienen primaria y de estos 2 poseen un nivel de autocuidado adecuado, seguido de 10 hombres con nivel de autocuidado inadecuado. (Ver tabla N° 10)

Tabla N° 10

Relación de género con escolaridad y su nivel de autocuidado

Género	Escolaridad	Frecuencia	%	Adecuado	Parcialmente	Inadecuado
Femenino	Primaria	25	41.7	6	17	2
	Secundaria	3	5		3	
	Preparatoria	0	0			
	Técnica	1	1.7		1	
	Licenciatura	2	3.3	1	1	
Masculino	Primaria	21	35	2	9	10
	Secundaria	6	10		1	5
	Preparatoria	1	1.7		1	
	Técnico	0	0			
	Licenciatura	1	1.7			1
		60	100 %	9	33	18

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

En la siguiente tabla se arrojan resultados del nivel de autocuidado en relación al estado civil, de lo cual se destaca que de los 60 (100%) pacientes encuestados, 41 son pacientes casados pero el nivel de autocuidado en las mujeres es mejor comparado al de los hombres ya que 11 hombres aún casados representan un nivel de autocuidado inadecuado mientras que 16 de las mujeres tienen un nivel de autocuidado parcialmente adecuado y solo 2 un nivel de autocuidado inadecuado. (Ver tabla N° 11)

Tabla N° 11

Relación de género con estado civil y su nivel de autocuidado

Género	Estado Civil	Frecuencia	%	Adecuado	Parcialmente	Inadecuado
Femenino	Casada	20	33.3	2	16	2
	Divorciada	3	5	1	2	0
	Viuda	3	5	2	1	0
	Soltera	5	8.3	2	3	0
Masculino	Casado	21	35	2	8	11
	Divorciado	1	1.7			1
	Viudo	6	10		2	4
	Soltero	1	1.7		1	
		60	100%	9	33	18

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

En cuanto a la dependencia económica más de la mitad de los pacientes depende de la familia para solventar gastos, en relación a las mujeres dependen en un 16.7% de los hijos únicamente mientras que en un 16.7% de los hombres dependen de sus esposas, hijos y del trabajo. Lo que da un enfoque a nivel de su autocuidado.

Cabe mencionar que se pudo detectar que dentro de este grupo de adultos mayores cuya escolaridad predominante es la primaria solo 1 (1.7%) paciente cuenta con una pensión. Y el 11.6% son independientes económicamente ya que cuentan con apoyo por parte del gobierno. (Ver tabla N°12)

Tabla N°12

Relación de género con dependencia económica y su nivel de autocuidado

Género	Dependencia Económica	Frecuencia	%	Adecuado	Parcialmente	Inadecuado
Femenino	Apoyo Gobierno	2	3.3	0	1	1
	Esposo	9	15	2	7	0
	Hermano (a)	1	1.7	0	1	0
	Hijos	10	16.7	2	7	1
	Trabajo	2	3.3	3	3	0
	Esposo,hijos,trabajo	6	10	0	2	0
	Pensión	1	1.7	0	1	0
Masculino	Apoyo Gobierno	5	8.3	0	1	4
	Esposa	3	5	0	0	3
	Hermano (a)	1	1.7	0	1	0
	Hijos	8	13.3	1	4	3
	Trabajo	2	3.3	0	5	5
	Esposa, hijos, trabajo	10	16.7	1	0	1
	Pensión	0	0	0	0	0
			60	100%	9	33

FUENTE: 60 Cuestionarios con 34 ítems aplicados a pacientes afiliados a la Clínica ABC Amistad por las PLEO del Instituto Marillac.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra tesis nos muestran que de los 60 adultos mayores afiliados a la Clínica ABC Amistad del Centro Médico ABC Campus Santa Fé. 7 mujeres (11.7%) y 2 hombres (3.3%) tienen un nivel de autocuidado ADECUADO, 22 mujeres (36.7%) y 11 hombres (18.3%) tienen un nivel de autocuidado PARCIALMENTE ADECUADO mientras que 2 mujeres (3.3%) y 16 hombres (26.7%) tienen un nivel de autocuidado INADECUADO. Lo que se demuestra que ningún género posee un nivel de autocuidado adecuado.

Con estos resultados coincidimos con el trabajo de: Millán, Israel, en Cuba, donde realizó una investigación llamada “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”. De un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un instrumento diseñado al efecto para medir su autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50.5% de los hombres y el 43.3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe en déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46.7% un 9.8% tiene déficit parcial y 5.64% 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 son independientes para realizar actividades de la vida diaria.²²

En el trabajo de: Martínez, María y cols., en Toluca-México, el 2007 sobre “Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México”, cuyo objetivo fue identificar prácticas de autocuidado en la menopausia. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y exploratorio con muestra probabilística aleatorio simple, con 354 mujeres. La técnica fue la entrevista y el instrumento utilizado un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron: Se observó déficit de autocuidado, principalmente en hábitos alimentarios, apreciándose sobrepeso y obesidad (27%); el ruido es el factor que interfiere con el sueño, el promedio de sueño fueron 5 a 7 horas, 40% no realiza ejercicio; 17% no realiza detección de cáncer cérvico uterino.²³

Lo cual coincide con los resultados de nuestra tesis respecto a la práctica de ejercicio ya que 7 mujeres (11.7%) realizan ejercicio diario, 11 (18.3%) no realizan ejercicio y 13 (21.7%) solo a veces dedican su tiempo para realizarlo. Mientras que el sexo masculino demuestra que solo 3 hombres (5%) realiza ejercicio, 19 (11.6%) solo a veces y 7 (31.7%) no realiza ejercicio.

La práctica de ejercicio ha sido de gran importancia para la salud de los adultos mayores pero se observa que más del 50% de la población encuestada no tiene el hábito de realizarlo.

En la investigación antes citada menciona que el promedio de sueño fue de 5 a 7 horas, lo que coincide con nuestra investigación: En relación a las horas que duermen; 31.6% hombres y 15% mujeres duermen menos de 6 horas y 36.7% mujeres duerme adecuadamente entre 6 y 8 horas.

Con la Investigación de Restrepo, Sandra y cols., en Caldas-Colombia, el 2006 realizaron un estudio sobre “Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud”, cuyo objetivo fue indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multiétapico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional. Las conclusiones entre otras fueron: Se identificó en la alimentación de los adultos mayores, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa .

Lo que coincide con nuestra investigación: Dónde del 100% de los pacientes encuestados, un 51.7% mujeres prepara sus alimentos, en relación al sexo masculino el 30% no preparan sus alimentos y los pacientes que viven solos en un 3.3% siempre los preparan, es importante mencionar que ninguno de los pacientes requiere de ayuda para comer y se observa un déficit en el estilo de alimentación; ya que ambos sexos no llevan una alimentación balanceada ,en ocasiones prefieren más los alimentos fritos que las verduras, el sexo femenino en un 30% y el sexo masculino en un 36.6%; estos pacientes solo comen tres veces al día; en relación a la cantidad de agua consumida, 23.3% de las mujeres consume menos de 4 vasos de agua al día y 26.7% de los varones consume 6 vasos al día, pero en ninguno de los sexos se puede observar que consuman más de 8 vasos de agua durante el día.

El autor Villamil, Olga y cols, en Bogotá-Colombia, el 2005, realizaron un estudio sobre “Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de Chapinero”, cuyo objetivo fue describir las características del autocuidado, tiempo libre y trabajo del Adulto Mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo. La población estuvo compuesta por 12 adultos mayores institucionalizados en el Ancianato su Tercer Hogar y 6 adultos mayores del barrio Juan XXIII. La técnica fue la entrevista semiestructurada y el instrumento utilizado una encuesta. Las

conclusiones entre otras fueron: Los componentes de autocuidado de la salud se relacionan con las creencias, y la cultura, y una cosa son los conocimientos que tienen frente al autocuidado de la salud y el interés que muestran por el tema y otra, las prácticas, porque aunque el 100% de la población encuestada considera que es necesario cuidar de su salud, e ir al médico para hacerlo, el mayor porcentaje de la población tiene hábitos de fumar y consumir licor, así el 94% de la población fuma y el 83% toma ³¹.

La investigación antes citada coincide con los resultados de nuestra investigación; ya que en hábitos tóxicos respondieron lo siguiente: 38.3% mujeres no ingieren bebidas alcohólicas en comparación del 21.7% de hombres lo hacen ocasionalmente. El 1.7% tanto de mujeres como de hombres consumen a diario bebidas alcohólicas.

En relación al hábito de fumar los resultados son casi iguales al de ingerir bebidas alcohólicas 48.3% del sexo femenino y 26.7% del sexo masculino no fuman, 1.7% mujeres y 8.3% de hombres afirman que fuman a diario y 1.7% de mujeres y 13.3% de hombres lo hacen ocasionalmente.

Otra similitud es que se les pregunto a los pacientes si participaban en algún grupo del adulto mayor ya que la mayoría de estos pacientes se dedican al hogar y para nosotras fue indispensable saber a qué dedicaban su tiempo libre, a lo que respondieron: 20 mujeres (33.3%) y 18 hombres (30%) que no participan en ningún grupo para el adulto mayor, 8 mujeres y 8 hombres (13.3%) si acuden a los grupos que están ubicados cerca de sus hogares, como en las delegaciones o fundaciones donde les enseñan a bordar, tejer, pintar e incluso hay grupos de lectura. 3 hombres y 3 mujeres (5%) solo acuden cuando tienen tiempo.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó luego de realizar el presente estudio fueron las siguientes:

El proyecto que realizamos ha contribuido de manera importante para identificar y resaltar los puntos que hay que cubrir y considerar en relación a las necesidades del adulto mayor hoy en la actualidad. Pues si bien cabe mencionar el autocuidado representa una alternativa eficaz para el logro del bienestar en el adulto mayor lo que se traducirá en una población adulta más saludable

En este estudio la hipótesis planteaba que Los Adultos Mayores que están afiliados a la Clínica ABC Amistad del sexo femenino poseían mejor nivel de autocuidado adecuado, en relación con los del sexo masculino lo que nos da la factibilidad de poder observar cómo dos grupos de adultos mayores de características similares perciben de diferente forma su calidad de vida.

Respecto al tratamiento estadístico se utilizó la prueba de χ^2 para 2 muestras independientes con una χ^2_c de 2.706 y una (alfa) 0.05. La χ^2_E obtenida fue de 1.8 por lo que la decisión indica que no encontramos diferencia estadísticamente significativa en el nivel de autocuidado en el género femenino y masculino. Con una P mayor de 0.05; sin embargo se puede demostrar que el género femenino posee mayor nivel de autocuidado en comparación con el género masculino.

Aunque predominó el sexo femenino de acuerdo a la diferencia operacional el autocuidado fue de parcial a inadecuado siendo que los de nivel inadecuado son la minoría tanto en hombres como mujeres; situación que es importante considerar para generar las intervenciones educativas a los asistentes de la Clínica ABC Amistad.

Respecto a la implementación de talleres educativos se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido en los adultos mayores:

- Mantener la capacidad funcional (biopsicosocial) del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades.
- Disminuir las limitaciones de diversas enfermedades.
- Mejorar la interacción entre las personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la difusión de información.

En este país no es nada fácil la vida cuando se llega a viejo. Hay muchas limitaciones sociales y culturales que disminuyen las relaciones de estas personas. Pero no hay que olvidar que una regla de oro es que inevitablemente nos vamos a hacer viejos y a morir, lo que genera la necesidad de aprender a envejecer con dignidad y la obligación de defender los derechos de los adultos mayores.

SUGERENCIAS

Una vez aplicado dicho estudio y ver las debilidades que tienen los adultos mayores respecto a su Nivel de Autocuidado realizamos un taller con diferentes dinámicas y juegos en donde se les hablo sobre las siguientes categorías:

- 1) Actividad física
- 2) Alimentación
- 3) Eliminación
- 4) Vestimenta
- 5) Descanso
- 6) Sueño
- 7) Higiene
- 8) Medicación
- 9) Control de salud
- 10) Adicciones o Hábitos tóxicos

Quedando pendiente una nueva línea de investigación para próximos proyectos.











Anexos



**CLINICA ABC AMISTAD
CENTRO MÉDICO ABC SANTA FE**

THE AMERICAN BRITISH COWDRAY Y MEDICAL CENTER IAP

FECHA: ____ / ____ / 2014.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR “**

Por este medio se le invita a participar en el Proyecto de investigación “**Nivel de Autocuidado en el Adulto Mayor**” que tiene por objetivo medir su nivel de autocuidado, a fin de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud.

La participación en este proyecto es estrictamente voluntaria, es decir, usted puede decidir no participar.

Si usted accede a participar, se le pedirá responda un pequeño cuestionario, esto tomara aproximadamente 15 minutos de su tiempo .La información que se recoja será confidencial, su nombre o cualquier otro tipo de dato que pueda identificarlo no aparecerá en ninguna presentación o publicación que resulte de esta investigación.

Yo _____ voluntariamente acepto participar en este estudio, conducido por el personal de salud de la Clínica ABC amistad del Centro Medico ABC The American British Cowdray Medical Center IAP.

He sido informado y entiendo el propósito de este estudio y entiendo sus beneficios. De tener alguna duda he sido informado que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida.

FIRMA

Cuestionario: Nivel de Autocuidado en el adulto mayor

Estimado señor (a): El presente cuestionario se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir el Nivel de Autocuidado en los adultos mayores, a fin de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas y le solicitamos su consentimiento para participar en la misma, comunicándole que los datos obtenidos serán anónimos y confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración.

Instrucciones: Marque con una "X" la opción de su preferencia.

Sexo: Masculino () Femenino () Edad: _____

Religión: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ ¿Con quién vive? _____

De quién depende económicamente: _____

Especifique si padece alguna enfermedad: _____

1	Con qué tipo de vivienda cuenta:	Propia ()	Rentada ()	Prestada ()	
2	Practica ejercicio físico:	Sí ()	A veces ()	No ()	Especifique cuál:
3	Usted prepara sus alimentos	Sí ()	A veces ()	No ()	
4	Requiere ayuda para comer:	Sí ()	A veces ()	No ()	
5	Prefiere los alimentos fritos que las verduras:	Sí ()	A veces ()	No ()	
6	Cuántas veces come en el día:	2 veces ()	3 Veces ()	5 veces ()	
7	Qué cantidad de agua consume durante el día:	menos de 4 vasos ()	6 Vasos ()	más de 8 vasos ()	
8	Se traslada solo al baño:	Sí ()		No ()	
9	Realiza cambio de ropa exterior diariamente	Sí ()		No ()	
10	Realiza cambio de ropa interior diariamente:	Sí ()		No ()	
11	Requiere de ayuda para vestirse:	Sí ()		No ()	
12	Utiliza la ropa adecuada en época de frío:	Sí ()	A veces ()	No ()	
13	Utiliza calzado acorde a su edad:	Sí ()	A veces ()	No ()	
14	Usted puede abrocharse los zapatos solo:	Sí ()		No ()	
15	Duerme durante el día:	Sí ()	A veces ()	No ()	Cuánto tiempo:
16	Descansa después de comer:	Sí ()	A veces ()	No ()	
17	Cuántas horas duerme:	menos 6 horas ()	6-8 horas ()	más de 8 horas ()	
18	Utiliza alguna técnica de relajación antes de dormir:	Sí ()	A veces ()	No ()	Cuál:
19	Con qué frecuencia se baña:	Diario ()	Cada 3er día: ()	1 vez a la semana: ()	
20	Utiliza una toalla independiente para secarse los pies:	Sí ()	A veces ()	No ()	
21	Realiza higiene bucal o a su prótesis dental:	Sí ()		No ()	Cuántas Veces:
22	Acude por lo menos cada 6 meses al dentista:	Sí ()		No ()	
23	Requiere de ayuda para cortarse las uñas de los pies:	Sí ()	A veces ()	No ()	
24	Acude a sus consultas médicas:	Sí ()	A veces ()	No ()	
25	Toma más de tres medicamentos en el día:	Sí ()		No ()	Cuál (es):
26	Cumple estrictamente con el tratamiento que le indica su médico:	Sí ()	A veces ()	No ()	
27	Se aplicó el año pasado la vacuna de influenza:	Sí ()		No ()	
28	Se aplicó el año pasado la vacuna de neumococo:	Sí ()		No ()	
29	Ingiere bebidas alcohólicas:	Sí ()	A veces ()	No ()	
30	Tiene el hábito de fumar:	Sí ()	A veces ()	No ()	Cuántos:
31	Participa en algún grupo del adulto mayor:	Sí ()	A veces ()	No ()	
32	Acude a lugares distantes utilizando el transporte público:	Sí ()	A veces ()	No ()	
33	Permanece solo la mayor parte del día:	Sí ()	A veces ()	No ()	
34	Qué actividades domésticas o recreativas esta acostumbrado realizar:	Mencione:			

Referencias Bibliográficas

-
- ¹http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- ² Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington DC; OPS/OMS; 2006; 11:27-33. Localización: [Publicación científica y técnica]
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200015
- ³ CONAPO (2013). Panorama desde las proyecciones de población 2010-2015, México, en <http://www.conapo.gob.mx>
- ⁴ Álvarez, A. R. (2002). Salud pública y medicina preventiva (3a.ed.). México: Manual Moderno, pp. 413-420
- ⁵ Colliere MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993:385.
- ⁶ De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 1994; 28(2):223-233.
- ⁷. Lau, Norma. Significado y práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores, Costa rica; 2000.
- ⁸Martínez, María y cols. Autocuidado en mujeres en etapa de menopausia en Toluca. Rev. Méx. Enf. (revista en internet). 2008 mar. (citado 2014 Enero 28) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100010&script=sci_arttext
- ⁹.Restrepo, Sandra y cols. Los Hábitos Alimentarios en el adulto mayor y su Relación con los Protectores y Deteriorantes en Salud. Rev. Chil. Nutr. (revista en internet). 2006 dic (citado 2014 enero 28); 33 (3): 500-510. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006
- ¹⁰Rojas, Angélica. Práctica de Autocuidado que realizan las Mujeres Premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto del Distrito de San Juan de Lurigancho. (Tesis para optar el Grado de Licenciada). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- ¹¹Villamil, Olga y cols. Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de

chapinero. Redalyc. 7(revista en internet). 2005 dic (citado en 2014 enero 30)
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30400706.pdf>

¹². Zamarrón, Miguel y cols. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencia. Factores determinantes. Rev Esp. de Ger. (Madrid) 2000; 35 (2): 17-28

¹³Balcázar, Gabriela y cols. Acciones de Autocuidado en el Adulto Mayor. (Tesis para optar el Grado de Licenciada). México: Minatitlán, Ver; 2006.

¹⁴D´Hyver, C. (2008). Educación Continua (3ª.ed.). México: Manual Moderno, pp. 3

¹⁵ Marina, Olga y cols. (2001) Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Colombia. 2001. pp 28-35

¹⁶Leitón, Zoila. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Lima; Editorial OMS; 2005

¹⁷ Organización mundial de la salud. La atención de los ancianos. Washington, D.C Publicación Científica n°546.

¹⁸ Puig, Monserrat. Cuidados y Calidad de Vida en Villafranca del Penedés. [Tesis para optar grado de Doctora]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009.

¹⁹Elfenbein, Pamela. Guía para de Programas para Adultos Mayores. Universidad Internacional de la Florida. Pp 9.

²⁰ Cea, Alejandro y cols. Manual para el cuidador de personas Adultas Mayores (3ª.ed.) México: Manual del IMSS, pp 48-52

²¹ Tirado, Jorge. Cuidados de la piel del Anciano. Rev. Dermatología Peruana Vol 18:2008

²²Salud180.net.México:(actualizado:27-06-2010;citado 29 enero 2014). Disponible en: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/prendas-adecuadas-para-personas-adultas-mayores>

²³ Organización Mundial de la Salud. Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales en los adultos mayores. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004.

²⁴ Larouse. LAROUSE de los mayores. Barcelona: Editorial SPES; 2002.

²⁵ Amado, Pedro. Introducción a la Gerontología médica. Lima: Editorial Industria gráfica avanzada S.R.L.;2003

²⁶ Kane, Robert. Geriatría clínica. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2001.

²⁷ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado en las personas adultas mayores. Cartilla n°9. Lima: editorial ministerio de la mujer y desarrollo social; 2008.

²⁸ Simón, Ángela. Enfermería Gerontológica. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.

²⁹ Ministerio de Salud de Chile. Manual de autocuidado. Santiago de Chile (revista en internet) citado 2014 enero 30. Disponible en: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_autocuidado.pdf

³⁰ López, José. Fisiología del Ejercicio. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.

³¹ Villamil, Olga y cols. Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de chapinero. Redalyc. 7(revista en internet). 2005 dic (citado en 2014 enero 30) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30400706.pdf>