



Unidad Académica de Salud y Bienestar

Carrera de Enfermería

Sede Azogues

**CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DE PERSONAS
GERIÁTRICAS EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
TURI, AZUAY 2019.**

Trabajo de titulación previo al título de
Licenciado en Enfermería

Autor:

Juan Pablo Tenesaca Martínez.

Director:

Lcda. Ignacia Margarita Romero Galabay Mgs.

Asesor Metodológico

Psic. Andrés Alexis Ramírez Coronel, Mgs.

Azogues–Ecuador

Febrero 2020

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Certifico que el presente trabajo denominado: “CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTOCAUIDADO EN PERSONAS GERIATRICAS EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD TURI, AZUAY 2019”; realizado por Juan Pablo Tenesaca Martínez con documento de identidad: 0105162143, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, febrero 2020

Lcda. Ignacia Margarita Romero Mgs.

TUTOR/DIRECTOR

CI: 0302196183

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Juan Pablo Tenesaca Martínez con documento de identidad: 0105162143, declaramos que los conceptos, análisis y conclusiones del trabajo de titulación denominado: "CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTOUIDADO EN PERSONAS GERIATRICAS EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD TURI , AZUAY 2019", son de nuestra absoluta responsabilidad y propiedad, que no han sido previamente presentados para ningún grado o calificación profesional, respetándose íntegramente los derechos intelectuales de otras personas mediante el uso de citas.

Se autoriza a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA la publicación parcial o total de este trabajo y su reproducción sin fines de lucro.

Azogues, febrero 2020

Juan Pablo Tenesaca Martínez

CI: 0105162143

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres Dora y Edgar, quienes con su paciencia y amor han contribuido para poder llegar a cumplir hoy un sueño más, por inculcarme el esfuerzo y dedicación.

A mi hija Naomi que todo el esfuerzo y sacrificio sea enfocado en brindarte el mejor porvenir y que siempre sea un ejemplo para tu vida. A mi amigo Darwin Armijos por su apoyo y amistad durante toda la carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a nuestros docentes de la carrera de enfermería de la Universidad Católica de Cuenca por compartirnos sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión de manera especial a la Lcda. Margarita Romero tutora del proyecto de investigación, al Dr. Andrés Ramírez docente de investigación como asesor investigativo, la Lcda. María Estrella directora de carrera y demás docentes quienes nos han guiado con paciencia y rectitud. A todos los adultos mayores y personas que conforman el centro de salud de Turi y el GAD parroquial por permitirnos realizar la investigación.

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1 Planteamiento del Problema.	5
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo General	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 Justificación.	9
1.5 Delimitación de la Investigación.....	10
Factibilidad y Viabilidad de la investigación	10
CAPÍTULO II	11
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.1.1. Antecedentes de la investigación.....	11
2.1.2. Bases teóricas: La teoría sobre la investigación que realiza.....	14
2.4. Definición de términos básicos.....	20
2.6 Marco Teórico Operacional.....	21
2.6.1. Sistema de Variables	21
2.6.2. Variables Independientes.....	21
2.6.3 Variables Dependientes.	21
2.6.4 Operacionalización de las variables.....	22
CAPÍTULO III	24

3. MARCO METODOLÓGICO.....	24
3.1. Tipo y Diseño de investigación.....	24
3.2. Población y Muestras.....	24
3.3. Aspectos éticos de la investigación.....	24
3.3.1. Consentimiento Informado.....	24
3.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	24
3.3.2.1. Criterios de Inclusión.....	24
3.3.2.2. Criterios de Exclusión.....	24
3.4. Método.....	25
3.5. Técnica de recolección de datos.....	25
3.5.1 Técnica de tabulación y análisis de los datos.....	26
CAPÍTULO IV.....	27
4. RESULTADO.....	27
4.1. Análisis e interpretación de los resultados.....	27
4.2. Discusión.....	31
CAPÍTULO V.....	33
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1. Conclusiones.....	33
5.2. Recomendaciones.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	39
Anexo 1. Certificado de Bioética.....	39
Anexo 2. Autorización para la recolección de datos.....	40
.....	40
Anexo 3 .Consentimiento informado.....	41
Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.....	45

Anexo 5. Certificado de socialización de resultados.....	50
Anexos 6 .Fotografías.....	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de factores sociodemográficos de la población de estudio.	27
Tabla 2. Descripción de la capacidad de autocuidado de los adultos mayores.	28
Tabla 3. Correlación de variables de autocuidado	29
Tabla 4. Operacionalización de variables CYPAC-AM. Nivel de Independencia y dependencia para realizar las actividades diarias.	30

Resumen

El envejecimiento es la etapa donde la persona experimenta varios cambios en el ámbito biológico, social, psicológico y ambiental **Objetivo:** Describir la capacidad y percepción de autocuidado de personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi, Azuay 2019. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal no experimental, por lo que se aplicó un método analítico debido a que se estudió las características de las variables de estudio, por lo que se utilizó una muestra censal debido a que el tamaño de la muestra es igual al número total de la población. El procesamiento y análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 25. **Resultados:** El 65,7% de los encuestados se encuentran entre 72 – 90 años, el 91,4% prevaleció el género femenino, en relación al nivel socioeconómico el 81,4% presentaron una economía baja, el estado civil con un 37,1% son casados, del nivel de instrucción el 62,9% sin estudios. En el análisis del test CYPAC – AM en la mayoría de categorías los adultos mayores presentaron independencia para realizar las actividades diarias y en relación al grado de significancia el género tuvo una relación de $p < 0.01$. **Conclusión:** La mayoría de los adultos mayores manifestaron sentirse supuestamente sanos y el género fue la única variable en tener una relación con el autocuidado.

Palabras clave: Adulto mayor, percepción, autocuidado, Geriatria.

ABSTRACT

Aging is the stage where the person experiences several changes in the biological, social, psychological and environmental field **Objective:** Describe the capacity and perception of self-care of geriatric people in the senior club of the Turi Health Center, Azuay 2019. **Methodology:** Quantitative study of a non-experimental cross-sectional descriptive type, so an analytical method was applied because the characteristics of the study variables were studied, so a census sample was used because the sample size is equal to the total number of the population. The processing and analysis of the data was carried out through the statistical program SPSS version 25. **Results:** 65.7% of the respondents are in the old age range, with 91.4% the female gender prevailed, in relation to the socioeconomic level 81.4% presented a low economy, the marital status with a 37, 1% are married, of the level of education 62.9% did not present studies. In the analysis of the CYPAC - AM test in most categories, the elderly presented independence to perform daily activities and in relation to the degree of significance the gender had a ratio of $p < 0.01$. **Conclusion:** The majority of older adults reported feeling supposedly healthy and gender was the only variable in having a relationship with self-care.

Keywords: Senior, perception, self-care, Geriatrics

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la etapa donde la persona va a experimentar cambios desde el ámbito biológico, social, cultural, psicológico y ambiental, es por esto que el adulto mayor es considerado a nivel mundial como un grupo vulnerable dentro de la sociedad.

El autocuidado se refiere al cuidado de la persona de una manera integral, una forma de atención primaria para las personas adultas mayores y que contribuye a tener una mejor calidad de vida.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) da a conocer que la población mundial de mayores de 65 años se duplicará de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones en el 2050, por lo cual se ve la necesidad de desarrollar métodos de acción que implementen una adecuada atención en el área de la Salud como en lo económico (adquisición de medicamentos de forma gratuita, la creación de políticas dirigidas a garantizar un ingreso económico que permita a la población llevar una calidad de vida digna) y social (incentivar a la comunidad a formar parte de sus actividades, a esta población vulnerable)(1)

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en el Ecuador hasta el año 2013 existen: 1.049.824 adultos mayores de 65 años (6.5% de la población total) y se prevé que en el año 2020 se incrementará el 7,4 % y para el año 2054 se estima que llegara al 18% de la población total. La esperanza de vida para las mujeres es de 83.5 años y de los hombres 77.6 años (2)

En la atención primaria en salud, el personal sanitario debe enfocarse en la promoción de actividades que ayuden a mejorar las capacidades físicas e intelectuales de la persona adulta, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Dentro de la evaluación general del adulto mayor, es primordial valorar la capacidad de autocuidado en la realización de las actividades diarias, relacionando la recuperación y el tratamiento de enfermedades crónicas-degenerativas y agudas; esta evaluación se lo debe realizar de manera secuente.

La presente investigación pretende identificar los factores que están relacionados con la autopercepción del autocuidado en la realización de las actividades diarias del

adulto mayor, utilizando el cuestionario CYPAC-AM, que se utiliza para la valoración del grado de autocuidado y analizar los factores sociodemográficos.

Los resultados de esta investigación establecieron que el género femenino se relacionó significativamente, en la alteración del autocuidado para la realización de las actividades diarias por parte de los adultos mayores, de acuerdo con otros estudios referentes a este tema, se establecen una similitud con los datos obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema.

El envejecimiento es un proceso progresivo, complejo e irreversible que se caracteriza por cambios biológicos, sociales, psicológicos y ambientales, que se producen durante el transcurso de toda la vida, sin embargo la funcionalidad y la calidad de vida durante el envejecimiento puede verse afectado, debido a las restricciones de las oportunidades y privaciones que han tenido durante la infancia, adolescencia y en la edad adulta. Los estilos de vida pueden verse alterado en este grupo poblacional por la alteración de factores como el acceso a la educación, promoción de salud, calidad de vida y la funcionalidad en el adulto mayor(3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento desde el punto de vista biológico, es decir que el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, con el tiempo estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo que a la larga, sobreviene la muerte(1).

La OMS define al autocuidado como actitudes y aptitudes para realizar de forma independiente y sistemática las actividades encaminadas a conservar la salud y prevenir la aparición de enfermedades. Cuando se produce alteraciones en el estado de salud se debe adoptar el estilo de vida más adecuado para aplacar su evolución(4).

En México en la investigación realizada por Can y Col.(5) en el 2015, con una muestra de 50 adultos mayores, analizaron el nivel de autocuidado en la población adulto mayor, encontrando: El 68% de la población presentó percepción de autocuidado adecuado, el 44,44 % inadecuado. En relación a la percepción del estado de salud el 60% demostraron un autocuidado parcialmente adecuado, el 34% nivel de autocuidado inadecuado, el 3% sin capacidad de autocuidado. En otra investigación realizada por Vargas y Col.(6) a 17 adultos mayores cuyo propósito fue analizar las prácticas de autocuidado que tienen los adultos mayores, obteniendo que el 90% de la población fue del género femenino y el 10% masculino, fluctuando entre las edades de 63 a 93 años, de acuerdo al estado civil la mayoría de la población fueron casados y residen en zonas rurales.

En Cuba en el 2010 el estudio realizado por Méndez (7) a 195 personas mayores de 60 años que fueron seleccionados de forma aleatoria, donde se evaluó la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor analizaron la relación entre el género y el nivel de autocuidado, existiendo un déficit con el 62,6% en hombres, el 51,5% en mujeres y una asociación significativa con un $p=0.05$. En cuanto la edad y el nivel de autocuidado se encontró entre los rangos de edad de 60-69 años el 61,8% es inadecuado, entre 70 y más de 80 años existe un déficit total de autocuidado con el 77,7%.

En el mismo estudio se analizó la asociación entre la percepción del estado de salud con el nivel de autocuidado, dando como resultado el 63,1% de la población de estudio se encuentran aparentemente sanos, el 39,5% presentaron déficit de autocuidado a nivel cognitivo-perceptivo, el 36,9% de los adultos que expresaron sentirse enfermos. De acuerdo al grado funcional y el nivel de autocuidado se estableció el 84% (165) fueron independientes, el 46,7% presentó un déficit de autocuidado, el 30% de la muestra presentó grado de dependencia funcional ya sea total o parcial con un 15,4% (7).

En la investigación realizada en Colombia en el 2014 por Castiblanco y Fajardo (8) a 88 adultos mayores, se evaluó la Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, encontrando el 51% de adultos mayores se aprecian enfermos y un 49% aparentemente sanos, en las clases de adicciones y hábitos tóxicos 97,1%, medicación el 63,2%, alimentación el 53,1% y actividad física 64,1% y es deficiente en las categorías de eliminación con el 45,2%, descanso y sueño el 51,9%, higiene y confort el 58,7% y control de salud 40,68%.

En Perú en un estudio realizado en el 2015 por Condemarin y Col. (9) a 80 adultos mayores analizaron el nivel de autocuidado, obteniendo que ningún adulto mayor alcanzó un nivel alto de autocuidado, el 80% con un nivel medio y el 23,8% un nivel bajo. De acuerdo al género, el 41,2% de varones presentó nivel bajo de autocuidado y el 28% de las mujeres. Destacando que algunos adultos mayores son más propensos a aislarse evitando interactuar con personas de su misma edad, el 31% no participaban en reuniones, el 40% no deseaban ir a paseos, lo cual denota un problema importante dado que las personas al llegar a esta etapa y al no interactuar con la sociedad, pueden sufrir alteraciones graves en los cambios propios del envejecimiento.

En una investigación realizada en Ecuador en la Ciudad de Cuenca el año 2014 por Alvear (10), a 120 personas sobre la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor, el 80% presenta un control de adicciones, el 64,2% el control de medicación presentando un autocuidado adecuado, el 65,8% una actividad física buena, mientras que el 30% presentó índices deficientes, en relación al control de descanso y sueño los valores son bajos, así como de eliminación el 40% demostró una inadecuada capacidad de autocuidado.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la capacidad y percepción de autocuidado de personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi, Azuay?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la capacidad y percepción de autocuidado de personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi, Azuay 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar la población de acuerdo a las características sociodemográficas.

Describir la capacidad y percepción de autocuidado en las personas geriátricas que acuden al club del adulto mayor del Centro de Salud de Turi.

Establecer la relación entre autocuidado y género con la percepción del adulto mayor en su autocuidado.

1.4 Justificación.

La capacidad de autocuidado en el adulto mayor es algo primordial, el estado de salud del adulto mayor es un reflejo y derivación de prácticas saludables que ha adquirido en el lapso de la vida. En esta etapa de envejecimiento se producen una serie de cambios estructurales y funcionales que intervienen en el estado físico, psicológico y social los cuales llegan a incidir en la capacidad de autocuidado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al envejecimiento como el proceso fisiológico que comienza al nacer y que durante el transcurso del ciclo vital se producen varios cambios que alteran la funcionalidad del individuo.(1)

El aumento poblacional del adulto mayor se ha convertido en un desafío para cuidar, tratar y mantener el estado de salud de los pacientes geriátricos, los profesionales de Salud deben brindar una adecuada atención al adulto mayor protegiendo su autonomía e independencia.

Esta investigación tiene como objetivo reconocer los diferentes procesos fisiológicos, psicológicos y sociales que alteran la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor por parte de los profesionales de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de atención en este grupo considerado vulnerable.

Además permite reconocer los principales factores que intervienen en la alteración del autocuidado en el adulto mayor siendo de suma importancia para la creación de futuros proyectos de promoción y prevención relacionados al cuidado, mantenimiento y sostenibilidad de las personas geriátricas para mejorar su calidad de vida dentro de la sociedad.

El resultado permitirá que las Universidades o Instituciones que ofertan carreras relacionadas a la salud, mejoren el aprendizaje teórico - práctico de los estudiantes en relación al adulto mayor, mediante talleres educativos, simulacros y practica asistida en los diferentes niveles de atención, mejorando así su formación académica y creando profesionales con alta calidad en la atención de Salud.

1.5 Delimitación de la Investigación

El presente trabajo de investigación se realizó con los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud “Turi”, lugar donde se procedió a la aplicación de las encuestas para la obtención de información por parte del autor y posteriormente la tabulación y análisis de los resultados.

Factibilidad y Viabilidad de la investigación

Para la ejecución del proyecto investigativo se procedió mediante la aprobación del Comité de Investigación y Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, para la aplicación de las encuestas a los adultos mayores que acuden al club del adulto mayor del Centro de Salud Turi, el tiempo estimado que se estimó realizar la investigación es de 5 meses durante el periodo septiembre 2019–2020.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes de la investigación.

En la investigación realizada por Guzmán y Col.(11), en el año 2017 sobre eficacia del programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en el adulto mayor, cuyo objetivo fue analizar el impacto y la eficacia en la capacidad de autocuidado y condiciones de salud de 250 adultos mayores, donde se encontraron rangos de edad entre 60 a 79 años, el 90,8% presentaron escolaridad básica, el 74,4% estado civil casados, de acuerdo al género el 72,4% son hombres y el 45,3% mujeres, manifestaron una percepción adecuada en su capacidad de autocuidado y con el grado de dependencia el 62,4% de los participantes presentó dependencia funcional moderada; observando una buena capacidad de autocuidado puede impactar en el mejoramiento de la calidad de vida, el mismo que ayudará a establecer minuciosamente el estudio de las variables sociodemográficas a estudiar en esta investigación.

En México en un estudio realizado por Loredo y Col. (12) en el año 2016, sobre nivel de dependencia del autocuidado y calidad de vida del adulto mayor, donde el objetivo es establecer la relación entre calidad de vida, el nivel de dependencia y autocuidado, fue un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, donde el 54% de los pacientes pertenecen al género femenino y el 46% masculino. El 80,2% presentaron independencia para realizar actividades diarias y el 19,8% dependencia leve. En lo que respecta a la realización de las actividades de autocuidado el 22,4% presentaron una buena capacidad de autocuidado y el 76% buena capacidad, en lo referente a la percepción de calidad de vida el 24 % indicaron que su estado de salud se encuentra en buenas condiciones y el 56 % regular; encontrando la dependencia funcional en la realización de las actividades diarias puede influir en la calidad de vida y el estado de salud de los adultos mayores.

En Cuba en el año 2010 en la investigación realizado por Méndez M, sobre Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, tuvo como objetivo principal medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social de los adultos mayores, donde analizó a 354

adultos teniendo como resultado 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% tienen déficit parcial y 5,6% 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, conociendo que la gran mayoría de las personas adultos mayores pueden ser independientes para realizar las actividades cotidianas de su vida diaria (7). Este estudio sirvió para la aplicación del instrumento de investigación ya que el autor es el creador del instrumento CYPAC-AM.

En la investigación realizada por Puello y Col.(13) en Colombia en el año de 2017, sobre impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores, analizaron el impacto de las acciones de un Programa de Enfermería con enfoque promocional y de autocuidado, en el fortalecimiento de la capacidad funcional en adultos mayores, teniendo como resultado que del 100% de la población de estudio, el 82% fueron auto responsables en su autocuidado y el 18% presentaron algún déficit en las prácticas de autocuidado, en conclusión las actividades promocionales de autocuidado mejora la capacidad del adulto mayor en la realización de las actividades diarias, esta investigación; aporta estadísticamente sobre la importancia que debe tener en el control y manejo del autocuidado en el adulto mayor.

En un estudio realizado en Bogotá-Colombia por Fernández A, durante el año de 2011 sobre autocuidado y factores básicos condicionantes en los adultos mayores tuvieron como objetivo determinar el autocuidado y los factores básicos condicionantes en los adultos mayores, realizando un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 240 individuos, resultando que el 99,6% presenta baja agencia de autocuidado, siendo preocupante que tan solo el 0,4% es decir una persona presentó un autocuidado adecuado. Este estudio determinó un autocuidado inadecuado por parte de los adultos mayores, volviéndose un factor de suma importancia en la atención médica (14). Este estudio demuestra que el autocuidado influye directamente en la calidad de vida de los adultos mayores y da importancia a la realización de esta investigación.

En el año 2017 en la investigación realizada por Castiblanco M y Fajardo E, sobre Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro

día/vida, Ibagué, Colombia, el objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, en donde tuvieron como resultado que los adultos mayores presentaron una adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las categorías de alimentación, actividad física, adicciones, medicación y hábitos tóxicos y no se evidenció déficit de autocuidado por parte de esta población, donde llegaron a la conclusión que la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores es parcialmente adecuada en las actividades cotidianas realizadas por parte de la población estudiada (8).

En el estudio investigativo realizado por Velis L y Col. En el año 2018 sobre percepción de la capacidad de autocuidado en los adultos mayores de la Fundación NURTAC, los resultados demostraron que su percepción y capacidad de autocuidado fue deficiente; las áreas con mejor desempeño fue la actividad física y el control de la medicación, mientras que las áreas de menor desempeño fue la de alimentación, adicción y hábitos tóxicos, del control de descanso, sueño y eliminación. Concluyendo que el déficit de autocuidado en los adultos mayores presentan un alto déficit de autocuidado de acuerdo a la longevidad(15)

En la investigación realizada en la ciudad de Cuenca-Ecuador en el año 2018 por Velis y Col. (16) sobre percepción de autocuidado y autoestima de los adultos mayores, realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, trasversal, con una muestra de 50 adulto/as mayores, entre 65 y 90 años de edad, donde se obtuvo que los adultos mayores presentaron una adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: El 64% alimentación, 70% medicación, 66% adicciones 74% y hábitos tóxicos 80%, no se evidenció déficit de autocuidado, demostrando un porcentaje alto en esta categoría.

2.1.2. Bases teóricas: La teoría sobre la investigación que realiza.

Adulto Mayor

El Ministerio de Salud Pública considera al adulto mayor como la persona mayor de 60 años que ha experimentado varios cambios desde el punto de vista biológico y psicológico debido a alteraciones de los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos durante todo el trascurso de su vida, es por esto que este grupo vulnerable está sujeto a derechos socialmente activos y con garantías por parte de la familia y sociedad(17).

Envejecimiento

Es un proceso universal, progresivo, intrínseco e irreversible caracterizado por modificaciones psicológicas, biológicas y sociales debido a los cambios tisulares, celulares, funcionales y orgánicos, alterando de esta manera la capacidad adaptativa del organismo con el medio. El proceso de envejecimiento tiene su inicio entre las edades de 20 a 30 años, etapa donde el organismo alcanza su máximo grado de madurez y comienza la acción de producirse modificaciones fisiológicas y morfológicas en las personas, deteriorando al organismo hasta el punto de hacerlo incapaz de enfrentar las condiciones y circunstancias del entorno. Sin embargo todos estos cambios que sufren los tejidos y órganos durante la etapa de envejecimiento deben considerarse como un problema de salud desde la perspectiva anatomofisiológicas (18).

Al envejecimiento también se lo puede conceptualizar como un proceso individual y colectivo en el individuo pero que es condicionado por la misma sociedad y calidad de vida. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OPS), establece una variedad de estrategias con el propósito de mejorar la calidad de vida en los adultos mayores basándose en principios de: Participación, independencia, autorrealización, cuidado y dignidad, colocando a la salud de las personas mayores dentro del eje político, asociando sistemas de salud que aporten al afrontamiento de los retos asociados al envejecimiento, capacitaciones de los recursos humanos enfocándose principalmente en la salud, información y cuidado para lograr las intervenciones básicas con éxito (19).

Envejecimiento y sociedad.

Una de las esferas más afectadas durante el envejecimiento es la social, porque en esta etapa el adulto mayor pierde interés en la realización, participación e interacción de diferentes actividades sociales como familiares, deportivas, laborales, religiosas, etc., situaciones que afectan en cierta manera la integridad y la sociabilidad de estas personas. A estas circunstancias también se suma el abandono por parte de los familiares, la economía baja y escasa calidad en los servicios médicos y sociales dentro de la población (18).

Etapas de envejecimiento.

De acuerdo a las etapas de envejecimiento Alvarado (20) menciona:

Vejez: Etapa final del envejecimiento equivalente a la prolongación de años en relación a otras personas del mismo grupo poblacional, el estado de las personas que comienza a sufrir alteraciones a nivel fisiológico y biológico en el organismo.

Ancianidad: Esta fase hace referencia al fin de la vida de las personas, teniendo como inicio aproximadamente a los 60 años, esta etapa se caracteriza por un aumento de la disminución de la fuerza física, provocando a su vez una progresiva baja en la actividad mental, es decir, el individuo va perdiendo el interés en la realización de las actividades de vida.

Tercera edad: Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han alargado las posibilidades de vida y se debe mantener a esas personas, es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional.

Longevidad: Se puede conceptualizar como el máximo de duración de la vida, concepto que hace referencia a alargar la vida no solo refiriéndose a vivir por un largo espacio de tiempo, sino a tener un buen estado de salud manteniendo una buena vida y de manera independiente.

Discapacidad: Se define como la limitación gravemente a la realización de las actividades por parte del adulto mayor dando origen a la deficiencia, haciendo referencia a la pérdida total de la funcionalidad de un órgano o sistema. Por su parte, la minusvalía hace referencia a las limitaciones causadas por las deficiencias, pero

que se encuentran estrictamente asociadas con las actividades del individuo dentro de su entorno social.

Cambios del envejecimiento.

Según González (21) menciona:

Cambios físicos y fisiológicos: Referencia el deterioro del sistema nervioso desencadenando lentitud en los movimientos y la pérdida de reflejos, aumentando de esta manera la posibilidad de originar enfermedades que puedan afectar a distintos órganos y sistemas del organismo como por ejemplo la aparición de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, músculo-esqueléticas, sistema inmunológico y sistema urinario.

Cambios psicológicos y cognitivos: Es la predisposición a padecer melancolía, tristeza y depresión aspectos que están relacionados con la etapa de envejecimiento y de la misma manera pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y aspectos sociales dando como consecuencia el aislamiento social.

Cambios psicomotores: En los Seres Humanos se produce una retrogénesis psicomotora, es decir, que el proceso por el cual la organización psicomotora que ha sido desarrollada desde el nacimiento hasta la adultez en cualquier momento sufrirá una degeneración vertical descendente, iniciándose desde la praxia fina y habilidades perceptivo-motrices hasta el equilibrio y la tonicidad.

La degeneración psicomotora puede presentar una variedad de sintomatología como la desestructuración de la anatomía corporal y como la dificultad del reconocimiento del propio cuerpo, problemas en el equilibrio y la orientación provocando una involución de las cualidades físicas, fuerza, flexibilidad, resistencia y velocidad.

Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem.

En el estudio realizado por Naranjo (22) señala:

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, respondiendo a las necesidades básicas de ayudar al individuo cuando este no esté en la capacidad de proporcionarse por sí mismo en el

mantenimiento de la calidad en los cuidados para mantener un estilo de vida saludable, es por esto que la enfermería ayuda a la identificación de los problemas de salud y de las necesidades potenciales y reales de la personas, familia y comunidad generando de esta manera su autonomía o independencia en la realización de las actividades.

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

Es por esto que esta autora considera que el autocuidado es una función humana reguladora, que puede ser aplicado a cada individuo de forma voluntaria con el propósito de mantener su estado de salud y vida, bienestar y desarrollo, considerándose como un sistema de acción. Los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y la actividad de autocuidado son los fundamentos principales para comprender las necesidades y limitaciones de acción de cada persona.

Esta teoría apunta que la enfermería debe ser considerada como una acción humanitaria relacionada con sistemas de acción, formados por los enfermeros a través del cumplimiento de sus deberes y actividades profesionales ante las personas que presenten limitaciones en el estado de su salud o que expresen problemas de autocuidado o cuidado dependiente.

Teoría del autocuidado

“El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.(22)

Teoría del déficit de autocuidado

“La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no

son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto".(22)

“Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería".(22)

Teoría de los sistemas de Enfermería

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería que son:

- “La Enfermera”.
- “El paciente o grupo de personas”.
- “Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos”.(22)

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común:

“Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas”.

“Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados”.

“Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud”.

“Determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro”.

“Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo”.(22)

Sistema totalmente compensador: “Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del

paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad".(22)

Sistema parcialmente compensador: "Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. El enfermero actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción".(22)

Sistema de apoyo educativo: "Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades".(22)

Bases legales:

Según la Constitución de la República del Ecuador dispone que los artículos 32, 36 y 38 garantizan el bienestar completo de los adultos mayores.

Art. 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 38: El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas (23).

Consideraciones Éticas

Según Quispe (24), en su investigación establece que:

Los procedimientos seguidos en la investigación no atentarán contra la dignidad de los adultos mayores, por lo que se tomara en cuenta los aspectos éticos como la autonomía, la no maleficencia, beneficencia y justicia.

Autonomía: Hace referencia a respetar el derecho de las personas a elegir y realizar las acciones basadas en las creencia y valores de cada individuo.

No maleficencia: El principio de no maleficencia hace referencia a no ocasionar daño a la sociedad de manera intencionada.

Beneficencia: Este principio consiste en prevenir el daño sino velar por el bienestar completo de las personas.

Justicia: Este aspecto bioético hace referencia a la distribución equitativa, imparcial y apropiada para cada persona sin importa su religión, etnia, estado social o procedencia.

2.4. Definición de términos básicos.

Según Anzola E, (18) menciona

Geriatría: Rama medica dedicada al diagnóstico y tratamiento de las patologías que aparecen durante la etapa de envejecimiento.

Envejecimiento: Proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona.

Adulto Mayor: Persona mayor de 60 años que se caracteriza por experimentar diferentes cambios desde el punto de vista fisiológico, biológico, social y comunitario.

Esperanza de vida: Es el promedio de años de vida esperados de una persona desde su nacimiento o desde cualquier edad que se especifique.

Deficiencia: Es la pérdida total o parcial de la capacidad fisiológica, psicológica o estructura anatómica.

Estilo de vida: Hace referencia al consumo, hábitos, exposiciones y conductas a factores externos que afectan el estado de salud.

2.6 Marco Teórico Operacional

2.6.1. Sistema de Variables

2.6.2. Variables Independientes.

Edad: Se puede considerar como un grupo generacional que puede estar dividida en grupo de edades a partir del parentesco o genología(24).

Género: Son las diferentes características estimadas socialmente adecuadas para uno y otro sexo en una sociedad determinada (25).

Economía: Es el principio de división del trabajo y libertad con el fin de obtener ganancias con el propósito de satisfacer las necesidades del hombre (26).

Estado Civil: Es la capacidad de elegir una pareja que presente distintas características físicas, biológicas y emocionales, con la predisposición a sentirse atraídos por otra personas(27).

Nivel de Instrucción: Es la medida que indica el promedio de años que una persona ha cursado en la educación (28).

2.6.3 Variables Dependientes.

Capacidad y Percepción de Autocuidado: Es el proceso cognitivo de la conciencia en la interpretación, reconocimiento, significación e interpretación para la formulación y elaboración de juicios en relación a las sensaciones basadas en el ambiente social y físico, por lo cual intervienen otros procesos como los psíquicos entre los que se encuentran la memoria, la simbolización y el aprendizaje(29).

2.6.4 Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
SOCIODEMOGRÁFICOS.	Edad.	Años.	Nominal. 1. Senectud (60-72 años). 2. Vejez (72 a 90 años). 3. Longevidad (más de 90).
	Genero.	Fenotipo.	Nominal. 1. Masculino. 2. Femenino.
	Economía.	Nivel Económico.	Nominal. 1. Alto. (800 o más). 2. Medio. (401 a 800). 3. Bajo. (100 a 400).
	Estado Civil.	Estado Legal.	Nominal. 1. Soltero. 2. Casado. 3. Divorciado. 3. Viudo.
	Nivel de Instrucción.	Años de estudios.	Nominal. 1. Sin Estudios. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Superior.
CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN.	Capacidad funcional.	Autocuidado	Nominal. 1. Percepción de autocuidado adecuado. 2. Percepción de autocuidado

			<p>parcialmente adecuado.</p> <p>3. Percepción de autocuidado inadecuado.</p> <p>4. Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.</p> <p>5. Déficit de autocuidado total.</p>
--	--	--	---

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de investigación

La presente investigación es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, analítico, prospectivo, probabilístico, no experimental.

3.2. Población y Muestras.

Muestra

Se realizó una muestra probabilística debido que la investigación se aplicó a toda la población que cumpla con los requisitos expuestos en este proyecto.

Universo

El universo lo constituyen los adultos mayores que acuden al club del adulto mayor del Centro de Salud Turi.

Muestra

Censal debido a que el tamaño muestral es igual al número total de la población.

3.3. Aspectos éticos de la investigación

3.3.1. Consentimiento Informado

A cada participante se entregó y se hizo firmar el consentimiento informado, que es un procedimiento formal, una exigencia ética, y un derecho mediante el cual se respeta el principio de autonomía del participante en este estudio; así las personas pueden aceptar o rechazar su participación.

3.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.3.2.1. Criterios de Inclusión

Adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud de Turi que previamente firmaron el consentimiento informado.

Adultos mayores que están dentro de sus capacidades mentales.

3.3.2.2. Criterios de Exclusión

Participantes que no firmaron el consentimiento informado, no desearon participar de la investigación.

3.4. Método

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Titulación.

Exposición del protocolo previa autorización por parte del asesor, director y personal académico de titulación.

Posteriormente la propuesta de investigación fue enviada al Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos para su respectivo análisis y aprobación.

Luego se procedió a la autorización de los permisos por parte de las autoridades del Distrito 01D02 de la Ciudad de Cuenca, para la aplicación correspondiente de las encuestas.

Al finalizar la investigación se socializará los datos obtenidos al personal y se dejará un ejemplar de la tesis, a la respectiva encargada del Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Turi.

3.5. Técnica de recolección de datos

La obtención de los datos de la investigación se lo realizó por parte del autor con el propósito de evitar error durante la recolección de la información.

Para la recolección de datos se aplicó el instrumento CYPAC-AM, el cual mide la capacidad y percepción del autocuidado en el adulto mayor, el cual fue sometido a prueba piloto y de especificidad por Millán Méndez, dando como resultado un Alfa Crombach de 0.77, que equivale a confiable para la realización de investigaciones referentes al tema (7).

Este instrumento evaluó ocho categorías como la actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de salud, adicciones o hábitos tóxicos los cuales se valoran como independiente o dependiente en la realización de las actividades diarias (7).

La norma de evaluación del instrumento se especifica de la siguiente manera:

El ítem 1 de cada categoría determina el grado de dependencia en la realización de las actividades diarias, es decir, si la respuesta es negativa la persona es dependiente y por lo tanto indica algún grado de déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva el individuo es independiente para esa actividad y se continuará midiendo los otros ítems(7).

Si tres o más respuestas son positivas y no hay respuestas negativas el autocuidado se considerará adecuado para esa categoría y se le asignará una puntuación de tres puntos.

Si dos o más respuestas son intermedias, es decir, (a veces), el autocuidado es considerado como parcialmente adecuado y se le dará una puntuación de dos puntos.

Si más de una respuesta es negativa el autocuidado será considerado como inadecuado y se le asignará la puntuación de uno (7).

Interpretación del Test.

Entre 21 y 24 puntos: Percepción de autocuidado adecuado.

Entre 16 y 20 puntos: Percepción de autocuidado parcialmente adecuado.

Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: Percepción de autocuidado inadecuado.

Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.

Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total(7).

3.5.1 Técnica de tabulación y análisis de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo las variables, los resultados fueron expresados en frecuencias y porcentajes y presentados en tablas. Posteriormente se efectuó el análisis correlacional entre las variables con la correlación de Rho de Spearman, por ser esta prueba adecuadamente vigorosa ante el cumplimiento de supuestos no paramétricos. Para el análisis de los datos se utilizará el estadístico SPSS 25.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADO

4.1. Análisis e interpretación de los resultados

A continuación, se presenta los resultados derivados de la información recopilada por medio del instrumento aplicado a personas geriátricas que asisten al club del adulto mayor del Centro de Salud Turi; se presentan tablas de frecuencias y porcentajes y de asociación significativa de variables con sus respectivos análisis.

Tabla 1. Caracterización de factores sociodemográficos de la población de estudio.

	Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Senectud (60a72años)	22	31.4%
	Vejez (73a90años)	46	65.7%
	Longevidad (más de 90 años)	2	2.9%
Genero	Masculino	6	8.6%
	Femenino	64	91.4%
Economía	Medio	13	18.6%
	Bajo	57	81.4%
Estado Civil	Soltero	10	14.3%
	Casado	26	37.1%
	Divorciado	12	17.1%
	Viudo	22	31.4%
Nivel de Instrucción	Sin Estudios	44	62.9%
	Primaria	26	37.1%
Como usted percibe o considera su estado de salud	Supuestamente sano (saludable).	36	51.4%
	Aparentemente enfermo (no saludable).	34	48.6%
Total		70	100%

Autor: Juan Pablo Tenesaca Martínez.

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis: Se estableció que el 65.7% de la población se encuentra en el rango de vejez (72 a 90años), con el 91.4% el género que prevaleció fue femenino, el 81.4% de encuestados son de economía baja, el 37.1% son casados y el 62.9% no presenta un nivel de estudios. Además, con relación a como el adulto mayor percibe su estado de salud el 51.4% lo considera como sano.

Tabla 2. Descripción de la capacidad de autocuidado de los adultos mayores.

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Sin Capacidad	19	27.1%
Inadecuado	30	42.9%
Parcialmente Adecuado	14	20.0%
Adecuado	7	10%
Total	70	100%

Autor: Juan Pablo Tenesaca Martínez.

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis: El 42.9% de los encuestados presentan un autocuidado inadecuado, el 27,1% sin capacidad para su autocuidado, el 20,0% con el indicador parcialmente adecuado y el 10% es adecuado, siendo esta información de mucha importancia porque servirá para futuras investigaciones y por ende mejorar su calidad de vida y su autocuidado.

Tabla 3.Correlación de variables de autocuidado

	Correlacional	
	Genero	Autocuidado
Como usted percibe o considera su estado de salud.	,298*	,329**
	0,012	0,005

Autor: Juan Pablo Tenesaca Martínez.

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis: El estado de salud que percibe la persona esta correlacionado positivamente con el género (0,012) y el autocuidado (0,005) se percibe un estado de salud.

Tabla 4. Operacionalización de variables CYPAC-AM. Nivel de Independencia y dependencia para realizar las actividades diarias.

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
SI	62	88,6
NO	8	11,4
Alimentación	Frecuencia	Porcentaje
SI	59	84,3
NO	11	15,7
Eliminación	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	44,3
NO	39	55,7
Descanso y sueño	Frecuencia	Porcentaje
SI	40	57,1
NO	30	42,9
Higiene y confort	Frecuencia	Porcentaje
SI	67	95,7
NO	3	4,3
Medicación	Frecuencia	Porcentaje
SI	61	87,1
NO	9	12,9
Control de salud	Frecuencia	Porcentaje
SI	66	94,3
NO	4	5,7
Adicciones o hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
SI	69	98,6
NO	1	1,4
TOTAL	70	100

Autor: Juan Pablo Tenesaca Martínez.

Fuente: Instrumento de recolección de datos procesado en SPSS 25

Análisis: De acuerdo a la operacionalización de las variables de autocuidado, se evidencia que el 88,6% es independiente para realizar actividades físicas, el 84,3% prepara sus alimentos y se alimenta sin ayuda, el 55,7% presenta alteraciones en la eliminación, el 57,1 tiene buenos hábitos para el descanso y sueño. En relación a la higiene el 95,7% son independientes, el 87,1% es responsable con el tratamiento y medicación, el 94,3% controla su salud, es responsable con las consultas médicas y el 98,6% no tiene ningún tipo de hábitos tóxicos.

4.2. Discusión

Esta investigación se realizó con una muestra de 70 adultos mayores, donde se midió las características sociodemográficas de la población, encontrando que el 65,7% de la población está en el rango de vejez, el 31,4% senectud y el 2,9% longevidad. Si comparamos con el estudio realizado por Millán I, donde establece en su estudio que los adultos mayores que se encontraban en senectud presentaban un 54,7%, vejez y longevidad en un 61,8% (7). Debido que con el pasar de los años los adultos mayores presentan mayores cambios físicos, fisiológicos y psicológicos.

En la población de estudio el género que prevaleció fue el femenino con el 91,4%, el 8,6% masculino, teniendo una similitud con la investigación realizada por Velis L. , donde el género femenino prevaleció con un 75% y el masculino con un 25% (16).

A nivel socioeconómico la mayoría de los adultos mayores presentan una economía baja con el 81,4% y el 18,6% pertenecen a una economía media, en relación al estado civil el 37,1% eran casados, el 31,4% son viudos, el 17,1% son divorciados y el 14,3% son solteros, en cuanto al nivel de instrucción el 62,9% no presentaron estudios y el 37,1% solo cursaron la primaria. A diferencia del estudio realizado por Loredó M, donde se encontró que el nivel económico representa el 52,6% recibían ingresos por pensión y el 47,4% no presentaban una economía estable, además la población. Dentro del estado civil el 67,2% se encontraban casados y el 42,1% eran viudos, con relación al nivel de instrucción el 32,8% tenían primaria incompleta, el 23,3% primaria completa y el 20,7% estudios profesionales (12). Si consideramos que la economía es un factor importante para el bienestar del individuo, en el presente estudio se observa que esta es baja lo que puede verse afectada en la calidad de vida del adulto mayor.

En cuanto a la percepción del estado de salud el 51,4% expresan sentirse aparentemente sanos y el 48,6% aparentemente enfermos, teniendo una discrepancia con el estudio realizado por Velis L, en donde estableció que el 75% de los adultos mayores se perciben aparentemente enfermos y el 25% supuestamente sanos (16). Esto debido a la perspectiva personal de cada adulto mayor y debido a la calidad de vida que ellos han llevado.

En relación a la capacidad de autocuidado por parte de los adultos mayores se estableció que de los 70 adultos el 42,9% presentaban un autocuidado inadecuado,

el 27,1% sin capacidad de autocuidado, el 20,0% parcialmente adecuado y el 10,0% adecuado. A diferencia de la investigación realizada por Castiblanco M, del 100% de la población de estudio el 21,4% de los adultos mayores presentaban un adecuado autocuidado, el 51,9% autocuidado parcialmente adecuado y el 25,9% autocuidado inadecuado (8). Esta puede ser debida a la edad que el adulto mayor, lugar donde reside así como de su situación económica y académica, que influyen en la capacidad de autocuidado.

De acuerdo a la caracterización porcentual de la variables de autocuidado en los adultos mayores se establece que el 88,6% realiza actividad física, 84,3% preparan sus alimentos, 55,7% presentan problemas de eliminación, 57,1% tratan de descansar las horas necesarias, 95,7% tienen un cuidado higiénico adecuado, 87,1% tienen su autonomía en la toma de medicación, 94,3% tiene control sobre su salud y el 98,6% no presentan ningún hábito tóxico, teniendo una similitud con el estudio realizado por Castiblanco y Fajardo, donde establecen en su investigación que el 97,1% no presentan adicciones y hábitos tóxicos, medicación el 63,2%, alimentación el 53,1% y actividad física 64,1%, presentando deficiencia en las categorías de eliminación con 45,2%. (8). Así como en la investigación realizada por Alvear a 120 personas, el 80% presenta un control de adicciones, el 64,2% control de medicación, 65,8% una actividad física buena. En relación al control de descanso y sueño los valores son bajos, así como de eliminación el 40% demostró una inadecuada capacidad de autocuidado. (10)

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Al finalizar el estudio se identificó dentro de las variables sociodemográficas, que el género femenino sobresale y que la mayoría de la población estudiada presentaban un nivel socioeconómico bajo.

La mayoría de los adultos mayores presentaban una perspectiva de autocuidado similar, con un porcentaje del 51,4% expresaban sentirse sanos y el 48,6% aparentemente enfermos.

Al analizar la capacidad de autocuidado se concluyó que un alto porcentaje de la población adulto mayor presentaron un autocuidado inadecuado y en un bajo porcentaje adecuado.

En la correlación se observó una asociación significativa de variables sociodemográficas, especialmente en relación al género femenino con el autocuidado en los adultos mayores, conociendo es el que sobresale en el estudio y presenta un autocuidado inadecuado.

En cuanto al análisis de las categorías del instrumento CYPAC-AM, se determina que en la mayoría de categorías los adultos mayores presentan una independencia en cuanto a la realización de sus actividades diarias.

5.2. Recomendaciones

Realizar futuras investigaciones relacionadas con el adulto mayor debido a que es una población vulnerable y para que ellos mejoren la calidad de vida.

Realizar capacitaciones académicas por parte de las entidades universitarias que ofrecen las carreras de salud entre ellas la de enfermería con el propósito de fomentar en los futuros profesionales el estudio de esta población y así promover la salud en la comunidad.

Fomentar la realización de talleres, casas abiertas con temas relacionados al adulto mayor, con el propósito de exponer temas relevantes al autocuidado de la población, para de esta manera aportar en la autorrealización de sus propias actividades cotidianas.

Trabajar junto con los familiares y/o cuidadores de esta población para que mejoren su calidad de vida, si consideramos que el adulto mayor es una población vulnerable, donde se le debe prestar mayor atención para mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD. 1 [Internet]. 2015;66:37–9. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
2. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección Poblacional adulta mayor [Internet]. 1. 2013. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/?fbclid=IwAR3gRX1ZTZnXXkWyH871ExZ3xW0cJWBDbtKGNKMzJzeBw0Ejl2MW05HKaP8>
3. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública: NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LOS Y LAS ADULTOS MAYORES. 2010;100.
4. Organización Mundial de la Salud. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor. 1 [Internet]. 2015;29. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.0_1_spa.pdf;jsessionid=F79931F5E9961540325421A81D23D200?sequence=1
5. Can A, Sarabia B GJ. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Autocuidado en las Pers mayores [Internet]. 2015;6:1–20. Available from: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/203/892>
6. Vargas, M., Arana, B., García, M., Ruelas, G., Melguizo, E.; Ruiz A. Prácticas de autocuidado en adultos mayores: un estudio cualitativo en una población mexicana. Rev Enferm Ref [Internet]. 2017;16:117–26. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn16/serlVn16a12.pdf>
7. Méndez M IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2010;26(4):222–34. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
8. Castiblanco M FE. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día / vida , Ibagué , Colombia. Salud Uninorte [Internet]. 2017;33(1):58–65. Available from:

- <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9673/214421442>
171
9. Condemarin L, Evangelista A BY. NIVEL DE AUTOCAUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DEL “ADULTO MAYOR” DEL CENTRO DE SALUD DE JOSÉ LEONARDO ORTIZ. 2015;2:19–29. Available from: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/202/223>
 10. Alvear R. Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2015;1–66. Available from: Alvear R. Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2015;1–66.
 11. Guzman E, Maya E, Lopez D, Torres K, Madrid V, Pimentel B AR. Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. Salud Soc [Internet]. 2017;8(1):10–20. Available from: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1634/pdf>
 12. Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palome G JL. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Univ [Internet]. 2016;13(3):159–65. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316300197?token=3B3F02A491F1FAFD6461B2970A068A82547FD0A1975720679412CF68DCAD150C58C460EED35C5FBE0A757BEB36A9027A>
 13. Puello A, Elsy C, Amador A, Ortega C, Eliecer J. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Univ y Salud [Internet]. 2017;19(2):152. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00152.pdf>
 14. Fernández R MF. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores Autocuidado e fatores básicos condicionantes em adultos maiores Self-care agency and basic conditioning factors in the elderly. Av en Enfermería [Internet]. 2011;29(1):30–41. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>

15. Velis L, Macias CI, Vargas G LM. Percepción de los adultos y las adultas mayores. 2018; Available from: <https://patentimages.storage.googleapis.com/41/b5/ca/69ffeea861af61/US8949899.pdf>
16. Velis L VG. Percepción de autocuidado y autoestima de los adultos y adultas mayores . Confraternidad “ Lupita Nolivios Cevallos .” 2018;1:15. Available from: <http://elmeccs.fahce.unlp.edu.ar/vi-elmeccs/actas/Velis1.pdf>
17. Ministerio de Salud Pública. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ. Envejec y vejez. 1st ed. 2017;(1):1–5.
18. Anzola E. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Organ Panam LA SALUD [Internet]. 1993;(31):79. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3106/Enfermeria_gerontologica_conceptos_para_la_practica.pdf?sequence=1
19. Rubio D,Rivera L, Borges O GF. Predicting the reliability of operation of the main technological equipment of the roasting conveyor machines. Varona. 2015;61(4):15–8.
20. Alvarado A SA. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014;25(2):57–62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
21. González J D la FR. Desarrollo Humano En La Vejez: Un Envejecimiento Óptimo Desde Los Cuatro Componentes Del Ser Humano. Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol [Internet]. 2017;7(1):121. Available from: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/783/723>
22. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gaceta Médica Espirituana [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2018]; 19(3): 1-11 Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009. 2017;19(3):2-4-5–7.
23. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención integral de salud de los adultos mayores. In: 1 [Internet]. 1st ed. 1; 2010. p. 100. Available from:

[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LOS Y LAS ADULTOS MAYORES.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS_Y_PROTOCOLOS_DE_ATENCIÓN_INTEGRAL_DE_SALUD_A_LOS_Y_LAS_ADULTOS_MAYORES.pdf)

24. Quispe E. Prácticas de bioseguridad aplicadas en la canalización de vía venosa periférica por los internos de enfermería de una universidad nacional 2017 [Internet]. Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2018. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7687/Quispe_le.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Kropff L. Apuntes conceptuales para una antropología de la edad. *Avá Rev Antropol* [Internet]. 2010;16:17. Available from: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/59526/CONICET_Digital_Nro.ea615522-a46f-4bd2-b7c5-c368f16518cf_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y
26. Mosteiro M, Porto A. Análisis de los Estereotipos de Género en alumnado de Formación Profesional: Diferencias según sexo, edad y grado. *Rev Investig Educ* [Internet]. 2017;35(1):151–65. Available from: <https://revistas.um.es/rie/article/view/257191/205811>
27. Posso R. Conceptos Y Principios De Economía Y Metodologías Utilizadas En La Investigación Económica. *Tendencias*. 2014;15(1):228.
28. Salazar D, Rodríguez T. Revista Médica del Centro Hospital “Arnaldo Milián Castro”; *Acta Médica del Cent* [Internet]. 2018;12(2):213–27. Available from: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/880/1150>
29. Ministerio de Educación de Ecuador. Indicadores Educativos 10-2013 DNAIE. *Indicadores Educ* 2011 - 2012. 2013;1:10.

ANEXOS**Anexo 1. Certificado de Bioética.**

**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 26/11/2019

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca:

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación titulado**

Capacidad y percepción de autocuidado de personas geriátricas en el club del adulto mayor del centro de salud Turi, Azuay, septiembre 2019 - febrero 2020

Trabajo de titulación realizado por Juan Pablo Tenesaca Martínez

Código: Te43CapEN43



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Flores Montesinos'.

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE SERES
HUMANOS, UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**

Anexo 2. Autorización para la recolección de datos.

MINISTERIO DE SALUD



Coordinación Zonal de Salud 6
Dirección Distrital 01D02 – Parroquias Urbanas: San Sebastián a Monay y Parroquias Rurales: Baños a Santa Ana - SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD01D02-2020-0011-O

Cuenca, 10 de enero de 2020

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA ESTUDIANTE DE ENFERMERIA - U. CATOLICA DE CUENCA

Licenciada
María Estrella González
Directora de Carrera
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo.

Por medio del presente sírvase encontrar el oficio N° UCACUE-UASB-E-711-2018-OF, de la Leda. María Gionzález, Directora de enfermería de la Universidad de Católica de Cuenca, en la que solicita autorización para que el estudiante Juan Pablo Tenesaca Martínez de dicha carrera puedan realizar prácticas en el Centro de Salud Turi, según se indica en el Documento adjunto.

Con este antecedente la suscrita Directora Distrital autoriza lo solicitado con el fin de continuar con la gestión pertinente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. María Fernanda Jerves Cabrera
DIRECTORA DISTRITAL 01D02 CZ6 SALUD

Referencias:
- MSP-CZ6-01D02-VAU-2019-1210-E

Anexos:
- lcda_maria_estrella.pdf

Copia:
Señora Doctora
María Gabriela Jerves García
Administrador Técnico del Est[redacted]nto de Salud del Primer Nivel de Atención, Tipo A -
Turi



• Av. México S/N y Av. Unidad Nacional (Edificio SENPLADES)
• Cuenca – Ecuador • Código Postal: 010202 • Teléfonos: 593 (07) 4126465 / 4126464
• www.salud.gob.ec

Anexo 3 .Consentimiento informado



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	Capacidad y percepción de autocuidado de personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi, Azuay 2019
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.
Nombre del Investigador principal	Juan Pablo Tenesaca Martínez
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	jptenesacam43@ucacue.edu.ec Celular: 0986342840
Descripción del proyecto de Investigación	
El presente proyecto de investigación tiene como finalidad recolectar datos sobre la capacidad y percepción de personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi.	
En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. Usted tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra	

persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación.

Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre capacidad y percepción de autocuidado en personas geriátricas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

Adultos mayores que acudan al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud de Turi que previamente firmaron el consentimiento informado.

Adultos mayores que se encuentren dentro de sus capacidades mentales.

Criterios de Exclusión

Participantes que no han firmado el consentimiento informado, no desean participar de la investigación.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la capacidad y percepción de autocuidado de personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi, Azuay 2019.

Objetivos Específicos

Identificar la población de acuerdo a las características sociodemográficos.

Describir la capacidad y percepción de autocuidado en las personas geriátricas que acuden al club del adulto mayor del Centro de Salud de Turi.

Establecer la relación entre autocuidado y género con la percepción del adulto mayor en su autocuidado.

DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS

La propuesta investigativa será enviada al Comité de Ética en Investigación de Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues, para su análisis correspondiente y su aprobación.

Posteriormente se procederá a la autorización de los permisos por parte de las autoridades del Distrito 01D02 de la Ciudad de Cuenca.

Aplicación de los instrumentos de investigación a los adultos mayores previa autorización del consentimiento informado.

RIESGOS Y BENEFICIOS

El presente proyecto investigativo no tendrá ningún riesgo psicológico o físico hacia los participantes, por lo cual el propósito del estudio es determinar la capacidad y percepción de autocuidado en personas geriátricas en el club del adulto mayor del Centro de Salud Turi.

Los datos obtenidos en esta investigación serán de gran utilidad en la creación de futuros proyectos relacionados a la prevención y promoción de salud hacia los profesionales y usuarios que acuden a una atención médica.

CONFIDENCIALIDAD

La presente investigación se realizará con total confidencialidad por parte del autor, a través de la firma del consentimiento informado de los adultos mayores que acuden al club del adulto mayor del Centro de salud Turi, los investigadores indicaran los riesgos, beneficios y el tiempo que se va a invertir.

Los datos obtenidos en la investigación no afectarán en las políticas o normas internas de ninguna institución relacionada al club del adulto mayor y no darán origen a conflictos legales con la sociedad. El investigador se compromete, a que los datos obtenidos en el proyecto investigativo no serán manejados para beneficios de índole personal, sino, será de fácil acceso luego de la finalización de la investigación para futuros proyectos de intervención.

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los

beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:

Fecha:

Firma del Testigo:

Fecha:

Firma del Investigador:

Fecha:

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

Instructivo:

Estimado señor (a): La presente entrevista se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir la capacidad de Autocuidado en los adultos mayores, en aras 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 confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración.

Esta dispuesto a participar en la investigación y contestar con sinceridad las preguntas que se le formulen.

ENCUESTA PARA MEDIR LA CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DE AUTOCAUIDADO DEL ADULTO MAYOR.	
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	
Edad: 1. Senectud (60 a 72 años). <input type="radio"/> 2. Vejez (72 a 90 años). <input type="radio"/> 3. Longevidad (Más de 90 años). <input type="radio"/>	Economía: 1. Alto (800 o más) <input type="radio"/> 2. Medio (401 a 800) <input type="radio"/> 3. Bajo (10 a 400) <input type="radio"/>
Género: 1. Masculino. <input type="radio"/> 2. Femenino. <input type="radio"/>	Estado Civil: 1. Soltero <input type="radio"/> 2. Casado <input type="radio"/> 3. Divorciado <input type="radio"/> 4. Viudo <input type="radio"/>

Nivel de Instrucción: 1. Sin Estudios <input type="radio"/> 2. Primaria <input type="radio"/> 3. Secundaria <input type="radio"/> 4. Superior <input type="radio"/>	
¿Cómo usted percibe o considera su estado de salud? Supuestamente sano (Saludable) <input type="radio"/> Aparentemente enfermo (No saludable) <input type="radio"/>	
TEST DE CYPAC-AM	
Categorías a medir Formas de medición	
ACTIVIDAD FÍSICA	
1. Puede movilizarse sin ayuda. Sí___ No___	2. Participa en el círculo de abuelos. Si___ A veces___ No___
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente. Si___ A veces___ No___ (Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)	4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras. Si___ A veces___ No___
ALIMENTACIÓN	
1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda. Sí___ No___	2. Tiene establecido un horario fijo para comer. Si___ A veces___ No___
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos. Si___ A veces___ No___	4. Ingiere la dieta indicada, aunque no le guste. Si___ A veces___ No___

ELIMINACIÓN	
<p>1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda.</p> <p>Sí___ No___</p>	<p>2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>
<p>3. Tiene como hábito observar sus deposiciones.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>	<p>4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p> <p>(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse).</p>
DESCANSO Y SUEÑO	
<p>1. Puede controlar su período de descanso y sueño.</p> <p>Sí___ No___</p>	<p>2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>
<p>3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>	<p>4. Procura dormir las horas necesarias diarias.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p> <p>(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)</p>
HIGIENE Y CONFORT	
<p>1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda.</p> <p>Sí___ No___</p>	<p>2. Se baña diariamente, y a un horario establecido.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>
<p>3. Acostumbra bañarse con agua tibia.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>	<p>4. Usa una toallita independiente para secarse los pies.</p> <p>Si___ A veces___ No___</p>

MEDICACIÓN	
1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla. Sí___ No___	2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado. Si___ A veces___ No___
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico. Si___ A veces___ No___	4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero. Si___ A veces___ No___
CONTROL DE SALUD	
1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud. Sí___ No___	2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar. Si___ A veces___ No___
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas Si___ A veces___ No___	4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa. Si___ A veces___ No___ (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)
ADICCIONES O HÁBITOS TÓXICOS	
1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico. Sí___ No___	2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume. Si___ A veces___ No___
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él. Si___ A veces___ No___	4. Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos. Si___ A veces___ No___

NORMA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se consideran el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Interpretación del Test.

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

Anexo 5. Certificado de socialización de resultados.



Azogues 04 de marzo de 2020

Dr. Xavier Rodrigo Yambay Bautista

DIRECTOR DE TITULACION DE LA CARRERA DE ENFERMERIA.


Presente.

De mi consideración

Es sumamente grato dirigirme a usted para informarle que el estudiante, Juan Pablo Tenesaca Martínez realizó la socialización de los resultados obtenidos en el Trabajo de titulación realizado en la institución con el tema; **CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS GERIATRICAS EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD TURI, AZUAY**, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.


Dra. Gabriela Jervez.

Gabriela Jervez
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Senescyt: 1033 - 2016 - 177935

Anexos 6 .Fotografías.

Fotografía 1. Presentación por parte del director del GAD Parroquial de Turi a los adultos mayores que acuden al club.



Fotografía 2. Realizando las preguntas del instrumento a los adultos mayores.



Fotografía 3. Firma del adulto mayor, como constancia de haberle encuestado.



Fotografía 4 .Impartiendo los resultados obtenidos de la investigación a los asistentes del club del adulto mayor de Turi.

CAPACIDAD Y PERSEPCIÓN DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS GERIATRICAS

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

< 1%

★ www.researchgate.net

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 10 words

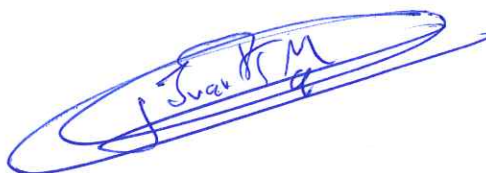
Excluir bibliografía

Activo

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PAREA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Yo JUAN PABLO TENESACA MARTINEZ con numero de cedula, 0105162143 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de trabajo de investigación de titulación "CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS GERIATRICAS EN EL CLUB DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD TURI ,AZUAY 2019 " de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos Creatividad e Innovación , reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca , una licencia gratuita , intransferible, y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos , así mismo autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de Titulación en el Repositorio institucional , de conformidad a lo expuesto en el artículo 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Atentamente



Juan Pablo Tenesaca Martínez

CI.0105162143

Bibliotecario(a) de la Unidad Académica de Salud y
Bienestar

Carrera de Enfermería

Certifica:

Que: Tenesaca Martinez Juan Pablo

Con cedula de ciudadanía N° 0105162143

No adeuda libros, a esta fecha.

Cuenca 12 de febrero del 2020




Jonnathan Fernando Pinos Betancourth

Bibliotecario