



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADO**

**“PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE PROMOCIÓN ACTIVA DEL IESS-CUENCA-
2014”**

Tesis previa a la obtención
del título de Especialista en
Enfermería Geriátrica y Gerontológica

**AUTORA: LCDA. RUTH MAGDALENA ALVEAR IDROVO
DIRECTOR: MST. CARMEN CABRERA
ASESORA: MST. LORENA MOSQUERA**

CUENCA – ECUADOR

2015



RESUMEN

En Ecuador se dispone de muy pocos datos sobre el comportamiento de la percepción de la capacidad de autocuidado entre los adultos mayores; siendo considerado este grupo poblacional vulnerable además se ha demostrada la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores.

Objetivo: establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca-2014.

Metodología: el tipo de estudio fue descriptivo en el que se encuestó a 120 pacientes de los que el 65 % fueron mujeres, la técnica empleada fue la encuesta, el instrumento fue el *TEST DE CYPAC-AM. 1*.

Como estadísticos para datos cuantitativos se empleó la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes. En el caso de los datos cualitativos se empleó la frecuencia relativa (%) para resumir el comportamiento de los mismos.

RESULTADOS.- Los resultados de la investigación muestran que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0 %), la actividad física (65,8 %) y el control de la medicación (64,2 %).

Mientras, las de bajas resultados fueron las de control del descanso y sueño y el control de la eliminación, en los que más del 40 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada.



Conclusiones.- Los resultados indican un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere la necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos de la ciudad y del país, además muestra una clara correlación entre sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.

PALABRAS CLAVES: PERCEPCIÓN, CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO, ACTIVIDAD.



ABSTRACT

In Ecuador it has very little data on the behavior of the perception of self-care ability among elderly; being considered this vulnerable population group has also demonstrated the relationship between self-care ability and quality of Senior`s life.

Subject: To establish the perception of self-care ability of elderly Active Promotion Center IESS-Cuenca-2014.

Methodology:

The study was descriptive type in which 120 patients of whom 65% were women, surveyed the technique used was a survey; the instrument was CYPAC TEST-AM.1.

As summary statistics for quantitative data descriptive statistics as frequencies and percentages were used. For qualitative data the relative frequency (%) was used to summarize the performance thereof.

RESULTS.-

The research results show that 30% of older adults studied the perception of self-care ability was poor; areas with better performance (adequate self-care) among older adults are controlling addictions (80, 0%), physical activity (65.8%) and control of medication (64.2%).

While the results were worse control rest and sleep and control of elimination, where over 40% of the sample presented a perception of inadequate self.



Conclusions.-

The results indicate a potential deficit in self-care of seniors surveyed, suggesting the need to extend this study to other nursing homes in the city and the country, also shows a clear correlation between sex, level of education and perception of self.

KEYWORDS: PERCEPTION, SELF-CARE ABILITY, ACTIVITY.



INDICE

Contenido

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
ÍNDICE.....	9
DEDICATORIA	10
RESPONSABILIDAD:	8
RECONOCIMIENTO	9
DEDICATORIA	4
CAPÍTULO I	¡Error! Marcador no definido.
1.1. INTRODUCCIÓN	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II	17
2.1. MARCO TEÓRICO.....	17
2.2. SUSTENTO TEORICO	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1. Características Demográficas	24
2.2.3. CARACTERISTICAS DEL AUTOCUIDADO.....	25
Alimentación.-	26
INTERPRETACIÓN DEL TEST (CYPAC-AM).....	30
2.2.3. MARCO REFERENCIAL.....	31
CAPÍTULO III	34
3.1. Objetivo General:	34
3.2. Objetivos Específicos:.....	34
CAPÍTULO IV	35
DISEÑO METODOLOGICO.....	35
AJUSTE DE MUESTRA	36
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.	38
INDICADORES DE ANALIS E INTERPRETACION DEL TEST DE CYPAC-AM.	38
CAPÍTULO V	40
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VI	52
6.1. CONCLUSIONES.	52
6.2. RECOMENDACIONES.	53
A LA UNIVERSIDAD	53



BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXO I	61
ANEXO.2.....	63
ANEXO Nº 3	66



RESPONSABILIDAD

Yo, Lic. Ruth Alvear Idrovo, autora de la tesis titulada “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS –Cuenca, 2014” certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y demás contenidos expresados en el presente trabajo son de mi exclusiva responsabilidad.

Lic. Ruth Alvear Idrovo



RECONOCIMIENTOS

Yo, Lic. Ruth Alvear Idrovo, autora de la tesis titulada “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS – Cuenca, 2014” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5, literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi Título de Especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afectación alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Lic. Ruth Alvear Idrovo



DEDICATORIA

A mi madre Margarita, por su amor al trabajo,
su lucha diaria por la educación de sus hijos,
por su apoyo constante e incondicional,
para mis estudios de postgrado.

A David, Anita Belén y María Elissa, mis hijos
Razón de mis esfuerzos y superación.

A Oswaldo, mi esposo por su comprensión.



AGRADECIMIENTO:

Con profundo sentimiento de gratitud:

Reconozco los esfuerzos de la Escuela de Enfermería para brindarnos la oportunidad de formarnos a nivel de postgrado.

A los jubilados del Centro de Promoción Activa del IESS, por su participación en la presente investigación.

Al personal y directivos del Centro de Promoción Activa del IESS, por su apoyo.

A María, amiga y colega solidaria.

A Mg. Carmen Cabrera y Dra. Lorena Mosquera, Directora y Asesora de la Tesis, por su orientación y guía en la investigación.

A todas y todos que de una u otra manera contribuyeron con mis estudios.



CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUCCIÓN

Actualmente Ecuador se considera un país en una fase plena de transición demográfica, producto de una disminución de la mortalidad unida a una reducción de la fecundidad. Por esto, se espera que en unas tres a cuatro décadas, el índice de envejecimiento interno sea mayor al 80 % con un marcado aumento del número de adultos mayores totalmente dependientes, asociado sin dudas a grandes transformaciones socioeconómicas y políticas en la región (1).

En la mayoría de los países con riesgo de envejecimiento poblacional, se destinan cuantiosos recursos con el importante objetivo no solo de extender la vida sino vivir esos años con calidad y utilidad a la sociedad.

En este análisis se debe considerar el abordaje integral del paciente adulto mayor, donde una de las vertientes más debatida en la Gerontología actual lo constituyen las acciones de autocuidado como un aliado ineludible del profesional médico, de la familia y del propio paciente, concebido como la capacidad que tiene cada persona de realizar actividades que le permiten preservar su salud (2).

Si bien es cierto que con el incremento de la edad se pueden ir perdiendo algunas funciones orgánicas y cognitivas, un adulto mayor capacitado para identificar sus limitaciones, habilidades y destrezas físicas, mentales-emocionales, su utilidad social y familiar, permite el mantenimiento consciente



de su salud a través de actividades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de sus enfermedades y factores de riesgo (2).

En este aspecto, las actividades de autocuidado requieren entonces de una buena percepción y conocimiento de las capacidades que tiene cada individuo para realizarlas, sin poner en riesgo su integridad física y mental.

El tema tiene relevancia por cuanto se conoce que la capacidad de autocuidado se asocia significativamente con la evolución satisfactoria en múltiples condiciones mórbidas tales como: la hipertensión arterial (3; 4), enfermedad cardiovascular (5; 6), diabetes mellitus tipo 2 (7; 8, 9), adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (10); entre otras. Por ello es de vital importancia la comprensión y aplicación de este concepto en geriatría para convertir al adulto mayor en un agente activo de su propio estado de bienestar.

En el Ecuador se han realizado algunas investigaciones al respecto, sin embargo la mayoría se refieren a actividades de autocuidado en pacientes embarazadas (11) o con diabetes mellitus (12; 13; 14; 15), pocas se enfocan al comportamiento de la percepción del autocuidado en personas de la tercera edad con o sin condiciones mórbidas (16). Este es el tema fundamental del presente trabajo, el que persigue establecer cómo perciben sus capacidades de autocuidado los adultos mayores del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca en el año 2014.

Los resultados presentados indican que una elevada proporción de adultos mayores presentan deficiencias en sus actividades de autocuidado, especialmente en los controles periódicos de su salud, los procesos de



eliminación, higiene, sueño y descanso; sin embargo estos resultados no pueden ser extrapolables a todo el país, pues, sus aportes generan evidencias preliminares para sustentar nuevas investigaciones.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las investigaciones realizadas en diversos países indican una estrecha relación entre las acciones de autocuidado de los adultos mayores y su calidad de vida (17; 18). Contrariamente a esto, el déficit en actividades de este tipo supera el 50 % en este grupo etario, en unos casos por un pobre conocimiento al respecto y en otros por no tener definidos e identificadas sus limitaciones y potencialidades (19; 20; 21; 22).

En Ecuador existe un déficit de estudios relacionados con la percepción de autocuidado geriátrico, pues los temas investigados están en relación con procesos crónico – degenerativos, en la población materno – infantil, siendo los resultados un déficit de las acciones de autocuidado en un porcentaje elevado, superando en algunos casos el 40 % de la muestra estudiada (12; 13; 14; 15).

Por ello, el presente trabajo pretende responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción del autocuidado de los adultos mayores? empleando como muestra para el estudio a los adultos mayores de 60 años que acuden al Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca-2014, describiendo las características personales de este grupo relacionado con el déficit de las acciones de autocuidado.



1.3. JUSTIFICACIÓN

La persona de acuerdo a sus capacidades físico-intelectuales resulta un eslabón importante dentro de cada familia. De esta forma, desde un niño a un adulto mayor, todos pueden tener funciones más o menos complejas en su núcleo familiar. Por ello es importante tener bien identificadas las potencialidades de cada miembro y sus capacidades para preservar su salud mediante acciones de cuidado personal. (23)

En el Ecuador existe un vacío en la creación de materiales orientados al autocuidado y la promoción de la salud del adulto mayor. Ello está muy relacionado con los pocos trabajos socio-epidemiológicos que evalúen esta rama de la atención primaria de salud. La información aportada por la presente investigación no solo resultará una novedad científica para el país, sino que además aporta información vital que permitirá a futuro mejorar la calidad de vida del adulto mayor, fundamentada en sus necesidades de ser, tener, hacer y estar.

Los resultados de la presente investigación servirán como punto de partida para otras investigaciones en el área que permitan diseñar estrategias nacionales de intervención educativa y promoción de salud para las personas de la tercera edad y sus familiares con el objetivo de mejorar su calidad de vida, su desempeño social y familiar.

Por lo expuesto anteriormente, los resultados obtenidos contribuirán a esclarecer este problema social y para que desde el punto de vista sanitario las autoridades estatales y de salud apoyen a este grupo etario con medidas



que promuevan el autocuidado como una forma de reducir la incidencia y las complicaciones de enfermedades propias de la tercera edad. Además cabe destacar que la presente investigación se incluye dentro de las líneas de investigación, y publicada en la REVISTA de La Facultad de Ciencias Médicas de la UNIVERSIDAD DE CUENCA.



CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

Antecedentes y estado actual del tema.

Varias teorías sugieren que deben fomentarse estrategias para incrementar el dominio de hábitos y habilidades para el autocuidado como una de las herramientas para desarrollar una longevidad saludable en países en pleno estado de transición demográfica. Crear capacidades para cuidar de uno mismo de acuerdo a cada condición física, mental, social, económica o el nivel cultural, podría reducir significativamente la incidencia de enfermedades en la tercera edad o las complicaciones de las ya presentes en cada persona, con su correspondiente impacto en los sistemas productivos y la calidad de vida (24; 25).

La capacidad de autocuidado, conceptualizada como el conjunto de habilidades y destrezas para realizar actividades necesarias que le permitan vivir saludablemente, ha sido ampliamente estudiada aunque fundamentalmente en condiciones mórbidas y de alto riesgo para la salud. (2)

En este sentido un estudio realizado en Lima en 46 adultos mayores reporta deficiencias en la capacidad de autocuidado para la prevención de caídas en aproximadamente el 80 % de la muestra, considerando tanto factores de riesgo intrínsecos como extrínsecos. Este trabajo no mostró diferencias en las acciones de autocuidado entre hombres y mujeres, mientras que las actividades más deficientes estuvieron en los controles de salud periódicos del oído (46 % de déficit) y la visión (87 %), el no cuidado de los pies (52 %), la no



realización de actividad física acorde a la edad y capacidad aeróbica (46 %) y el desconocimiento de información relativa a los nuevos tratamientos recomendados por los especialistas (44 %) (25).

En el ámbito de las enfermedades cardiovasculares los resultados internacionales indican la importancia de las acciones de autocuidado como una herramienta para elevar la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes (26). Para estudiar esta condición varios autores han aplicado la *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* cuyos resultados oscilan entre 12 (mejor autocuidado) y 60 (peor autocuidado) (5, 6).

Siguiendo esta línea de investigaciones, Bastidas Sánchez (5) en 55 pacientes colombianos con enfermedades coronarias de los cuáles más del 50% era mayor de 65 años, encontró que solo un 7,3 % obtuvo los mejores puntajes en actividades de autocuidado respecto a su morbilidad, mientras que el 52,7 % alcanzó los peores resultados. Los problemas fundamentales estuvieron en la prescripción inadecuada y el incumplimiento de las terapias farmacológicas y no farmacológicas recomendados, considerando además a la dieta, el control del peso corporal y las consultas periódicas al médico. Se debe notar que estos investigadores no realizaron un análisis del comportamiento de dicha variable por género.

Contrario a lo anterior, un trabajo desarrollado en España con 335 pacientes de una edad promedio de $64,9 \pm 10,8$ años, mostró una puntuación media de $24,2 \pm 7,7$ al aplicar la misma escala mencionada en párrafos anteriores. Los autores concluyen que la capacidad de autocuidado fue moderada, apoyándose además en que el 50 % de los evaluados obtuvo puntuaciones



entre 14 y 22, relativamente cercanas al valor considerado como de “mejor autocuidado” de 12 unidades. Se debe mencionar que las peores puntuaciones correspondieron en este caso a acciones de autocuidado asociadas a la realización sistemática de actividad física y los controles de salud por personal especializado. Estos autores no encontraron relación entre la puntuación global en el test con la edad, el sexo o la causa de insuficiencia cardíaca (6).

Por otro lado, una investigación realizada en México sobre el autocuidado de 251 personas con diabetes mellitus tipo 2 (64 % con más de 60 años) que accedieron a urgencias médicas mostró que solo el 33,5 % posee una buena capacidad de autocuidado. Las acciones de autocuidado se asociaron positivamente con los años de instrucción y negativamente con las prácticas religiosas y el tiempo de evolución de la enfermedad. Estos autores aplicaron una escala para determinar la capacidad de autocuidado creada y validada en su país, cuyos resultados se interpretan como: muy bueno, bueno, regular y malo (9).

Otro análisis en el mismo país con un grupo poblacional similar obtuvo resultados opuestos, siendo la capacidad de autocuidado catalogada de buena y muy buena en el 100 % de los pacientes, aunque con un instrumento de valoración diferente y un tamaño muestral menor ($n = 100$) (27).

Al buscar homogeneidad en los resultados de las investigaciones en población general también se encuentra cierto grado de complejidad y escasos estudios respecto al tema del autocuidado, siendo los trabajos mejor conducidos y amplios de países europeos.



En varias pesquisas sobre más de 1000 personas de 65 años y más en áreas rurales y urbanas del sur de Noruega, se encontró una prevalencia de déficit de autocuidado entre 16 % y 23 %, siendo mayor el problema en la región rural. En tales casos, la capacidad de autocuidado se asoció significativamente entre otras variables con la edad, el estado general de salud, la agencia de autocuidado, el estado o riesgo nutricional, la profesión, vivir solos y el tipo de vivienda. No hubo asociación con el género biológico de la persona en el análisis multivariado realizado a los datos (19; 20; 21).

Una investigación similar que abarcó las poblaciones de dos zonas urbanas y una rural del sur de Inglaterra (N=572; 43,2 % con 65 años y más), a la que se aplicó un cuestionario estructurado mostró que si bien el 90 % de los encuestados utiliza al menos una de las 20 prácticas de autocuidado expuestas, la media para el número de actividades de autocuidado es relativamente baja (cuatro acciones/persona). En tal caso, el problema de salud primario condicionó el tipo y número de actividades de autocuidado de cada persona mientras que la edad se relacionó negativamente con el número de dichas acciones (22).

En el ámbito latinoamericano no se encontraron investigaciones sobre grandes grupos de adultos mayores que evaluaran las capacidades de autocuidado.

Una pesquisa en la zona central de Cuba sobre 195 personas con 60 años y más atendidas en los Consultorios Médicos de Familia mostró un nivel de autocuidado inadecuado en aproximadamente el 62 % de la muestra sin diferencias entre géneros, déficit que aumentó con la edad y el deterioro funcional de los adultos mayores. Los problemas en el autocuidado estuvieron



en el no control periódico de la salud (61 %), la no realización de actividad física periódica (75 %), la automedicación (33 %) y la alimentación inadecuada (42 %) (17).

El cuestionario diseñado por estos autores denominado “Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor” (*TEST DE CYPAC-AM*) también valoró otros aspectos de la vida diaria como la eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, adicciones o hábitos tóxicos. De esta forma clasifica al individuo según el nivel de autocuidado en tres categorías de acuerdo a la percepción de autocuidado en: adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado (17).

Asimismo, otro estudio desarrollado en Perú sobre 63 personas adultas mayores resultó en un 21 % con un nivel de conocimientos bajo sobre el autocuidado para las satisfacciones de las necesidades básicas de la vida diaria. Los principales problemas estuvieron en cuanto al bajo cuidado en: la piel y anexos (48 %), el sueño (37 %), nutrición (30 %), relaciones sociales (24 %) y de la actividad física (19 %). Asimismo, más del 80 % posee actitudes de rechazo hacia las actividades de autocuidado propuestas en la encuesta aplicada. Se debe notar como particularidad que la mayoría de la muestra estudiada posee un nivel cultural bajo (18).

El cuidado de la alimentación, del sueño y descanso, la medicación, los procesos de eliminación, el control de los hábitos tóxicos y la actividad física sistemática son elementos muy importantes a considerar en el autocuidado de cualquier adulto mayor. A pesar de ello, no todos los instrumentos consultados



evalúan estas actividades o lo hacen de un modo diferente, lo que afecta la sistematización de los resultados.

Se debe considerar que según estudios preliminares cerca de un tercio de la población mayor de 65 años puede presentar problemas para dormir el tiempo recomendado (28). Además la calidad e higiene del sueño afecta aproximadamente a tres de cada cuatro adultos mayores (29), aspecto que puede influir en los elevados niveles de automedicación o uso de psicofármacos a esta edad (28, 30). Los altos índices de déficit de autocuidado en el sueño de los adultos mayores observados en los trabajos resumidos en párrafos anteriores están en consonancia con estos planteamientos.

El consumo de alcohol y tabaco por su parte puede afectar hasta un 70 % de la población geriátrica dependiendo del desarrollo histórico-cultural de cada población (31; 32). Algo similar puede ocurrir con los eventos de incontinencia urinaria, la que según revisiones recientes puede estar presente en más del 80 % de las personas institucionalizadas con 65 años y más (33). Las investigaciones consultadas no aportan datos concretos sobre el comportamiento de estas actividades en población geriátrica.

Es bien reconocido que la masa muscular, el gasto energético y el nivel de actividad física se reducen con la edad (34), no obstante la práctica sistemática de ejercicios físicos en adultos mayores mejora no solo la capacidad de autocuidado sino además controla o disminuye el riesgo cardiovascular, la depresión, ansiedad, insomnio, aumenta la calidad del sueño, favoreciendo una longevidad saludable (35; 36). A pesar de esto los estudios analizados



muestran por lo general una deficiente incorporación de dicha actividad en la vida diaria de los adultos mayores

A pesar de que los instrumentos de valoración empleados en los estudios presentados pueden diferir en cuanto a las actividades evaluadas y su desempeño en entornos culturales disímiles, los resultados orientan sobre algunos rasgos del comportamiento general del autocuidado en población adulta mayor. Según estos, el déficit de autocuidado puede ser bastante frecuente en el entorno latinoamericano dependiendo del estado de salud física y mental del paciente así como de su nivel cultural y de la orientación profesional que se le brinde o solicite el adulto mayor.

En los estudios analizados las edades superiores se asociaron principalmente con un menor nivel de escolaridad especialmente en países subdesarrollados, lo que puede limitar la percepción del grado real de riesgo y con ello la implementación de medidas de autocuidado. De igual modo, es posible que en las personas de la tercera edad no se considere la necesidad de acciones de autocuidado en enfermedades crónicas mientras no se observen las complicaciones de las mismas o no se dispongan de recursos para ello. Se debe recalcar además que contrario a lo que se piensa, las diferencias en cuanto al género son escasas, mientras que las acciones de autocuidado más deficientes están relacionadas con el pobre control periódico de la salud, la no realización de actividad física sistemática, las alteraciones nutricionales y del sueño/descanso, y el no cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas ante las condiciones morbosas frecuentes a edad avanzada.



2.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Demográficamente el Ecuador es considerado un país fase de transición debido a la disminución de la tasa de fecundidad, de la tasa de mortalidad, aumento de la esperanza de vida a 75 años, las estimaciones demográficas recientes señalan que el porcentaje de las personas mayores a 65 años se elevará de 4,8 % en el 2000 al 16,3 % en el 2050, con un incremento de la media de edad de 22,7 años a 38,6 años, asociado con las transformaciones socioeconómicas y políticas de la región (1).

Alcanzar una longevidad saludable y por tanto satisfactoria constituye una meta priorizada debido a que con la edad se presenta una disminución fisiológica de las capacidades físico-intelectuales incidiendo directamente en la productividad y aporte económico-social de cada individuo así como en el destino de recursos a las diferentes esferas de la sociedad (23).

Percepción: Proceso de carácter psicológico descendiente por el cual la información sensorial es seleccionada, organizada procesada e interpretada para la construcción de una representación mental del mundo a partir de la experiencia y las expectativas. (4)

Está regida por los principios del Isomorfismo que se refiere a que la percepción es un reflejo de cómo está organizado el cerebro, la estructura que señala que las estructuras son unidades complejas que funcionan integralmente y permiten comprender los fenómenos en su totalidad con sus principios y leyes. (4)



2.3 CARACTERISTICAS DEL AUTOCUIDADO

Autocuidado.- La capacidad de autocuidado se define como la percepción de los participantes sobre sus habilidades para cuidar su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder, (11,6).

También se la define como cuidar la salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludable para mantenerse sanos, activos haciendo difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad. (6)

Los adultos mayores que conservan el autocuidado desarrollan cierto grado de independencia en: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y control de adicciones y hábitos tóxicos. (11,6).

Importancia del autocuidado.- La Práctica del autocuidado contribuye a:

- Mantener una buena salud, prevenir y reconocer tempranamente la enfermedad y participar activamente de la recuperación integral de la salud.
- Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud y las consecuencias de las acciones que realizan, fortaleciendo su auto estima y soberanía.
- Reconocer que las conductas y estilos de vida son directamente responsables de la enfermedad (cuadro pulmonar crónico) y puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud; así como conductas que conscientemente buscan mantener la salud. (Ej. Realizar actividad física); conductas que responden a los síntomas de la enfermedad. (Ej. Seguir el régimen alimentario de acuerdo a su enfermedad. (12,13) 812,13



Actividad Física.- En el adulto mayor la movilidad y funcionalidad está determinada por cambios propios de la edad, estilos de vida, actividad física, sedentarismo, nutrición, enfermedades y estereotipos negativos y mitos.

El ejercicio físico es importante para todas las edades, incluso para personas con enfermedades crónicas, porque la vida sedentaria puede conducir a la muerte por anulación de la función, acelerando el envejecimiento, constituyéndose en un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por eso es básico realizar ejercicio diariamente por los beneficios físicos como psicosociales sobre la salud.

En el proceso del envejecimiento normal se producen cambios tanto en los músculos, huesos y las superficies articulares las que no se adaptan a los cambios provocando alteraciones en el cartílago que contribuye para que los adultos mayores empiecen a disminuir la actividad física y la marcha. (2)

Dentro de la actividad física para el adulto mayor son deportes como: nadar, correr, ciclismo, gimnasia u otros, los que al practicarlos favorecen para la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía e independencia del adulto mayor. (37)

El adulto mayor debe integrarse a un medio social en el que sus compañeros sufren las mismas incomodidades, dolencias pero sin embargo son capaces de disfrutar, reír, sentirse bien y mejorar su vida. (35,36)

Alimentación.- La alimentación es importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos



cambios del envejecimiento y por ende disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades.(3)

El adulto mayor en su Autocuidado de la alimentación debe conocer y acceder a los alimentos saludables tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy frio), es importante para la persona adulta mayor participar y disfrutar de la alimentación y al mismo tiempo fomentar la comunicación familiar. (3,6)

Eliminación.- La eliminación vesical e intestinal es otro de los aspectos importantes que el adulto mayor debe tener muy presente en su autocuidado, para estar alerta a cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud, para ello debe organizar el horario de eliminación urinaria, por la mañana, después de las comidas, antes de acostarse y después del ejercicio.

Las percepciones del adulto mayor sobre cuál es una función intestinal normal pueden variar, algunos adultos mayores creen que si no tienen una defecación diaria están estreñidos. La eliminación intestinal normal puede variar desde tres movimientos por día hasta tres por semana. Algunos adultos mayores se auto medican innecesariamente; es importante que valore la frecuencia y características de las heces, el empleo de laxantes, la dieta, los líquidos ingeridos y la actividad física. (18)

Descanso y Sueño.- Los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo sueño-vigilia o “reloj biológico”. Conforme envejecemos la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y aumento del tiempo de



sueño liviano, como resultado de alteraciones y/o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño. (30)

Por lo general el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo la conciliación del sueño más temprana y se despiertan más fácilmente. Otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es en el sueño profundo o reparador que disminuye aumentando el número de siestas diurnas compensatorias. (29)

Higiene y Confort.- El aseo y confort de un paciente, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort. En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no reseque su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las diferentes partes del cuerpo.(10)

Medicación.- El adulto mayor en su autocuidado tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento ya establecido, debe estar claro con respeto a la automedicación ya que tiene efectos negativos en el proceso de conservar la salud. Las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos y necesitan dosis diferentes; una buena comunicación con una explicación clara resulta útil para asegurar que cumpla fielmente y no altere la dosis del fármaco por su cuenta para



disminuir los efectos secundarios. Las personas de la tercera edad que asumen la responsabilidad de vigilar los efectos positivos y negativos del tratamiento y de discutirlos con su médico, farmacéutico o enfermera antes de tomar la decisión de modificar o suspender el tratamiento por su cuenta tienen más probabilidades de obtener mejores resultados.(31)

Control de Salud.- El adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que nacemos y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida, la mala salud no es una consecuencia del envejecimiento sino que las investigaciones han demostrado que el 70% del deterioro físico en el envejecimiento está relacionado con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes de tamizaje preventivos: (Examen Médico Periódico) auto examen de mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca medición de temperatura entre otros.La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un Examen Médico Periódico a las Personas Mayores supuestamente sanas al menos una vez al año. Aunque la frecuencia de éste se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del Adulto Mayor. (7)

Control de Adicciones y Hábitos Nocivos: El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas porque causan problemas en el organismo y en el comportamiento, cansancio e incapacidad para cuidarse por sí mismo, confusión, caídas etc.; el adulto mayor bebedor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas.(4,8) Otro hábito es el tabaquismo, es una forma de



dependencia, el mismo que conlleva a que desarrolle graves enfermedades en el adulto mayor como el cáncer de pulmón, laringe, vejiga y otros. (38)

Dejar de fumar puede tener beneficios insospechados en poco tiempo. Mucha gente lo ha hecho, las evidencias muestran que **“nunca es tarde para dejar de fumar”**. (6)

2.4 INTERPRETACIÓN DEL TEST (CYPAC-AM).

Al instrumento evaluativo que se incluyó en la entrevista se le asignó un valor Máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0 y se evaluó de forma general y por cada categoría particular, las cuales fueron las siguientes: Actividad Física, Alimentación, Eliminación, Descanso y Sueño, Higiene y Confort, Medicación, Control de Salud y Hábitos Tóxicos

Norma de evaluación del Instrumento:

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.

- auautocuidado total.



2.5. MARCO REFERENCIAL

El Centro de Promoción del Envejecimiento Activa fue creado el 2 de Abril de 1985 por el Consejo Superior del IESS mediante la resolución N° 563, esta institución nació con el nombre de Departamento de Servicios Sociales de la Tercera Edad, cuyo objetivo fue Investigar, promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas de la tercera edad implementado programas recreativos, de difusión cultural, terapias ocupacionales coadyuvando para la atención médica, el pago oportuno y el incremento de las pensiones.

El departamento estuvo dirigido en primera instancia por el único medico geriatra Dr. Luis Rivas quien fue el pionero de la atención geriátrica en la ciudad, posteriormente es asumida la dirección por la socióloga Martha Ugalde. Posteriormente la institución ya cuenta con un presupuesto propio, que determino el incremento de las actividades de trabajo de este grupo con el único objetivo de prevenir el deterioro prematuro de las condiciones físicas, psíquicas, emocionales de los mayores, además promueve relaciones interpersonales, por lo que resulta fundamental fortalecer la comunicación para propender a la independencia, la autonomía del adulto mayor.

Esta Unidad ha subsistido gracias al compromiso de sus integrantes, a la colaboración de las Escuelas de Enfermería y Tecnología Médica.

A lo largo de su trayectoria el Departamento de la Tercera Edad ha ido incrementando los servicios de gimnasia, terapia recreativa, terapia ocupacional, talleres de cultura terapias sea individuales como grupales.



En el año 2006 se produce una crisis, pasando el departamento de la tercera edad a formar parte de la Subdirección médica tanto administrativa como económicamente, en el 2007 regresa el presupuesto para esta entidad como parte de la Subdirección de Salud. En noviembre de 2010 en el IESS se crea la Comisión Nacional del Adulto mayor, quién se encargaría del manejo del Programa del Adulto Mayor por parte de todas las coordinaciones provinciales.

En la actualidad cambió de denominación siendo su razón social actual Centro de Promoción de Envejecimiento Activa del IESS – Cuenca 2014, su objetivo es cambio de actitud, mejorar las condiciones de salud, nuevos estilos de vida para lograr independencia funcional y autonomía; esta institución logra sobrevivir con la colaboración de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Evaluar salud en el paciente adulto mayor resulta complicado, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social, es por eso que la salud del adulto mayor debe medirse en correspondencia con su funcionalidad. (17).

Cuba, país en vías de desarrollo, no está exento de este proceso, de hecho, constituye el principal problema demográfico actual y prospectivo, su población ha envejecido de forma ostensible y se espera que para el 2025 este grupo ocupe más del 20% de la población total Teniendo en cuenta estas reflexiones plantearon el siguiente problema científico: Evaluación de la Capacidad y Percepción de autocuidado del adulto mayor en la Comunidad (TEST DE CYPAC-AM) una muestra de 195 personas mayores de 60 años. (17).



Considerando que la mayoría de las personas mayores son un grupo heterogéneo, que incluye desde personas con buen estado de salud, hasta personas enfermas, pero con autonomía funcional, los instrumentos que evalúan funcionalidad se ven limitados a detectar las personas que realmente tienen algún grado de dependencia (que pueden y que no pueden hacer), pero no miden como hacen lo que hacen, o lo que es lo mismo; la capacidad y percepción de autocuidado. Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar LA CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN LA COMUNIDAD. (17)



CAPÍTULO III

3.1. Objetivo General:

Establecer la Percepción de la Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor del Centro de Promoción Activa del IESS-Cuenca-2014.

3.2. Objetivos Específicos:

Identificar las características personales de adultos mayores del Centro de Promoción de Envejecimiento Activa según edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción.

Evaluar la percepción de la capacidad de autocuidado de los adultos mayores para realizar actividades de autocuidado y promoción.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Tipo de Estudio: Cuantitativo- Descriptivo

4.2. Área de Estudio: Centro de Promoción de Envejecimiento Activa de IESS Cuenca 2014, se encuentra ubicado en la parroquia Huayna -Cápac, Barrio San Blas, al sur- este de la ciudad. Limita al Norte con la calle República, al Sur con la calle Juan José Flores, al Este la Gonzalo Zaldumbide, al Oeste con la avenida Huayna Cápac. Es un Centro del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL CENTRO DE ENVEJECIMIENTO

ACTIVO DEL IESS CUENCA





Elaborado: Autora

4.3. Universo: Todos los adultos mayores que acuden al Centro de Promoción del Envejecimiento Activo del Instituto de Seguridad Social de la Ciudad de Cuenca

4.4. Muestra: De un total de 1500 adultos mayores, 370 acuden regularmente al Centro de Promoción del Envejecimiento Activo del Instituto de Seguridad Social de la Ciudad de Cuenca, el resto acude ocasionalmente, se obtuvo una muestra aleatoria de 124 adultos mayores calculada con 95% de Confianza y un error de 5%

$$n_0 = \frac{NZ^2 p \cdot q}{E^2 N + Z^2 pq}$$

$$N_0 = \frac{370(1,96)^2 (0,5 \times 0,5)}{(0,05)^2 (370) + (1,96)^2 (0,5 \times 0,5)}$$

$$N_0 = \frac{370(3,84) (0,25)}{(0,0025)(370) + (3,84) (0,25)}$$

$$N_0 = \frac{(1420) (0,25)}{0,925 + 0,96} = \frac{355,2}{1,884} = 188 \text{ adultos mayores}$$

La muestra es de 188 adultos mayores, aplicando la fórmula para ajustar

AJUSTE DE MUESTRA

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$N = \frac{188}{1 + 188/370} = \frac{188}{1,51} = 124 \text{ adultos mayores mínimo}$$



De los 124 adultos mayores, solo participan 120 porque los 4 restantes se niegan a participar en la investigación.

4.5. Criterios de Inclusión:

- a) Adultos mayores que deseen participar y firman el consentimiento informado.
- b) Adultos mayores que no se encuentren en el día de recolección de la información o que no firmen el consentimiento.

4.6. Criterios de Exclusión

- a) Adultos mayores que participan y acuden regularmente al Centro de Promoción.
- b) Adultos Mayores que se nieguen a participar en la investigación.

4.7. VARIABLES:

Las variables del estudio son las percepciones de la capacidad de autocuidado, sexo, edad, estado civil, instrucción.

Operacionalización de Variables (Ver Anexo N° 1)

4.8. Unidad de Análisis y Observación

Todos los adultos mayores que acuden al Centro de Envejecimiento Activo del Instituto de Seguridad Social (IESS).

4.9. Métodos para la recolección de la información.

Se aplicó como instrumento de recolección de datos un formulario que consta de dos partes: en la primera parte están datos de filiación y en la segunda el Test (Anexo N°2)



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

INDICADORES DE ANALIS E INTERPRETACION DEL TEST DE CYPAC-AM.

Al instrumento evaluativo que se incluyó en la entrevista se le asignó un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0 y se evaluó de forma general y por cada categoría particular, las cuales fueron las siguientes: Actividad Física, Alimentación, Eliminación, Descanso y Sueño, Higiene y Confort, Medicación, Control de Salud y Hábitos Tóxicos

Norma de evaluación del Instrumento:

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.

4.9. Tabulación y Análisis

Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS v. 22.0 para Windows y algunas tablas de contingencia también se analizaron en el programa Epidat 3.0 de la Organización Panamericana de la Salud, por su sencillez y rapidez en el procesamiento.

Como estadísticos de resumen para datos cuantitativos se empleó la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes. En el caso de los datos cualitativos se empleó la frecuencia y (%).

Cuando se presentan casillas con frecuencias esperadas menores a 5 unidades o menores a una unidad, se procedió a unir categorías de las variables analizadas para aplicar el test mencionado, lo mismo que ocurrió con la variable Estado Civil la que se recodificó en Casados/Unión libre y todas las demás categorías se consideraron como Otros.

4.11. Aspectos Éticos

La información se recolectó en la investigación, se almacenó con absoluta confidencialidad, utilizándose solo para el presente estudio. Se facultó a personal capacitado la verificación de la información. Además se solicitó la firma del consentimiento a los participantes una vez explicados los aspectos más relevantes (positivos y negativos) de la investigación. (Anexo N° 3).

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

5.1. Descripción general de los resultados del test del estudio.

Todos los resultados mostrados provienen del análisis de las encuestas aplicadas a la muestra de 120 usuarios del Centro de Promoción de Envejecimiento Activa de IESS-Cuenca, en el año 2014.

Tabla 1.

Variables demográficas de los Adultos mayores del Centro de Promoción de Envejecimiento Activa del IESS-Cuenca, en el año 2014.

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	78	65,0
Masculino	42	35,0
Edad		
60 a 69 años	48	40,0
70 a 79 años	51	42,5
80 a 89 años	21	17,5
Estado civil		
Soltero	18	15,0
Casado	66	55,0
Divorciado	7	5,8
Viudo	25	20,8
Separado	4	3,3
Grado de instrucción		
Ninguno	17	14,2
Primaria	39	32,5
Secundaria	38	31,7
Superior	26	21,7

Fuente: Base de Datos

Elaboracion: Autora



La tabla 1 resume el comportamiento de las variables demográficas y epidemiológicas. El género predominante fue el femenino con 65% aproximadamente dos de cada tres adultos mayores. Asimismo predominaron en la muestra los adultos mayores casados con el 55% y el nivel de instrucción primario y secundario. El grupo de edad más frecuente fue el de 70 a 79 años.

Tabla 1.1

DISTRIBUCION DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE PROMOCION DE ENVEJECIMIENTO ACTIVA DEL IESS SEGÚN EDAD Y SEXO. CUENCA EN EL AÑO 2014

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60- 69 AÑOS	31	25,8	16	13,3	47	39,2
70 - 79 AÑOS	44	36,7	13	10,8	57	47,5
80 - 89 AÑOS	3	2,5	13	10,8	16	13,3
TOTAL	78	65,0	42	35,0	120	100,0

Fuente: Encuestas

Elaboración: Autora

Observando la tabla vemos que predomina el sexo femenino en el grupo etario de 70 a 79 años en el Centro de Promoción del Envejecimiento pues representando el 47,5% del total de asistentes lo que muestra el crecimiento de la esperanza de vida en el Ecuador y que este puede ser un factor de riesgo para que desarrollen la capacidad de autocuidado debido a que con el tiempo se van perdiendo las capacidades físicas e intelectuales, además este porcentaje corrobora los datos demográficos de que el Ecuador es un país de transición citada en el primera parte del marco teórico, el porcentaje mínimo también corresponde al sexo femenino con un 13,3% y a la edad de 80 – 89 años, lo que es un factor protector porque este grupo supera la media de esperanza de vida que es de 75 años para las mujeres, logrando mantener su independencia y autonomía para algunas funciones básicas, además estos



datos servirán de base para el diseño de nuevas políticas de protección para los adultos mayores, pues su esperanza de vida se extiende por el cambio en los estilos de vida y las condiciones externas.

Tabla # 2.

Distribución de los Adultos Mayores del “Centro de Promoción del Envejecimiento Activa del IESS” según el puntaje del test en las áreas de autocuidado investigadas. Cuenca 2014.

Variable	Media	Mínimo	Máximo
Puntaje total	17,33	3,00	24,00
Actividad física	2,52	1,00	3,00
Alimentación	2,06	1,00	3,00
Eliminación	1,77	1,00	3,00
Descanso y sueño	1,75	1,00	3,00
Higiene y confort	2,18	1,00	3,00
Medicación	2,46	1,00	3,00
Control de salud	1,96	1,00	3,00
Adicciones	2,65	1,00	3,00

Fuente: Base de Datos

Elaborado: Autora

El total se calculó en base al total de 120 participantes.

La tabla 2 presenta los promedios generales del test así como los alcanzados en cada área de autocuidado investigada. El puntaje promedio en el test sobrepasó el mínimo considerado como déficit de autocuidado. La media de esta variable se ubicó en 17,33 puntos, indicando que al menos el 50 % de los encuestados presenta un puntaje considerado adecuado o parcialmente adecuado para la percepción de autocuidado.



En cuanto a la percepción del autocuidado por áreas específicas, los mayores puntajes se alcanzaron en el control de las adicciones 2,65%, la actividad física 2,52 % y el control de la medicación 2,46%. Los menores resultados se observaron para el control del sueño y el descanso, los procesos de eliminación y el control periódico de la salud, con puntajes promedios inferiores a 2,0 %.

Tabla 3.

Distribución de los Adultos Mayores del “Centro de Promoción del Envejecimiento Activa del IESS” Cuenca 2014 según sexo, edad y puntaje promedio del test en cada área de autocuidado investigada.

VARIABLE	SEXO	Media	DS
EDAD	M	70,88	6,57
	H	71,90	7,20
ACTIVIDAD FÍSICA	M	2,51	0,73
	H	2,52	0,74
ALIMENTACIÓN	M	2,18	0,83
	H	1,88	0,80
ELIMINACIÓN	M	1,77	0,74
	H	1,83	0,82
DESCANSO Y SUEÑO	M	1,82	0,85
	H	1,74	0,80
HIGIENE Y CONFORT	M	2,32	0,69
	H	1,93	0,64
MEDICACIÓN	M	2,49	0,77
	H	2,45	0,77
CONTROL DE SALUD	M	2,12	0,85
	H	1,76	0,82
ADICCIONES	M	2,71	0,63
	H	2,62	0,80
PUNTAJE TOTAL	M	17,82	3,07
	H	16,43	4,09

Fuente: Base de Datos.

Elaborado: Autora



En la tabla 3 se observaron las áreas de autocuidado evaluadas entre hombres y mujeres, encontrando en los casos de: Higiene y Confort, en la Media de las mujeres representan 2,32 con una diferencia de 0,39 de los hombres = (1.93), y - Control de Salud y Puntaje Total del test, donde las mujeres mostraron mejores resultados con una diferencia de 0.36%. en relación con los hombres.= (1, 76).

Tabla # 4.

Percepción de autocuidado por áreas de estudio de los Adultos Mayores del “Centro de Promoción del Envejecimiento Activa del IESS” Cuenca 2014

Variable	Género	Percepción de autocuidado		
		Inadecuado	P. Adecuado	Adecuado
Actividad Física	M	14,1	20,5	65,4
	H	14,3	19,0	66,7
Eliminación	M	41,0	41,0	17,9
	H	42,9	31,0	26,2
Alimentación	M	26,9	28,2	44,9
	H	38,1	35,7	26,2
Control de Salud	M	30,8	26,9	42,3
	H	47,6	28,6	23,8
Medicación	M	16,7	17,9	65,4
	H	16,7	21,4	61,9
Higiene y Confort	M	12,8	42,3	44,9
	H	23,8	59,5	16,7
Sueño y Descanso	M	46,2	25,6	28,2
	H	47,6	31,0	21,4
Control de Adicciones	M	9,0	11,5	79,5
	H	19,0	0,0	81,0

Fuente: Base de Datos.

Elaboración: Autora

En esta Tabla se presentaron diferencias en la percepción del autocuidado entre hombres y mujeres para las áreas de la higiene y confort y en el control de las adicciones. En el primero de los casos, la proporción de mujeres con una percepción adecuada del autocuidado en su higiene personal y confort, superó



en aproximadamente 3 veces a los hombres (44,9 % vs. 16,7 % respectivamente). En el segundo, la proporción de hombres con una percepción inadecuada del autocuidado en el autocuidado de las adicciones superó en aproximadamente dos veces a las mujeres (19,0 % vs. 9,0 % respectivamente).

Tabla Nº 5.

Percepción de autocuidado, nivel de instrucción y estado civil de los Adultos Mayores del Centro de Promoción del Envejecimiento Activa del IESS. Cuenca 2014.

Variable	Dimensión	n	Percepción de autocuidado		
			Inadecuada	P. Adecuada	Adecuada
Estado civil	<i>Casado/unión libre</i>	66	28,8	53,0	18,2
	<i>Otros*</i>	54	31,5	50,0	18,5
Nivel de instrucción	<i>Ninguna</i>	14	14,3	71,4	14,3
	<i>Primaria</i>	39	33,3	56,4	10,3
	<i>Secundaria</i>	38	34,2	39,5	26,3
	<i>Superior</i>	26	19,2	57,7	23,1

Fuente: Base de Datos.

Elaboración: Autor

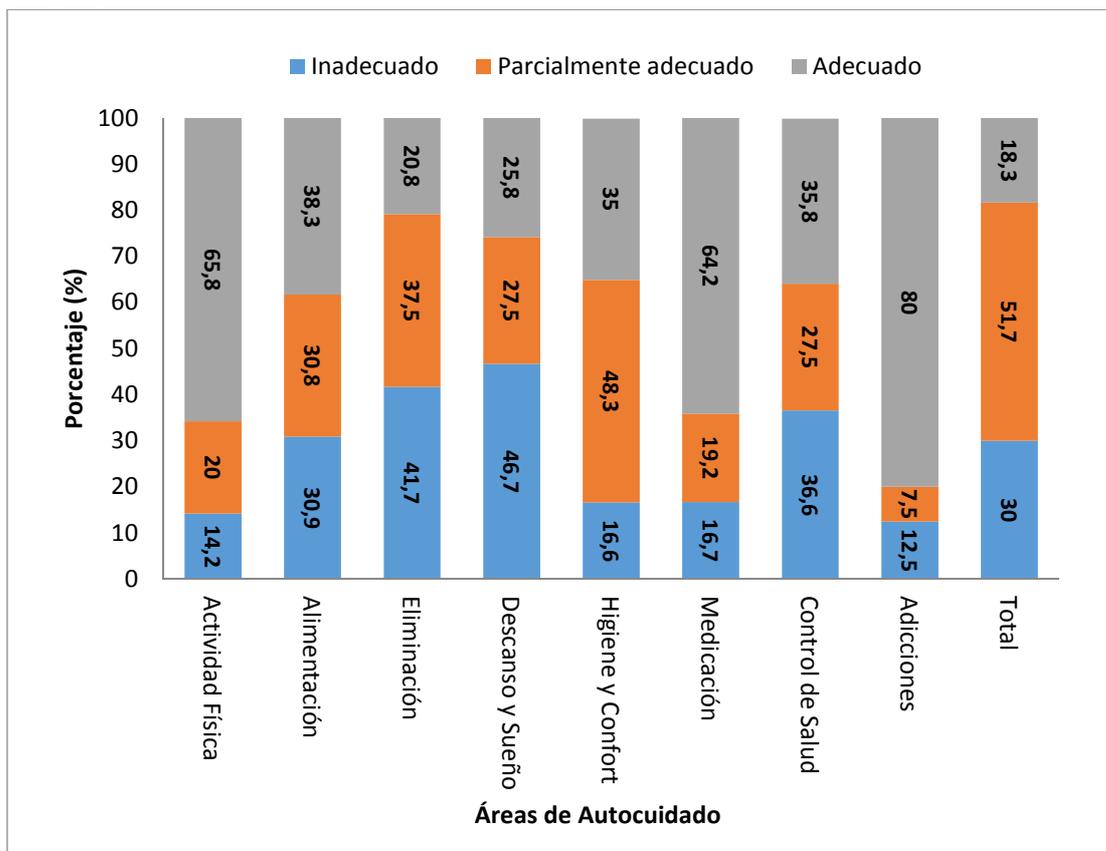
Otros*: se refiere a la unión de las categorías separadas, divorciadas y viudas.

En esta tabla se puede establecer que una Percepción Adecuada poseen los adultos mayores casados-unión libre, representando el 53, % lo que indica un porcentaje superior en relación con otros estados civiles, porque crea una relación de comunicación que favorece para el autocuidado, igual percepción en los adultos que tiene una instrucción superior el 57,7 % en ellos en cambio

constituye un factor protector porque les permite un mejor acceso a la educación y una oportunidad para mejorar su independencia y autonomía.

Gráfico N° 1.

Percepción de la capacidad de autocuidado por áreas individuales y total. Del Centro de Promoción de Envejecimiento Activa de IESS-Cuenca, en el año 2014.



FUENTE: Base de Datos

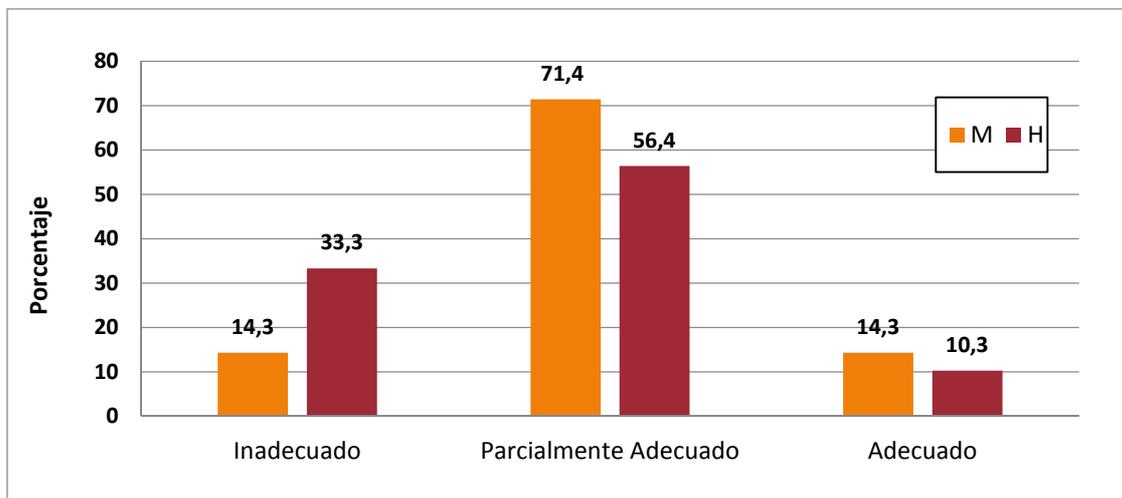
Elaboración: Autora

En el gráfico 1, Del análisis global de la encuesta se detecta que el 51,7% representan un autocuidado parcialmente adecuado, el 30% adecuado y el 18,3 % inadecuado; se resumen los resultados de la percepción de autocuidado por áreas estudiadas. En dicho caso las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0 %), la actividad física (65,8 %) y el control de la

medicación (64,2 %). Mientras, las de peores resultados fueron las de control del descanso y sueño 46,7 % y el control de la eliminación 41,7 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuado.

Gráfico N° 2.

Percepción de la capacidad de autocuidado según el puntaje global del test por sexo del Centro de Promoción de Envejecimiento Activa de IESS-Cuenca, en el año 2014.



FUENTE: Base de Datos

Elaboración: Autora

Si bien, desde el punto de vista cultural pudiera pensarse que las mujeres poseen una mejor percepción sobre las actividades de autocuidado, en el presente gráfico podemos observar que el 71,4% representan a las mujeres con un Autocuidado Parcialmente Adecuado, habiendo una diferencia de 15,0% con los hombres que presentan el 56,4%; en cambio la capacidad en el autocuidado inadecuado sobresalen los hombres con el 33,3 % superando a las mujeres que representan el 14,3% habiendo una diferencia del 19,03% entre los dos sexos.



5. 2. DISCUSION

1. -Un estudio realizado en Lima en 46 adultos mayores reporta deficiencias en la capacidad de autocuidado para la prevención de caídas en aproximadamente el 80 % de la muestra, considerando tanto factores de riesgo intrínsecos como extrínsecos, este resultado no se puede comparar porque el *TEST DE CYPAC-AM*. 1 empleado en la investigación no valora este parámetro. Este trabajo no mostró diferencias en las acciones de autocuidado entre hombres y mujeres, lo que contrasta con los resultados de la investigación realizada en donde predomina el sexo femenino y el grupo etario de 70 a 79 años lo que pone en riesgo la capacidad de autocuidado por la edad y la pérdida de las capacidades intelectuales y físicas.

Mientras que las actividades más deficientes estuvieron en los controles de salud periódicos del oído (46 % de déficit) y la visión (87 %), el no cuidado de los pies (52 %), la no realización de actividad física acorde a la edad y capacidad aeróbica (46 %) y el desconocimiento de información relativa a los nuevos tratamientos recomendados por los especialistas (44 %) . Estos resultados son similares a los encontrados en la investigación pues las áreas de mayor déficit de autocuidado son las de control del descanso y sueño 46,7 % y el control de la eliminación 41,7 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuado (28)

2.- En el ámbito de las enfermedades cardiovasculares los resultados internacionales indican la importancia de las acciones de autocuidado como una herramienta para elevar la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes (29). Para estudiar esta condición varios autores han



aplicado la *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* cuyos resultados oscilan entre 12 (mejor autocuidado) y 60 (peor autocuidado) (5, 6).

En nuestro estudio encontramos este parámetro como administración de Medicamentos , en el que predominando la mujer con el 65.4 % lo que representa un autocuidado adecuado en el manejo del tratamiento farmacológico; otros estudios con una similitud como es Bastidas Sánchez (30) en 55 pacientes colombianos con enfermedades coronarias de los cuáles más del 50% era mayor de 65 años, encontró que solo un 7,3 % obtuvo los mejores puntajes en actividades de autocuidado respecto a su morbilidad, mientras que el 52,7 % alcanzó los peores resultados. Los problemas fundamentales estuvieron en la prescripción inadecuada y el incumplimiento de las terapias farmacológicas y no farmacológicas recomendados, considerando además a la dieta, el control del peso corporal y las consultas periódicas al médico. Estos investigadores no realizan un análisis del comportamiento del variable género.

Contrario a lo anterior, un trabajo desarrollado en España con 335 pacientes de una edad promedio de $64,9 \pm 10,8$ años, mostró una puntuación media de $24,2 \pm 7,7$ al aplicar la misma escala mencionada en párrafos anteriores. Los autores concluyen que la capacidad de autocuidado fue moderada, apoyándose además en que el 50 % de los evaluados obtuvo puntuaciones entre 14 y 22, relativamente cercanas al valor considerado como de “mejor autocuidado” de 12 unidades. Se debe mencionar que las peores puntuaciones correspondieron en este caso a acciones de autocuidado asociadas a la realización sistemática de actividad física y los controles de salud por personal especializado. Estos autores no encontraron relación entre la puntuación global



3.- En el ámbito latinoamericano no se encontraron investigaciones sobre grandes grupos de adultos mayores que evaluaran las capacidades de autocuidado.

Una pesquisa en la zona central de Cuba sobre 195 personas con 60 años y más atendidas en los Consultorios Médicos de Familia mostró un nivel de autocuidado inadecuado en aproximadamente el 62 % de la muestra sin diferencias entre géneros, déficit que aumentó con la edad y el deterioro funcional de los adultos mayores. Los problemas en el autocuidado estuvieron en el no control periódico de la salud (61 %), la no realización de actividad física periódica (75 %), la automedicación (33 %) y la alimentación inadecuada (42 %) (38).

El cuestionario diseñado por estos autores denominado “Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor” (*TEST DE CYPAC-AM*) también valoró otros aspectos de la vida diaria como la eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, adicciones o hábitos tóxicos. De esta forma clasifica al individuo según el nivel de autocuidado en tres categorías de acuerdo a la percepción de autocuidado en: adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado (39).

Asimismo, otro pequeño estudio desarrollado en Perú sobre 63 personas adultas mayores resultó en un 21 % con un nivel de conocimientos bajo sobre el autocuidado para las satisfacciones de las necesidades básicas de la vida diaria. Los principales problemas estuvieron en cuanto al bajo cuidado en: la piel y anexos (48 %), el sueño (37 %), nutrición (30 %), relaciones sociales (24 %) y de la actividad física (19 %). Asimismo, más del 80 % posee actitudes de



rechazo hacia las actividades de autocuidado propuestas en la encuesta aplicada. Se debe notar como particularidad que la mayoría de la muestra estudiada posee un nivel cultural bajo (40).

El cuidado de la alimentación, del sueño y descanso, la medicación, los procesos de eliminación, el control de los hábitos tóxicos y la actividad física sistemática son elementos muy importantes a considerar en el autocuidado de cualquier adulto mayor. A pesar de ello, no todos los instrumentos consultados evalúan estas actividades o lo hacen de un modo diferente, lo que afecta la sistematización de los resultados.

En el análisis global de nuestra encuesta se detecta que el 51,7% representan un autocuidado parcialmente adecuado, el 30% adecuado y el 18,3 % inadecuado; se resumen los resultados de la percepción de autocuidado por áreas estudiadas. En dicho caso las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0 %), la actividad física (65,8 %) y el control de la medicación (64,2 %). Mientras, las de peores resultados fueron las de control del descanso y sueño 46,7 % y el control de la eliminación 41,7 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuado.



CAPÍTULO VI

6.1. CONCLUSIONES.

1. La percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente en al menos un 30 % en el grupo de adultos mayores estudiados, frente a un 5% de percepción adecuada y un 17% de percepción adecuada.
2. Las principales áreas afectadas fueron las actividades de sueño y descanso, control periódico de la salud y los procesos de eliminación fisiológica.
3. Las áreas de higiene y confort y control de las adicciones, mostró diferencias por sexo, siendo la percepción adecuada mayor en los hombres más que en las mujeres.
4. Existe una Percepción Adecuada entre los adultos mayores casados unión libre, con instrucción superior y una percepción inadecuada entre los adultos
que no tienen ninguna instrucción y los de estado civil otros (divorciado, viudo, separado).
5. Los resultados globalmente indican que existe un significativo y potencial déficit en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que puede considerarse independiente de su estado civil y grado de instrucción, y en menor medida del género del individuo.



6.2. RECOMENDACIONES.

AL CENTRO DE PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVA DEL IESS

1. Diseñar políticas de capacitación sobre el autocuidado de la salud para un envejecimiento saludable y digno así como para promover su autonomía e independencia.
2. Promover la participación de los adultos mayores en las actividades del centro para conservar y recuperar la salud y bienestar físico y psicológico de los adultos mayores.

A LA UNIVRSIDAD

3. El presente estudio resulta pionero en la población geriátrica Ecuatoriana, sería de gran utilidad que se replique y amplíe el mismo en diferentes centros para tener un panorama más amplio y completo del comportamiento de la percepción de las capacidades de autocuidado en este grupo poblacional a nivel nacional. La publicación de estos resultados puede constituir un paso importante para socializar este tipo de investigación y su relevancia en el contexto actual de Ecuador.



BIBLIOGRAFÍA.

1. CEPAL-CELADE. Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. Quito: Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Ministerio de Bienestar Social. CEPAL-CELADE; 2007.
2. Leitón Ezpinosa Z y Ordoñez Romero Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: manual de información para profesionales. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima-Perú. 2003: 174 págs.
3. Ofman SD, Pereyra CI y Stefani D. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género. Bol Psicol. 2013;(108): 91-106.
4. Leyva-Jiménez R, Venegas-Escobedo OE, Guadalupe Medel-Delgado A. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. Rev. Investí Clín. 2011; 63(4): 376-381
5. Bastidas Sánchez CV, Olivella Fernández M, Bonilla Ibáñez CP. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedades cardiovasculares. Av. Enfermo [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 31 julio 2014]; XXX (1):42-54. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35432/35810>
6. González B, Lapón J, Paragón T, Urrutia A, Herrera J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFSc-Bs) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol [Revista en la Internet] 2006 [Consultado 31 julio 2014];59(2):166-70. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid=articulo=13084645&pid_usuario=0&pid_contactid=&pid_revista=25&ty=67&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v59n02a13084645pdf001.pdf
7. Ortiz M; Ortiz E; Gatica A y Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Ter Psicol [revista



- en la Internet]. 2011 [citado 2014 Jul 29];29(1): 5-11 . Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>
8. Compeán Ortiz LG, Gallegos Cabriales EC, González González JG, Gómez Meza MV. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en la Internet] 2010 [citado 2014 Jul 29]; 18(4):[07 pantallas]. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf
9. Romero Baquedano I, Antonio dos Santos M, Aparecida Martins T, Zanetti ML. Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencias en México. Rev Latino-Am Enfermagen [Revista en la Internet] 2010 [Consultado 1 agosto 2014];18(6): [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
10. Velandia-Arias A y Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. Salud pública. 2009;11(4): 538-548.
11. Serrano Silva, E., Meneses Peña, T. Autocuidado en mujeres embarazadas en el Subcentro de Salud “Los Vergeles” Milagro Agosto 2008-2009 [Tesis]. Guayas: Universidad Estatal de Milagro. Unidad Académica de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería. 2009; [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/98/1/4%20ORIENTACION%20SOBRE%20AUTOCUIDADO%20EN%20LAS%20MUJERES.pdf> .
12. Alvarado, C., Sánchez, C. Autocuidado de pacientes diabéticos del Club “Dulce Vida”, Hospital Naval de Guayaquil, Noviembre 2009 a Mayo del 2010 [Proyecto]. Guayas: Universidad Estatal de Milagro. Unidad Académica de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería y Armada del Ecuador. 2010; [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/10%20AUTOCUIDADO%20DE%20PACIENTES%20DIABETICOS%20DEL%20CLUB%20DULCE%20VIDA.pdf>.



13. Del Pezo, ER. Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético “Centro de Salud # 1 Santa Elena” 2012-2013 [Tesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Escuela de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería. 2013; [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:

<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/992/1/ELOISA%20DEL%20PEZO-TESES.pdf>

14. Aucay, OG., Carabajo, LR. Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Centro de Salud No 1 Pumapungo, Cuenca-Ecuador 2013 [Tesis]. Cuenca, Azuay: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2013; [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5091/1/ENF101.pdf>

15. Henríquez Castello, JD. Rol de Enfermería basado en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, para prevenir complicaciones de los usuarios Diabéticos que son atendidos en la consulta externa del Hospital Dr. Vicente Pino Moran de Marzo a Junio 2013 [Tesis]. Guayas: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Enfermería “San Vicente de Paul”. 2013; [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/842>

16. Cabrera González, BA. Mejoramiento en el autocuidado de las personas adultas mayores atendidas en el Subcentro de Salud de Cojitambo. Azogues 2011-2012 [Tesis]. Cuenca, Azuay: Universidad Técnica Particular de Loja, Centro Universitario de Cuenca. 2012; [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/6239>

17. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [Revista en la Internet] 2010 [Consultado 29 julio 2014]; 26(4): 222-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es

18. Manrique Huanaco D. Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los



adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja". [Tesis] Perú: Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos; 2010 [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/531/1/manrique_hd.pdf

19. Sundsli K, Söderhamn U, Epnes GA, Söderhamn O. Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. J Multidisc Healthcare [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 1 agosto 2014];5;85-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3333801/pdf/jmdh-5-085.pdf>

20. Dale B, Söderhamn U, Söderhamn O. Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway [Abstract]. Scan J Caring Sci [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 1 agosto 2014]; 26(1):113-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2188334421>.

21. Tomstad ST, Söderhamn U, Epnes GA, Söderhamn O. Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk or undernutrition among older home-dwelling people. Int J Gen Med [Revista en la Internet] 2012 [Consultado 1 agosto 2014]; 5:231-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302765/>

22. MacKichan F, Paterson C, Henley WE, Britten N. Self-care in people with long term health problems: a community based survey. BMC Fam Pract [Revista en la Internet] 2011 [Consultado 1 agosto 2014]; 12:53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143929/>

23. Lee R, Donehower G. El envejecimiento de la población, las transferencias intergeneracionales y el crecimiento económico: América Latina en el contexto mundial. Notas de población [Revista en la Internet] 2009 [Consultado 26 julio 2014]; 90:13-37. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41808/LCG2469-P_1.pdf

24: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20926/1/Tesis.pdf> 100% Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143929/> 23.

25. Mondéjar Barrios MD, Rosas Durand LO, Morgado Rodríguez A, Hernández Martínez N, Junco Martínez G. Intervención educativa para elevar el



nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado. *Mediciego* [Revista en la Internet] 2013 [Consultado 1 agosto 2014]; 19(supl. 2): [aprox. 9 páginas]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/pdf/T7.pdf

26. Camino Salazar MP. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Jurín, 2011. [Tesis] Perú: Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos; 2012 [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1440/1/camino_sm.pdf

27. Achury Saldaña DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan* [Revista en la Internet] 2007 [Consultado 2 agosto 2014];7(2): [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/109/219>

28. Cadenas Lagunes CA, Flores Gutiérrez Y. Capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis] México: Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Veracruzana; 2010 [Consultado 1 agosto 2014]. Disponible en:

http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/28502/1/Yamileth_tesis%20definitivo.pdf

29. Boix Gras C, López-Torres Hidalgo J, David García Y, Téllez Lapeira J, Villena Ferrer A, Párraga Martínez I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años Aten Primaria [Revista en la Internet] 2009 [Consultado 3 agosto 2014]; 4(10):564-69. Disponible en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/trastornos-sue%C3%B1o-condiciones-ambientales-mayores-65-a%C3%B1os-13141679-originales-2009>

30. Bello Rodríguez T, Varela Pinedo L, Ortiz Saavedra PJ, Chávez Jimeno H, Revoredo González C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. *Acta Med Per* [Revista en la Internet] 2009 [Consultado 1 agosto 2014];26(1):22-6.

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>



31. Coro Mantilla MM, Apolinaire Pennini J, González Menéndez R. Uso inadecuado de psicofármacos en las personas de 60 años y más. Rev Finlay [Revista en la Internet] 2013 [Consultado 1 agosto 2014]; 3(1): 15-24. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/174/1070>
32. Manrique Espinosa B, Salinas Rodríguez A, Moreno Tamayo KM, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL, Gutiérrez Robledo LM et al. Condición de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública Mex [Revista en la Internet] 2013 [Consultado 1 agosto 2014]; 55(suppl. 2): S323-S331. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a32.pdf>
33. Maldonado Guzmán G, Banda González OL, Rivera Vázquez P, Medrano Martínez MR, Villanueva Salinas OF, García Pesina A. Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores de C.D. Victoria, TAM. Contribuciones a las Ciencias Sociales [Revista en Internet] 2010 [Consultado 1 agosto 2014]: [aprox. 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/ggvmsp.htm>
34. Erendira Quintana VF, Rodríguez Antolín J, Aguilera V, Martínez Gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. Salud en Tabasco [Revista en Internet] 2009 [Consultado 3 agosto 2014]; 15(1):839-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48712088004.pdf>
35. Serón P, Muñoz S, Lanás F. Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. Rev Méd Chile [Revista en Internet] 2010 [Consultado 3 agosto 2014]; 138:1232-9. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2004.pdf>
36. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Singh MA, Minson MT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. Exercise and Physical Activity for Older Adults. Med Sci Sports Exerc [Revista en Internet] 2009 [Consultado 3 agosto 2014]:1510-30. Disponible en: http://www.chap.uk.com/pdfs/Exercise_and_Physical_Activity_for_Older_Adults.pdf
37. Santana Serrano C, Bello Calzada D, Del Toro Rodríguez ME, Santana Rivero LM, Valdés Cervantes VM. Influencia del ejercicio físico desde los



Círculos de Abuelos en senescentes diabéticos. EFdeportes.com [Revista en Internet] 2012 [Consultado 3 agosto 2014];16(166): [aprox. 6 pantallas].
Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd166/ejercicio-fisico-en-senescentes-diabeticos.htm>

38. Psicología Básica. Departamento de Psicología de la salud.

Disponible en: <http://www.psb.ua.es>

ANEXO Nº 1**OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES APLICADAS CENTRO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IEISS.**

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
PERCEPCION DEL AUTOCUIDADO	Percepción: Proceso de carácter psicológico descendente por el cual la información sensorial es seleccionada, organizada y procesada e interpretada para la construcción de una representación mental del mundo a partir de la experiencia y las expectativas.	Actividad Física	Ejecución	Si A veces No
		Alimentación	Acceso	Si A veces No
		Eliminación	Control	Si A vece No
		Descanso y Sueño	Frecuencia	Si A veces No
		Higiene y Confort	Acceso	Si A veces No
		Medicación	Acceso Frecuencia	Si A veces No



PERCEPCION DEL AUTOCUIDAO		Control de Salud	Acceso y Frecuencia	Si A veces No
		Adicciones y Hábitos nocivos	Frecuencia	Si A veces No
SEXO	Conjunto de condiciones anatómicas que caracterizan a cada sexo	Fenotipo	Fenotipo	Hombre Mujer
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años Cumplidos	Fecha de Nacimiento (cedula)	Numérica
ESTADO CIVIL	Situación personal en la que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Lazos Jurídicos	Categoría	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo
INSTRUCCION	Nivel de Educación de las Personas	Nivel de Preparación	Tipo de formación	Ninguna Primaria Secundaria Superior



ANEXO. Nº2.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADOS:
ESPECIALIDAD EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA**

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.

CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE PROMOCION ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IESS. CUENCA. 2014

FORMULARIO DE APLICACIÓN DE LA CAPACIDAD Y PERCEPCION DE AUTO CUIDADO DEL ADULTO MAYOR (CYPAC-AM)

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

Sí _____ No _____

Fecha de la Encuesta: _____

Datos Generales:

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

2. Edad: ¿Pudiera decir los años que usted tiene cumplidos? _____

3. Estado Civil: 1. Soltero _____ 2. Casado _____ 3. Divorciado _____

4. Viuda _____ 5. Unión Libre _____ 6. Separado _____

4. Grado de Instrucción: 1. Ninguna _____ 2. Primaria _____ 3. Secundaria _____

4. Superior _____ 5. Postgrado _____

5. ¿Cómo usted percibe o considera su estado de salud?

Supuestamente sano (**saludable**) _____ Aparentemente enfermo (**No saludable**) _____

**TEST DE CYPAC-AM** (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

Categorías a medir Formas de medición

A. Actividad Física

1. Puede movilizarse sin ayuda _____ Sí___ No___
2. Participa en el círculo de jubilados _____ 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___

B. 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 sancochados que fritos _____ Si___ A veces___ No___
4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste _____ Si___ A veces___ No___

C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda ___ Sí___ No___
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular ___ Si___ A veces___ No___
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones _____ Si___ A veces___ No___
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas _____ Si___ A veces___ No___
(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño _____ Si___ A veces___ No___
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer- Si___ A veces___ No___
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo _____ Si___ A veces___ No___
4. Procura dormir las horas necesarias diarias _____ Si___ A veces___ No___
(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y Confort



1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda ___ Sí___ No___
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido ___ Si___ A veces___ No___
3. Acostumbra bañarse con agua tibia _____ Si___ A veces___ No___
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies ___ Si___ A veces___ No___

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla ___ Si___ 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___

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud ___ Sí___ No___
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar _____ Sí___ A veces___ No___
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas ___ Si___ A veces___ No___
4. Se realiza auto chequeos periódicos en la casa _____ Si___ A veces___ No___

(Auto examen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de boca, Medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos Nocivos

(Alcohol, Cigarrillo)

1. Puede mantenerse sin ningún hábito Nocivo _____ Sí___ No___
2. Puede controlar la cantidad Nocivo que consumo _____ Si___ A veces___ No___
3. Tiene un hábito Nocivo pero intenta dejarlo _____ Si___ A veces___ No___
4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlo _____ Si___ A veces___ No___

Firma.....

Fecha.....

**ANEXO Nº 3****CONSENTIMIENTO INFORMADO****CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DE AUTO CUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE PROMOCIÓN DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL IESS DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERIODO DE JUNIO-OCTUBRE DE 2014**

Yo RUTH MAGDALENA ALVEAR IDROVO, estudiante del posgrado en la especialidad de Geriatria y Gerontología de la Universidad de Cuenca, por medio de la presente me es grato informarle que se llevara a cabo un estudio de investigación para determinar la Capacidad de Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor del Centro de Promoción de Envejecimiento Activo del IESS de la ciudad de Cuenca, en el Periodo de Junio - Octubre 2014, los cuales han sido escogidos para participar en este estudio, los datos recolectados servirán para realizar una Tesis de Grado, la misma que me servirá para obtener la Especialidad de Geriatria y Gerontología en Enfermería.

Usted, está invitada/do a participar en este estudio. La investigación está diseñada para obtener información científica que pueden ayudar a otras personas, instituciones y comunidades en el futuro

La participación es voluntaria, no involucrará ningún riesgo físico para usted. La información que nos proporcionen es absolutamente confidencial. Asumimos este compromiso, e implementaremos todos los cuidados necesarios. No incluiremos ninguna información que pueda ser posible la identificación de las personas o de la institución en publicaciones o reportes posteriores.

No hay costos para ninguna persona por formar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por la participación.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicación sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Declaración del consentimiento:

He leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio las que fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas.

Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que cualquier persona que participa tiene derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto signifique perjuicio para mí. Firmado este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Nombre

Firma

Si no acepto participar, por favor expliqué por qué.
