

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CLIMA FAMILIAR Y AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS
DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
SALAS CARBAJO MELISSA DEL ROSARIO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA - PERÚ

2017

ASESOR
DRA. ISABEL PINO ARANA

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Privada San Juan Bautista, por brindarme la oportunidad de cumplir con mi desempeño como estudiante y llegar a ser una gran profesional.

- Al Coordinador de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica por brindar su apoyo incondicional a la hora de realizar investigaciones.

- A los pacientes que participaron en la investigación de manera voluntaria.

- A mi asesora por su apoyo incondicional durante la elaboración de la tesis.

DEDICATORIA

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional durante los momentos más difíciles de mi vida y de mi carrera, y por no dejarme sola en mis momentos de flaqueza.

RESUMEN

El clima familiar en los adultos mayores se ve alterado por la separación de los miembros de la familia o fallecimiento, la ausencia de los miembros de la familia es un factor en contra para la realización del autocuidado ya que los adultos mayores muchas veces necesitan de ayuda para realizar las actividades de autocuidado, así como la presencia de depresión por el abandono y soledad favorecen a que se presente ausencia de cuidados en ellos mismos. El objetivo fue determinar el clima familiar y autocuidado en los usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica - diciembre 2016. La investigación tuvo como propósito brindar información actualizada y fidedigna sobre la situación de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor, el clima familiar en el que tienen que vivir diariamente, así como el autocuidado que practican en sí mismos, propiamente o con el apoyo de sus familiares y a su vez identificar el déficit que pueden presentar en su cuidado para promover una mejora y fomentar una calidad de vida mejor en esta etapa de vida. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 240 adultos mayores y la muestra fue de 80 adultos mayores. Los resultados fueron: Con respecto a la edad, el 47.5% tenían entre 60 y 65 años, el sexo predominante fue el femenino con un 65% y tanto los que viven con sus parejas e hijos fueron un 38.75%. En el clima familiar se obtuvo que el 60% fue medianamente favorable, el 25% fue desfavorable y solo el 15% fue favorable. Con respecto al autocuidado se obtuvo que el 62.5% fue inadecuado, y solo el 37.5% tuvo un autocuidado adecuado. Conclusiones: El clima familiar según dimensión relaciones, dimensión desarrollo y dimensión estabilidad fueron medianamente favorable en los usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica. Por lo que se rechaza la hipótesis para esta variable. El autocuidado según alimentación, higiene, cuidado de la piel y anexos es inadecuado en los usuarios del Centro del Adulto Mayor-Ica. Por lo que se acepta la hipótesis para esta variable.

Palabras claves: Clima familiar, autocuidado, adulto mayor.

ABSTRACT

The familiar climate in the major adults meets altered by the separation of the members of the family or death, the absence of the members of the family is a factor in against for the accomplishment of the autocare since the major adults often need from help to realize the activities of autocare, as well as the presence and depression for the abandon and loneliness favor to that present absence of taken care in them themselves. The aim was to determine the climate familiar and autotaken care in the users of the center of the major adult, Ica - December, 2016. The investigation had as intention offer updated and trustworthy information about the situation of the major adults who are present at the center of the major adult, the familiar climate in which they have to live every day as well as the autocare that they practise in yes same, properly or with the support of his relatives and in turn identify the deficit that they can present in his care to promote an improvement and to promote a quality of better life in this stage of life. The investigation was of quantitative approach, of descriptive type and of transverse court. The population was shaped by 240 major adults and the sample belonged 80 major adults. The results were: With regard to the age, 47.5% had between 60 and 65 years, the predominant sex was the feminine one with 65% and so much those who live with his pairs and children were 38.75%. In the familiar climate there was obtained that 60 % was moderately favorable, 25% was unfavorable and alone 15% was favorable. With regard to the autocare there was obtained that 62.5 % was inadequate, and alone 37.5% had a suitable autocare. Conclusions: The familiar climate according to dimension relations, dimension I develop and dimension stability they were moderately favorable in the users of the Center of the Major Adult, Ica. By what the hypothesis is rejected for this variable. The autocare according to supply, hygiene, care of the skin and annexes is inadequate in the users of the Center of the Adult Mayor-Ica. By what the hypothesis is accepted for this variable.

Key words: familiar, autoelegant Climate, major adult.

PRESENTACIÓN

Los adultos mayores necesitan de cuidados específicos para mantener una calidad de vida adecuada, uno de los factores fundamentales es el clima laboral en donde se desempeña, el apoyo familiar y social, las relaciones interpersonales y la interacción en sus quehaceres diarios fomentan su salud, además agregado a esto está el autocuidado que estos tienen referentes a su alimentación, ejercicios y cumplimiento terapéutico que puedan tener. La investigación tiene como objetivo determinar el clima familiar y autocuidado en los usuarios del centro del adulto mayor, Ica - diciembre 2016. El estudio se justifica por la presencia de depresión y abandono de los adultos mayores, así como de la presencia de patologías degenerativas producidas por no realizar un autocuidado adecuado. El propósito de la investigación es fomentar el desarrollo óptimo de los adultos mayores tanto en el aspecto físico como el psicológico. El tipo de investigación es no experimental, descriptiva y de corte transversal. El estudio está constituido por los siguientes capítulos: La investigación consta de cinco capítulos, en el Capítulo I: el problema, abarca el planteamiento del problema, formulación de problema, justificación, objetivo general y específicos, propósito; en el Capítulo II: marco teórico, se encuentran los antecedentes, base teórica, hipótesis, variables, definición operacional de términos; en el Capítulo III: materiales y métodos, donde abarca tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos; en el Capítulo IV: resultados y discusión, se encuentran los resultados y discusión; en el Capítulo V: conclusiones y recomendaciones, donde abarca las conclusiones y recomendaciones; referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

INDICE

Pág.

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRAFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:	
I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	14
I. c. JUSTIFICACIÓN.	15
I. d. OBJETIVOS:	15
I.d.1 GENERAL.	
I.d.2 ESPECÍFICOS.	
I.e. PROPÓSITO.	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:	
II. . ANTECEDENTES.	17
II. b. BASE TEÓRICA.	21
II. c. HIPÓTESIS.	45
II. d. IDENTIFICACION DE VARIABLES.	46
II. e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.	46
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÈTODOS:	
III. a. TIPO DE ESTUDIO.	47
III. b. ÁREA DE ESTUDIO.	47
III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA.	47

III. d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	48
III. e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	48
III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	48
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	
IV. a. RESULTADOS.	51
IV. b. DISCUSIÓN.	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	
V. a. CONCLUSIONES.	64
V. b. RECOMENDACIONES.	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

Nº	TITULO	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	51
2	CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN RELACIONES EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	102
3	CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN DESARROLLO EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	102
4	CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN ESTABILIDAD EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	103
5	CLIMA FAMILIAR GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	103
6	AUTOCUIDADO SEGÚN ALIMENTACION EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	103
7	AUTOCUIDADO SEGÚN HIGIENE EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	104
8	AUTOCUIDADO SEGÚN CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	104
9	AUTOCUIDADO GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	104

LISTA DE GRAFICOS

Nº	TITULO	Pág.
1	CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN RELACIONES EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	52
2	CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN DESARROLLO EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	53
3	CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN ESTABILIDAD EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	54
4	CLIMA FAMILIAR GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	55
5	AUTOCUIDADO SEGÚN ALIMENTACION EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	56
6	AUTOCUIDADO SEGÚN HIGIENE EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	57
7	AUTOCUIDADO SEGÚN CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	58
8	AUTOCUIDADO GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2015.	59

LISTA DE ANEXOS

Nº	TÍTULO	Pág.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	73
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	75
3	TABLAS DE CÓDIGOS	83
4	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO. PRUEBA BINOMIAL	85
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – ALFA DE CRONBACH	86
6	TABLA MATRÍZ DE VARIABLES	87
7	TABLAS DE FRECUENCIA	102

CAPITULO I

EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La familia constituye la institución base de la sociedad, es el medio natural para el desarrollo de sus miembros; para el adulto mayor representa además la posibilidad de permanencia en un grupo. En este sentido el clima social que se genere en el entorno familiar propicia que se manifiesten relaciones familiares armoniosas entre los integrantes de la familia, lo que contribuye al establecimiento de un confort emocional en los adultos mayores. ¹

La familia constituye la institución básica en la sociedad para el desarrollo de sus miembros, para el anciano, representa la posibilidad de permanencia familiar, que lo provee de protección y le propicia su autoestima. Su desvinculación con la familia constituye un alto factor de riesgo psicosocial. El adulto mayor presenta factores de riesgo psicosocial formado por un complejo de factores del micromedio y propio del individuo que puede llevarlo a una enfermedad o a adquirir una condición específica que lo predisponga a una patología determinada. Existen factores sociales que pueden enriquecer o por el contrario reducir el concepto de calidad de vida y hacerlo diferente de un país a otro, como es la cultura, las costumbres, las tradiciones, los patrones de conducta social, las creencias, los prejuicios y la forma en que la sociedad percibe los valores de confort y bienestar. ²

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las personas de 60 a más años representan el 9,6% de la población del país, y en el 2021 serán el 11,2%. Es un aumento progresivo, como evidente es el ímpetu de ese grupo etario por estar activo. Para ello son claves los hábitos de vida saludables, dicen los especialistas.

Esos buenos hábitos llevan a un bienestar físico, mental y espiritual, mejoran la calidad de vida y evitan la dependencia durante el envejecimiento, que es un proceso natural. Al respecto, una encuesta hecha en enero último por Ipsos Perú entre persona adultas mayores limeñas arrojó que el 81% de ellas no depende de nadie para hacer sus actividades. ³

En cuanto a la percepción de los adultos mayores respecto a la calidad de las relaciones familiares, La Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes, 2013 evidencia que la mayoría 73% siente que puede contar con su familia y que son bastante unidos, sin embargo un 18% siente que a menudo lo toman poco en cuenta.⁴

En el Perú los adultos mayores aún siguen ejecutando actividades productivas y viven en compañía de al menos un familiar, el último censo del año 2013 evidencio que el 56% de los adultos mayores vivían con al menos un familiar, pero de estos solo el 50% se encontraba satisfecho con el trato que recibieron. ⁵

Durante los ciclos de estudio en la universidad se pudo palpar directamente la situación que viven a diario los adultos mayores con respecto al clima familiar y autocuidado que tienen.

Es por esta razón que se realiza la siguiente interrogante de investigación:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el clima familiar y autocuidado en los usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica - Diciembre 2016?

I.c. JUSTIFICACIÓN:

Ante dicho incremento poblacional el personal profesional de enfermería necesita enfocar estudios de investigación en dicho grupo etáreo para ayudar al adulto mayor y familia a enfrentar el proceso de envejecimiento entendiéndolo como un cambio natural y adaptativo mediante acciones preventivo- promocionales, asimismo la interacción con diversos factores que rodean el entorno familiar del adulto mayor conllevan a buscar un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo inmerso en un clima social familiar favorable, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida. Es por ello que la importancia de la presente investigación radica en poder caracterizar el clima familiar y su autocuidado para implementar acciones oportunas considerando el Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAIS), ya que es en su entorno familiar donde se consolida las características de los comportamientos de los adultos mayores al ejercer una influencia significativa tanto en su conducta como en su desarrollo social, personal, afectivo e intelectual lo cual influye directamente en la determinación del envejecimiento activo, saludable y en la calidad de vida.

I.d. OBJETIVOS:

I.d.1. Objetivo general

Determinar el clima familiar y autocuidado en los usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica - Diciembre 2016.

Objetivos específicos

O.E.1. Identificar el clima familiar en el adulto mayor, según sea

- Dimensión Relaciones
- Dimensión Desarrollo
- Dimensión Estabilidad

O.E.2. Identificar el autocuidado del adulto mayor, según sea:

- Alimentación
- Higiene
- Cuidado de piel y anexos

I.e. PROPÓSITO:

El propósito de la investigación es brindar información actualizada y fidedigna sobre la situación de los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor, el clima familiar en el que tienen que vivir diariamente, así como el autocuidado que practican en sí mismos, propiamente o con el apoyo de sus familiares y a su vez identificar el déficit que pueden presentar en su cuidado para promover una mejora y fomentar una calidad de vida mejor en esta etapa de vida.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Alvear R. En el 2014 realizo una investigación de tipo descriptivo y transversal cuyo objetivo fue determinar la **PERCEPCION DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE PROMOCION ACTIVA DEL IESS-CUENCA**. **Resultados:** Los resultados de la investigación muestran que en el 30% de adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones con un 80%, la actividad física con un 65.8% y el control de la medicación con un 64.2%. Mientras las de bajo resultado fueron las de control del descanso y sueño y control de la eliminación en las que más del 40% de la muestra presento una percepción de autocuidado inadecuada. **Conclusiones:** Los resultados indican un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos. ⁶

Herrera S, Kornfeld R. En el 2012 realizaron una investigación de tipo descriptivo y transversal cuyo objetivo fue identificar las **RELACIONES FAMILIARES Y BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE**. **Resultados:** Un 48% de la tercera edad encabezaba como jefe o pareja un hogar con presencia de otros familiares y/o no familiares de distintas edades y un 12% vivía en casa de otros en posición principalmente de padres o suegros (es decir, estarían “allegados” en hogares de otras personas). Un 30% de los adultos mayores vive en hogares independientes (18% en pareja y 12% solos) y un 10% de los hogares corresponden a formas compartidas. La mayoría de los adultos mayores tiene hijos vivos y los tienen físicamente cerca: con el 56% de los hijos se tiene contacto —personal, por teléfono o correo— diario o varias veces

por semana y solo con el 6% no se contactan nunca. La comunicación diaria es relativamente más frecuente entre las mujeres y los de mejor nivel educacional. Con el 73% de los hijos casi nunca se pelea o discute, con el 19% a veces y con el 8% casi siempre. Los adultos mayores están satisfechos o muy satisfechos en su relación con el 86% de los hijos, mientras que con un 14% están poco o nada satisfechos. Este bajo porcentaje de relaciones insatisfechas es consistente con los escasos reportes de peleas o de ausencia de contacto, mencionados más arriba. Es interesante destacar que el 29% de los encuestados consideran que la relación que tienen con sus hijos ahora es mejor que la que tenían con ellos antes de cumplir 60 años, el 64% la considera igual y un 7% juzga que ha empeorado. ⁷

Contreras RM. En el año 2013 realizó una investigación de tipo descriptivo transversal con el objetivo de determinar las características del **CLIMA SOCIAL EN EL ENTORNO FAMILIAR SEGÚN OPINIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA,SJM - PERÚ**. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores. Resultados: en relación al sexo, se observa que predomina el sexo femenino con un 74%. Asimismo, las edades de los adultos mayores oscilan entre los 70-74 años (34%). En relación al clima social familiar de los adultos mayores, se observa que presenta características medianamente favorables con un 54% (27), se observa que la subdimensión más favorable es la de cohesión, presentando situaciones más favorables con un 70% (35), en segundo lugar, se encuentra la subdimensión de expresividad, en donde los adultos mayores indicaron expresar en un 62% (31) manifestaciones de cariño. En tercer lugar, se encuentra la subdimensión de conflicto, en donde se encontraron más situaciones desfavorables en el siguiente orden: 70% (35) a veces se critican unos a otros, en el componente social- recreativo 54% (27) de adultos mayores que nunca realizan prácticas deportivas. En

el componente moral- religioso indican que es importante tener fe y un 64% (32) indican que es muy importante leer la biblia.⁸

Castillo V. en el año 2014 realizó un estudio tipo cuantitativo descriptivo correlacional con el objetivo de determinar los **ESTILOS DE VIDA Y FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO RAMIRO PRIALE CHIMBOTE. PERU.** Material y método: El universo muestral estuvo constituido por 98 Adultos mayores, para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos: Cuestionario sobre factores socioculturales de la persona y escala del estilo de vida; ambos instrumentos fueron garantizados en su confiabilidad y validez. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico. SPSS/info/software versión 18.0 y se presentaron los datos en tablas simples y de doble entrada con sus respectivos gráficos. Para establecer la relación entre variables de estudio, se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Concluyendo que: La mayoría de los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo estilo de vida saludable. Sobre los factores socioculturales: La mayoría tuvo un grado de instrucción secundaria incompleta con un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles. Menos de la mitad profesan la religión católica, la mitad tiene un estado civil casado, más de la mitad tienen otras ocupaciones (son vendedores ambulantes, zapateros y sastres). Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el factor sociocultural.⁹

Manrique H. en el año 2010 realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el **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 LIMA.** Material y método: Se realizó un estudio a adultos mayores usuarios del C.S "conde

de la vega baja”, el universo de estudio fue de ciento ochenta usuarios, la muestra fue de sesenta y tres usuarios, Se aplicó una entrevista y como instrumentos una encuesta y una escala de Licker modificada que contiene las variables seleccionadas. Resultados: El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio; y en la dimensión psicosocial, es alto. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación.¹⁰

Uribe S. En el año 2011 realizó un estudio de alcance descriptivo, de corte transversal con el objetivo de determinar la percepción de **CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA Y AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES DE 60-65 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA**. El estudio se realizó en el hospital regional de Ica, que actualmente se encuentra ubicado en la loza deportiva santa maría provisionalmente funcionando como hospital de campaña mientras dure la construcción del hospital. Material y método brinda atención al paciente, familia y comunidad en sus diferentes áreas. La muestra fue de 20 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina que son un total de 38, las técnicas que se utilizaron fue la entrevista y encuesta, como instrumentos el cuestionario modificado a una escala de licker. En cuanto a los resultados la percepción de calidad de atención de enfermería en el adulto mayor de 60-65 años, se tiene que el 100%, un 35% de pacientes tiene una percepción de calidad de atención favorable. Mientras que el 55% de pacientes tienen una percepción de calidad de

atención medianamente favorable y un 10% de pacientes tienen un auto cuidado inadecuado, mientras que un 40% de pacientes tienen un auto cuidado inadecuado.¹¹

Los antecedentes utilizados en el estudio han servido como guía en la elaboración de la investigación, permitieron fortalecer esta investigación por los aportes, y conducir adecuadamente la metodología del estudio y ampliar el conocimiento previo. Así también los antecedentes presentados sirvieron de base para confrontar los resultados de tal manera que explique la situación problemática encontrada en la investigación. Los estudios previos enfocan la problemática que existe alrededor de los adultos mayores, así como el clima familiar que tienen a su alrededor y los cuidados que practican en ellos mismos.

II.b. BASE TEÓRICA:

CLIMA FAMILIAR

El clima familiar o entorno familiar, es definido como el espacio que permite establecer las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que la diferencian de otras familias. ¹²

Hablar de clima familiar, no es fácil pero alguna vez se ha tenido la oportunidad de captar como es el clima de una familia, hemos vivido la propia y hemos compartido algunos ratos con otras familias. El clima familiar es la “atmósfera psicológica” de la casa familiar, esto varía notablemente entre una familia y otra, ya que ciertos hogares gozan de un clima interno y en otras sucede lo contrario, existe una tercera combinación de clima ya que es cambiante, aun dentro de una casa, el clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado.

13

Está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes. La familia, por una parte, representa el eje central del ciclo vital de acuerdo con el cual transcurre la existencia de las personas: se trata de una institución social fundamentada en relaciones afectivas. ¹⁴

Familia

La familia constituye la red básica de relaciones sociales en su máxima expresión cultural y emocional. Además de ser la institución más compleja por su componente erótico - afectivo y por su papel en los procesos de reproducción mental y social, recibe todas las tensiones y condiciones del medio. La familia se convierte en una especie de síntesis de todas las contradicciones sociales que se reflejan en ella, más o menos fuertemente, dependiendo de sus reservas de cohesión social. En los últimos años, la familia ha sufrido importantes transformaciones que tienen que ver con la limitación de espacios y tiempos familiares derivadas de la tensión entre horarios de trabajo, insatisfacciones individuales y limitaciones económicas; con las limitantes de espacios y tiempos que debilitan en las grandes ciudades, la dimensión relacional de la familia extensa; y con las políticas públicas que fraccionan aún más los grupos familiares por edad y sexo. Fuertes tensiones de pareja aumentan las separaciones conyugales con las consecuencias sobre cónyuges e hijos. ¹⁵

El grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. Asimismo, enfatiza en que la familia es una entidad universal y tal vez el concepto más básico de la vida social; sin embargo, las familias se manifiestan de

muy diversas maneras y con distintas funciones. El concepto del papel de la familia varía según las sociedades y las culturas. No existe una imagen única ni puede existir una definición universalmente aplicable, es así que en lugar de referirnos a una familia, parece más adecuado hablar de "familias", ya que sus formas varían de una región a otra y a través de los tiempos, con arreglo a los cambios sociales, políticos y económicos. ¹⁶

Tipos de familias

La Organización de las Naciones Unidas – ONU (1994) define los siguientes tipos de familias, que es conveniente considerar debido al carácter universal y orientador del organismo mundial:

- Familia nuclear; integrada por padres e hijos.
- Familias uniparentales o monoparentales; se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.
- Familias polígamas; en las que un hombre vive con varias mujeres, o con menos frecuencia, una mujer se casa con varios hombres.
- Familias compuestas; que habitualmente incluye tres generaciones: abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- Familias extensas; además de tres generaciones, otros parientes tales como: tíos, tías, primos o sobrinos viven en el mismo hogar.
- Familia reorganizada; que viven con otros matrimonios o cohabitan con personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- Familias inmigrantes; compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente, del campo hacia la ciudad.
- Familias apartadas; aquellas en las que existe aislamiento y distancia emocional entre sus miembros.
- Familias enredadas; son familias de padres predominantemente autoritarios.
- Familias homoparentales; son familias de parejas de homosexuales. La descendencia en estas parejas, si así lo desean,

puede tener origen en la adopción, en aquellos lugares donde la legislación lo permita. ¹⁷

Dimensiones y áreas del Clima Social Familiar.

El clima social que es un concepto y cuya operacionalización resulta difícil de universalizar, pretende describir las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente.

Son tres las dimensiones o atributos afectivos que hay que tener en cuenta para evaluarlo: una dimensión de Relaciones, una dimensión de Desarrollo y una dimensión de Estabilidad, las cuales se dividen a su vez en diez áreas:

a. La Dimensión Relaciones: Se refieren al agrado de comunicación y libre expresión dentro de la familia; así como también el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Esta dimensión comprende tres áreas:

- **Cohesión:** Mide el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí. Además, Él se considera como el sentimiento de pertenencia y referencia; en donde la familia es un grupo social en el cual sus miembros se identifican con ella y desarrollan un sentido de pertenencia a “nosotros” y hallan un marco referencial (valores, normas, costumbres, tradiciones, etc.) para actuar en la vida social. Así, cada uno de los miembros de la familia se hallan dentro de una red de relaciones afectivas con sus parientes o familiares con quienes se debe asistencia recíproca y en quienes se apoyan en toda la vida.
- **Expresividad:** Explora el grado en el que les permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. Se refiere como el dar amor, trato cálido, estímulo a

cada uno de los miembros de la familia, independientemente de sus condiciones de varón o mujer, o bien de ser niño, joven, adulto o anciano. A su vez se considera importante el dar oportunidad para que los miembros de la familia compartan con los demás sus asuntos personales; por ejemplo: si uno de sus hijos le ha dicho algo importante acerca de su vida privada, anímelo a contarlo a los demás en algún momento en que toda la familia se reúne en intimidad. Mientras que Naciones Unidas manifiesta desde un punto de vista psicológico, que la familia es el medio apto para que sus propios miembros puedan dar y recibir afecto, logrando así el equilibrio emocional, para alcanzar su propio desarrollo como personas y actuar en la sociedad como miembros útiles de ella.

- **Conflicto:** Es el grado en el que expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia. Se sostiene que la familia cuando atraviesa un conflicto se encuentra sin dirección, está en un momento de desarmonía, desequilibrio, aparecen problemas que no fueron resueltos en su origen. Este aparece cuando una situación de tensión presiona a la familia lo cual requiere ciertos cambios que no se pueden producir por una inflexibilidad o rigidez en esta o bien por que supera sus recursos. Los conflictos no son situaciones patológicas, sino momentos evolutivos de crecimientos de la familia que atraviesan todos los seres humanos, no obstante hay conflictos que acarrear toda la vida y que pueden convertirse en disfuncionales si no se logra una solución o cambio favorable.

- b. **La Dimensión Desarrollo:** Esta escala evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Esta dimensión comprende las áreas:

Autonomía: Es el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Actuación: Es el grado en que las actividades (tal como en el colegio o en el trabajo), se enmarcan en una estructura orientada a la acción.

Intelectual-Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, sociales y culturales. Además de referir que el permitir que sus hijos conversen entre ellos y con ustedes, lean o escuchen música es una característica esencial que permite mejorar el clima social familiar. ¹⁸

Para Groinick citado en Eñoki y Mostacero (2006), esto implica exponer a los miembros de la familia a actividades cognoscitivamente estimulantes y a materiales tales como libros y a eventos culturales.

Social-Recreativo: Lo define como la importancia que la familia le da a la práctica de valores de tipo ético y religioso.

Moralidad Religiosidad: Es importante los valores de tipo y religioso que posee la persona. Además, refiere que en la familia se transmiten y construyen valores culturales, ético, sociales, espirituales y religiosos, esenciales para el desarrollo y bienestar de sus miembros.

¹⁹

- c. La Dimensión Estabilidad:** Se refiere a la estructura y organización de la familia, también es el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

Esta dimensión comprende las siguientes áreas:

Organización: Es la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Control: Se afirma que el control es la dirección en la que la vida familiar se atiende a reglas y procedimientos establecidos. ²⁰

Entorno familiar como contexto socializador

Definición de entorno: El modelo ecológico de desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979), concibe el ambiente como un conjunto de estructuras seriadas. El nivel más interno de estas estructuras lo forman los entornos inmediatos que contienen a la persona en desarrollo, llamados microsistemas (familia, escuela o trabajo, barrio). En el siguiente nivel se sitúan las relaciones entre esos entornos inmediatos de la persona, que formarían el meso sistema. En el tercer nivel se sitúan los entornos donde la persona no está presente, pero es influida por ellos, nivel de exosistema. En el cuarto nivel se sitúan los factores socioeconómicos y culturales de tipo macrosocial, que constituiría el macrosistema. ²¹

Clima social familiar en el entorno familiar y el desarrollo del adulto mayor

Concepto de clima social: Se define como el clima social como la personalidad del ambiente en base a las percepciones que los habitantes tienen de un determinado ambiente y entre las que figuran distintas dimensiones, como la dimensión de relacionales interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo y la estabilidad en la estructura familiar. El clima social es una de las más importantes conceptualizaciones en el estudio de la conducta humana en contextos sociales. Surgido de la Ecología Social, se constituye en un enfoque que estudia la conducta humana desde diferentes perspectivas.

Concepto de clima social en el entorno familiar: El ambiente ha sido estudiado como clima social familiar, considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y ²⁵ retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad. ²²

AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Definición de autocuidado:

Varias definiciones se han dado sobre lo que es autocuidado. Como resumen de ellas, podemos considerar que autocuidado es asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud.

Según Coppard, el autocuidado comprende de todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud.²³

Dorothea Orem, en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Afirma, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales.

Acto propio del individuo para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar a través de un conjunto de prácticas enfocadas al cambio de costumbres y hábitos de naturaleza social y cultural que integran a las personas con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.²⁴

Componentes del Autocuidado:

Se reconoce como componentes básicos del autocuidado a la autoestima, el autoconcepto y la autodeterminación.

La Autoestima:

Es la valoración que tiene la persona de sí misma. Siendo necesario para un autocuidado adecuado que la persona tenga una autovaloración positiva.

El Autoconcepto:

Es el conjunto de pensamientos, ideas, creencias, opiniones y percepciones respecto de nosotros mismos en base a la auto observación

o autoconocimiento de cada persona de sus componentes orgánico, psicológico, social y espiritual. Es importante, por ello, que la persona tenga un autoconcepto positivo para favorecer su autocuidado.

La Autodeterminación:

Es la toma de decisiones a nivel personal en todos los aspectos de la vida de la persona. Abarca el cumplimiento de metas en las múltiples esferas del ser humano partiendo del autoanálisis y autoafirmación, y promueve su transformación y desarrollo personal a partir del disfrute de su condición humana. ²⁵

Autocuidado en el Adulto Mayor

El autocuidado es el medio que fomenta al máximo el que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar.

Alimentación en el Adulto Mayor

La buena alimentación en el adulto mayor es balanceada para así prevenir enfermedades.

En el adulto mayor debe tener en cuenta lo siguiente:

- Consumir preferentemente carnes blancas como pollo o pescado.
- Consumir leche, frutas, legumbres y verduras frescas.
- Disminuir el consumo de azúcar y dulces elaborados.
- Evitar el consumo de alimentos precocinados, congelados, fritos. Cocinar a la plancha, hervido, asado, etc.
- Evitar el consumo de todo tipo de grasas de origen animal como la mayonesa, mantequilla, aumentando el consumo del de origen vegetal como el aceite de oliva.
- Evitar consumir alimentos muy salados o condimentados.
- Evitar el consumo excesivo de gaseosas, café y picante.

- Consumir abundantes líquidos (unos 2 litros por día), como zumos, sopas o jugos naturales para asegurar su adecuada hidratación. Sobre todo, en verano para evitar la deshidratación.
- Se debe fraccionar los alimentos en 5 o 6 comidas diarias.
- Un elemento importante en la dieta de los ancianos, es el consumo de hierro, siendo lo recomendado entre 12 a 15 mg por día.

Higiene y Cuidado de la piel y anexos

Cambios físicos en los ojos en un Adulto Mayor:

- Los párpados se vuelven caídos.
- Mayor lagrimeo.
- formación de cataratas y disminución de la agudeza visual.

Autocuidado en los ojos:

- Mantener los lugares bien iluminados.
- Usar lentes orientados por el médico.
- No llevar las manos sucias a los ojos.
- Consultar al médico sobre cualquier Alteración en la visión.
- No limpiar los ojos con pañuelos sucios.

Cambios físicos en la nariz en un Adulto Mayor:

- Se produce pérdida de las células olfatorias y mayor tendencia a la resequedad nasal.

Autocuidado en la Nariz:

- Vivir en un ambiente bien ventilado.
- No introducir objetos extraños en la nariz
- Utilizar pañuelos limpios o desechables.

Cambios físicos en los oídos del Adulto Mayor:

- Es el órgano a través del cual se perciben sonidos.

- Cumple otras funciones con relación a la postura y equilibrio.
- Ocurren cambios que favorece la acumulación de cerumen y disminución de la audición.

Autocuidado en los oídos:

- El aseo diario
- No introducir objetos que puedan dañar la audición.
- visitar al médico en caso de alguna alteración.
- Uso adecuado de hisopo para la limpieza del oído.

Cambios físicos en la cavidad oral del Adulto Mayor:

- La cavidad bucal se modifica, el esmalte del diente se desgasta.
- las encías que dan soporte al diente.
- Se deterioran exponiéndose las raíces dentales y en ocasiones hay pérdida de la propia dentadura.
- Se presenta disminución de la saliva, esto demora el acto de comer ya que hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio y ser tragado.

Autocuidado de la cavidad oral:

- Realizar la higiene con un cepillo suave.
- Evitar lastimarse
- Lavar dientes y lengua para barrer una serie restos de alimentos.
- Usar hilo dental en vez de palillos
- Consultar al dentista 1 vez al año para revisión
- Utilizar enjuagues bucales tres veces al día
- Mantener limpia la prótesis (si la tiene)
- Acudir al dentista para ajustar la prótesis en caso de molestias
- Retirarse la prótesis diariamente de 15 a 30 minutos.
- Dormir con ella si está bien ajustada, de lo contrario debe ser retirada por las noches y dejadas en agua con unas gotas de

cloro.

Cambios físicos en la piel del Adulto Mayor:

- Es el órgano más complejo del cuerpo, con los años pierde fuerza y elasticidad.
- Presenta una disminuida cantidad de agua, se observan pliegues y arrugas debido a la pérdida de grasa.
- Aumenta la sensación de dolor y variaciones de temperatura.

Autocuidado de la piel:

- Bañarse diario
- Tomar abundante líquido
- Usar protector de sol, sombreros, sombrilla.
- Abrigarse bien en caso de frío y usar ropa fresca en clima cálido.
- Ingerir alimentos como frutas y verduras
- Consultar al médico sobre alteraciones en la piel como lunares, verrugas, úlceras, granos.
- Utilizar jabón de glicerina para la limpieza del organismo.
- Secar bien la piel después del baño para evitar hongos.

Cambios físicos en el sistema musculo esquelético:

- Es la estructura de sostén del cuerpo, protege algunos órganos importantes y es el que permite el movimiento.
- Está constituido por huesos, músculos, articulaciones y cartílagos. En el proceso de envejecimiento puede haber disminución del tono, fuerza y elasticidad del tejido muscular.

Autocuidado en el sistema musculo esquelético

- Realizar ejercicios bajo orientación médica
- Mantener siempre una buena posición del Cuerpo
- Caminar lo más recto posible, enderezar el cuerpo, evitar doblar el cuerpo.
- La eliminación fecal.

Cambios físicos del sueño:

- Dormir adecuadamente todos los días es esencial para el buen funcionamiento del cuerpo humano.
- Al envejecer, las fases de sueño profundo son más cortas y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia.

Autocuidado del sueño

- Trate de levantarse siempre a la misma hora.
- Realice ejercicios diarios, en lo posible, en la mañana.
- Controle el ambiente: temperatura adecuada, reducción de ruidos y de la luz.
- Trate de consumir comida ligera.
- Utilice técnicas de relajación.
- Use la cama sólo para dormir.
- Elimine la siesta, a menos que esté indicada.
- Levántese luego de 15 a 30 minutos, si no puede dormir.
- Duerma en el lugar que se encuentre más cómodo.

Cambios físicos en la sexualidad del Adulto Mayor:

- Los adultos mayores tienen necesidades sexuales como en cualquier otra época de la vida
- Con la edad por lo general disminuye el deseo sexual, por eso los contactos sexuales se modifican y se realzan otros aspectos del encuentro como las caricias, la ternura y la delicadeza.

Autocuidado de la sexualidad del adulto mayor

- Mantenerse en la mejor condición posible de salud general.
- Conservar buenos hábitos de alimentación y de limpieza
- Realizar ejercicio físico no agotador para un mejor

funcionamiento en su vida sexual

- Dormir lo mejor posible
- Consultar al médico sobre nuestras dudas.

Cambios físicos en el ejercicio y su salud:

- El ejercicio en el adulto mayor es muy elemental porque ayuda a proteger al hombre y a la mujer de la osteoporosis, evita la obesidad, mejora la circulación sanguínea, mejora la resistencia o la fuerza, aumenta la eliminación de colesterol disminuyendo el riesgo de hipertensión y el peligro de infarto, mejora la oxigenación cerebral reforzando la memoria y el pensamiento, contribuye a tener una visión más positiva de la vida.

Autocuidado para realizar ejercicios

- Se recomienda que la actividad física se realice de forma gradual. Por ejemplo: aumente poco a poco el tiempo de ejercicio, puede iniciar con 30 minutos durante varios días o semanas y progresar hasta 1 hora.
- No hacer ejercicios después de las comidas.
- Tomar suficiente líquido para reponer las pérdidas de este por el ejercicio.
- Los ejercicios no deben hacerle respirar tan agitadamente que usted no pueda hablar
- Los ejercicios no deben causarle mareos ni dolor en el pecho.²⁶

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR

El autocuidado es definido como "todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los

sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales". Esto incluye el hecho de poseer habilidades tales como:

- Realizar diagnósticos sencillos al hacer una valoración de su estado de salud, ej.: tomar temperatura, presión arterial y pulso, autoexamen de mamas, etc.
- Enfrentar condiciones agudas sencillas, ej.: resfriado común, lesiones y quemaduras de la piel, etc.
- Tratar enfermedades crónicas, ej.: monitoreo según prescripción
- Realizar acciones tendientes a prevenir enfermedades y a promocionar la salud, ej.: ejercicios, dietas prescritas, eliminar consumo de cigarrillo y alcohol, buena higiene dental, estilos de vida saludables
- Búsqueda de información relacionada a la salud, ej.: conocimiento de los pasos a seguir antes de buscar ayuda profesional, cómo obtener información de salud, cómo tener acceso al cuidado formal, etc.

Esto significa que la mayoría de esas habilidades son relativamente fáciles de enseñar y aprender, con pocos riesgos de que se produzcan complicaciones en ausencia de un profesional. La mayoría de las personas mayores tienen la capacidad física y mental necesaria para realizar actividades de autocuidado a sí mismas o a otras personas. Sin embargo, esta posibilidad real es cuestionada por laicos, profesionales y los mismos adultos mayores, debido a conceptos equivocados y puntos de vista negativos hacia la vejez, al considerar que el ser personas de tercera edad es sinónimo indiscutible de rigidez, enfermedad, discapacidad, etc.

Las personas mayores adquieren algunos de los conocimientos básicos de autocuidado por medio de las experiencias de la vida cotidiana y de bienestar. Algunos adultos mayores no sólo son capaces de realizar las actividades de autocuidado, sino que pueden también colaborar en el

cuidado de otros más limitado física y psicológicamente; esto se puede apreciar en los grupos de ancianos voluntarios que trabajan en los hospitales y en las comunidades. El autocuidado no es sólo una función inherente a los profesionales de la salud, sino que también involucra al adulto mayor, a su familia, a los vecinos, a los grupos de voluntarios y a la comunidad en general. Este tipo de actividades es lo que se conoce como "cuidado laico" e implica que la persona comparta con otros la responsabilidad del cuidado de su salud.

El individuo, solo o con ayuda de otros, se convierte, de esta manera, en su propio agente de cuidado. Cabe destacar, asimismo, que el autocuidado no significa solamente el cuidado de la salud física y mental, sino que abarca todas las esferas de la vida que forman la escala de necesidades básicas del hombre. Dorothea Orem en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como una conducta que se aprende y que surge de la combinación de las experiencias sociales y cognoscitivas, las cuales le permiten al ser humano realizar actividades que promuevan su estado óptimo de salud y bienestar. Los adultos mayores poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de autocuidado y para incorporar a su vida diaria conductas de salud que fomenten su bienestar integral.

El autocuidado convierte a la persona de edad avanzada en motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y la participación de los recursos de la comunidad, puede encontrar la solución a la mayoría de sus problemas. La comunidad debe tomar parte activa en la promoción de la autosuficiencia, con el fin de reducir la situación de dependencia de los adultos mayores. La mejor contribución al autocuidado consiste, probablemente, en fomentar estilos de vida saludables a una edad temprana, de manera que los adultos mayores del futuro, eviten algunos problemas de salud o estén mejor capacitados para enfrentarlos. Sin embargo, nunca es tarde para iniciar medidas preventivas y cambios en los estilos de vida perjudiciales para la salud; entre esas medidas se

pueden citar: dejar de fumar, usar cinturones de seguridad, abstenerse de consumir alimentos que agraven las condiciones crónicas, mantener el tono y fuerza muscular mediante ejercicios y realizar actividades que mejoren el funcionamiento orgánico y social y atenúen las enfermedades que puedan surgir más adelante en la vida. Algunos estudios han mostrado que las personas sedentarias de 60 años y más que deciden tomar parte en programas regulares de ejercicios, mejoran su rendimiento cardíaco y disminuyen sus niveles de lípidos en la sangre. Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido:

- Mantener la capacidad funcional del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades
- Hacer menos grave la enfermedad o discapacidad del anciano con enfermedad crónica
- Mejorar la interacción entre la persona mayor y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la disseminación de más y mejor información.

En este sentido, el autocuidado puede fomentarse proporcionando a los adultos mayores y a sus familiares, información sobre las conductas de salud que favorecerían su bienestar y cómo utilizar más eficazmente los servicios sociales y de salud. El adulto mayor no debe ser sólo un destinatario pasivo de los servicios de salud, sino que debe convertirse en el foco o centro de esos servicios. Como bien lo afirmó Halfdan Mahler, ex-Director General de la Organización Mundial de la Salud, "es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismos".

A los efectos del autocuidado, los programas de rehabilitación son de fundamental importancia para ayudar a los adultos mayores discapacitados a recobrar su capacidad funcional; ellos deben basarse en la autosuficiencia, en lugar de la dependencia. La capacidad de

trasladarse de la cama a la silla de ruedas puede, a menudo, representar para el anciano la diferencia entre permanecer en la comunidad o tener que ingresar a una institución. Se estima que casi el 80% de las personas de 60 años y más padecen de una enfermedad crónica, por lo menos. Asimismo, entre las personas de tercera edad que viven en las comunidades, entre el 5% y el 7% necesita algún tipo de ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; y cerca del 4% padece algún grado de demencia.

Por consiguiente, a menos que se logren mayores avances en la prevención y en el tratamiento de las discapacidades vinculadas con la vejez, hará falta más cupos en los hogares de ancianos y más camas en los hospitales para enfermedades graves y esta situación hace imperativa la implantación de programas de promoción de la salud para personas de edad avanzada, con un elevado componente de autocuidado. El autocuidado y el proceso de aprendizaje están estrechamente vinculados. En lo que se refiere al aprendizaje en los adultos mayores, Rendón y sus colaboradores han señalado que las funciones intelectuales no se deterioran automáticamente con la edad; la personalidad, por ejemplo, se mantiene estable a lo largo de toda la vida. La vejez no es, por tanto, sinónimo de pérdida de la capacidad; por el contrario, el proceso de aprendizaje puede desarrollarse en forma dinámica y fluida durante toda la existencia. No obstante, en la planificación de las actividades educativas para las personas de edad avanzada, hay que tener en cuenta variables importantes que influyen en el proceso de aprendizaje, tales como las alteraciones en la percepción sensorial, motivación, tiempo de respuesta, nivel de energía física y mental, y memoria. También hay que recordar que no todos los ancianos son iguales, ya que como se ha indicado, el proceso de envejecimiento es altamente individual; por otra parte, existen diferencias en educación, antecedentes sociales, culturales y económicos y finalmente en el estado de salud mismo, que lo hacen único e individual.

El proceso de aprendizaje exige que los sentidos, principalmente la visión y la audición, perciban el estímulo, lo interpreten, lo almacenen y lo codifiquen, primero en la memoria primaria y luego en la secundaria. La información se capta por medio de los sentidos y la transformación se efectúa en la memoria primaria donde los datos se relacionan y se transforman en pequeñas piezas que se comparan con los aprendizajes anteriores y se almacenan más fácilmente en la memoria secundaria. La desorganización dificulta el proceso de memorización, especialmente en personas de edad avanzada; por consiguiente, la información que se ofrezca debe organizarse secuencialmente utilizando elementos de asociación que le ayude a la persona mayor a recordar la información con facilidad.

Para facilitar la memorización, especialmente la codificación y la reintegración, se deben usar contenidos que tengan relevancia para el adulto mayor, de manera que él asocie la nueva información con sus experiencias vitales y con la información aprendida anteriormente. Se recomienda ampliamente el uso de medios audiovisuales, recordando que cuando se usa material escrito, es necesario asegurarse que la información se presente en letras grandes y de molde. Con el propósito de favorecer la adquisición de nuevos conocimientos y estimular el autocuidado, se recomienda ofrecer la información en pequeñas cantidades y hacer uso de la repetición; esta última favorece la fijación del conocimiento. En el caso de enseñar habilidades psicomotoras, deben hacerse tantas demostraciones como sean necesarias, hasta que la persona mayor logre su objetivo de aprendizaje.

En los adultos mayores la motivación determina, en gran medida, el grado de aprendizaje; mientras más importante, significativo y aplicable sea el nuevo conocimiento para ellos, más alta será su motivación y deseo de realizarla bien; es por ello que el personal de enfermería gerontológica deberá desarrollar las acciones necesarias para mantener un alto nivel de motivación en las personas mayores. Otra de las variables importantes

que influyen en el proceso de aprendizaje de los adultos mayores es el tiempo de reacción y respuesta. Se estima que este tiempo empieza a disminuir a partir de los 60 años; en otras palabras, las personas de 60 años y más necesitan más tiempo que los adultos y jóvenes para reaccionar ante una nueva información. Por ello es conveniente reducir la cantidad de material y la velocidad con que se presenta la información, con el fin de compensar la demora en el tiempo de respuesta; también es recomendable presentar el material en pequeñas unidades para favorecer la percepción, adquisición, codificación y almacenamiento de la información. Un aspecto de suma importancia derivado del retardo en el tiempo de respuesta y con implicaciones para enfermería, es el hecho de que no debe presionarse a las personas mayores para que realicen tareas durante un tiempo determinado o controlado.

El nivel de energía es otro aspecto determinante para el proceso de aprendizaje y por esa razón se recomienda que las sesiones educativas no sobrepasen los 30 minutos y permitan períodos de descanso, si es necesario, con el propósito de que el adulto mayor mantenga los niveles adecuados de energía que favorezcan el logro de los objetivos de salud. Los planteamientos y recomendaciones expresados anteriormente son producto del análisis del "Modelo básico gerontológico de enseñanza y aprendizaje para uso en enfermería", de Rendón y colaboradores, quienes tomaron en cuenta las variables que afectan el proceso de aprendizaje durante el envejecimiento, para proponer algunas estrategias específicas que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje en los adultos mayores. Además de los elementos mencionados, otros que se deben considerar para favorecer el proceso de aprendizaje de las personas de la tercera edad, son: ambiente físico protegido, sentido de seguridad, respeto y aceptación, y la ausencia de amenazas y de sentido de ridículo.

El optimismo manifiesto, la paciencia, el elogio, el sentido del humor y los refuerzos positivos contribuyen a formar un ambiente alentador donde el

adulto mayor tiene excelentes posibilidades de éxito y oportunidades para integrarse al esfuerzo conjunto de optimizar su bienestar integral, iniciar nuevas tareas, explorar otros caminos y aceptar nuevos retos de la vida.

Intervenciones educativas del profesional de enfermería en el adulto mayor

Aunque en los países en desarrollo la atención de salud para la población de 60 años y más debe formar parte central del sistema general de atención, los sistemas de salud y educación no incluyen, o lo hacen de manera deficiente, contenidos y prácticas de atención dirigidos a este segmento de la población. De allí la importancia de conocer que, antes de diseñar un curso o actividad educativa sobre enfermería gerontológica, debe considerarse el cómo presentar los contenidos curriculares. Si se trata de una asignatura dentro de un plan de estudios, la mayoría de los expertos coinciden en que no se deben ofrecer contenidos parciales integrados a otras asignaturas, porque en ese caso, se corre el riesgo de diluir dichos contenidos y minimizar la experiencia clínica; por tanto, se recomienda diseñar la asignatura específicamente como parte del plan de estudios. Tanto en las asignaturas de los planes de estudio de la carrera de enfermería como en los cursos de educación continua, se recomienda que los contenidos sobre el cuidado del adulto mayor sano, en su entorno habitual, preceda al contenido del cuidado del anciano enfermo o del anciano institucionalizado.

Esta secuencia de contenido ofrece al participante la oportunidad de cambiar la actitud negativa que pudiera tener sobre la vejez por una actitud positiva que le permita apreciarla como una etapa de la vida en la que el ser humano sufre limitaciones inherentes a su edad, pero también como una etapa del ciclo vital en la que puede disfrutar de bienestar y desarrollo. Igualmente, la mayoría de los objetivos deben orientarse hacia el envejecimiento normal, hacia el anciano sano y hacia la promoción de su salud. Es recomendable que los cursos para la enseñanza de enfermería gerontológica contengan:

- a) Aspectos demográficos y perspectivas de crecimiento de la población anciana en el mundo, en la región y en el país
- b) La historia y los conceptos de gerontología y geriatría; el proceso de envejecimiento tanto individual como de la población; envejecimiento psicobiológico y psicosocial; enfermería gerontológica y enfermería geriátrica
- c) Teorías sobre el envejecimiento biológico, psicológico y sociocultural
- d) Mitos y estereotipos sobre la vejez versus hechos científicos
- e) Características y distribución geográfica de la morbilidad y mortalidad de la población anciana
- f) Promoción de salud, prevención de enfermedades, reducción y/o posposición de las discapacidades y rehabilitación del anciano
- g) Envejecimiento patológico; características psicobiológicas y sociales de los problemas de salud de los ancianos
- h) Diferentes opciones de servicios médicos y sociales
- i) Relaciones interpersonales con el adulto mayor
- j) Actitud ante la muerte de una persona mayor y apoyo a la familia.

Uno de los objetivos primordiales de los programas educativos es tratar de cambiar la actitud negativa que en general tiene la población y el personal de salud hacia el anciano. Por lo tanto, las actividades que se contemplen en estos cursos de educación continua sobre la atención integral de los adultos mayores, estarán dirigidas a:

- Ayudarles a mantener la independencia en el desarrollo de sus actividades cotidianas
- Ayudarles a permanecer con su familia tanto tiempo cuanto puedan y deseen
- Apoyar a la familia para que participe en su cuidado
- proporcionarles la atención oportuna, integral y segura en caso de enfermedad
- Ayudarles a calmar el dolor y morir dignamente.

En consecuencia, entre los contenidos específicos de un curso sobre la atención de enfermería gerontológica a adultos mayores, deben figurar:

- El conocimiento de la fisiología, psicología y sociología del anciano
- La identificación de los cambios que se producen en los entornos familiar, laboral, social y económico que afecten su salud y bienestar
- El conocimiento de los factores de riesgo que aumenten las probabilidades de enfermedad, de discapacidad y de muerte
- El conocimiento de las medidas preventiva, curativas y de rehabilitación para los problemas de salud más frecuentes
- El conocimiento de los beneficios legales, sociales, de salud y previsionales a que tiene derecho el anciano.

Finalmente, tomando en cuenta que los participantes de estas actividades educativas son adultos y con el propósito de que cumplan con sus propios objetivos de aprendizaje, se recomienda la utilización de, además de las tradicionales clases expositivas, diferentes estrategias instruccionales, tales como seminarios, entrevistas a personas de edad avanzada en sus hogares, visitas a diferentes servicios de salud para los adultos mayores, discusiones grupales, dramatizaciones, estudios de casos, etc., con el propósito de que cada participante se convierta en protagonista activo y responsable de su propio aprendizaje, constituyendo, en consecuencia, una fuente de satisfacción personal. Las propuestas curriculares para la enseñanza de enfermería gerontológica, en sus diferentes niveles académicos, debe tener en cuenta que el crecimiento actual y futuro de la población anciana del mundo y especialmente los países en desarrollo, afecta gravemente a todos los sistemas sociales y de salud; por lo tanto, dichas propuestas deben hacerse tomando como base las necesidades de esa población, con el propósito de formar recursos humanos capaces de mejorar la calidad de los servicios para los adultos mayores.

Los proveedores de salud deben aceptar el reto que representa el incremento de la longevidad y actuar en consecuencia; esto puede requerir el cambio de las estructuras y modalidades tradicionales para poder suministrar a la población de edad avanzada facilidades físicas diferentes, así como nuevos equipos de intervención. Sin embargo, esto sólo podrá lograrse mediante la formación y adiestramiento adecuado del

equipo de enfermería gerontológica y de salud en general, que sean capaces de promover la salud y prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones comunes en los adultos mayores. ²⁷

TEORIAS DE ENFERMERIA RELACIONADOS A LA INVESTIGACIÓN: MODELO DE ENFERMERIA DE JOYCE TRAVELBEE

La teoría refuerza la relación terapéutica que existe entre la enfermera y el paciente. La importancia que concede a los cuidados, que refuerzan la empatía, la simpatía y la compenetración, se centra en el aspecto emocional.

Consideran la enfermedad como un modelo basado de autocuidado en la percepción que el paciente tiene del mundo y en las adaptaciones a los factores estresantes. Se trata de una teoría holística que promueve el crecimiento y desarrollo del paciente a la vez que reconoce las diferencias individuales de acuerdo con la opinión del paciente sobre el mundo y de sus propias aptitudes.

HELEN C. ERICKSON, EVELYN M. TOMILIN, MAR ANN P. SWAIN “TEORÍA DE MODELACIÓN DEL ROL”.

Consideran la enfermedad como un modelo basado de autocuidado en la percepción que el paciente tiene del mundo y en las adaptaciones a los factores estresantes. Se trata de una teoría holística que promueve el crecimiento y desarrollo del paciente a la vez que reconoce las diferencias individuales de acuerdo con la opinión del paciente sobre el mundo y de sus propias aptitudes. ²⁸

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM

Teoría del Autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "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".

Define además requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

-Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

-Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Dorothea Orem, en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como "la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar". Afirmo, que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales.

Acto propio del individuo para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar a través de un conjunto de prácticas enfocadas al cambio de costumbres y hábitos de naturaleza social y cultural que integran a las personas con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. ²⁹

II. c. HIPÓTESIS:

3.1. HIPÓTESIS GLOBAL:

El clima familiar es desfavorable y el autocuidado es inadecuado en lo usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica.

3.2. HIPÓTESIS DERIVADAS:

HIPÓTESIS DERIVADA 1

El clima familiar según dimensión relaciones, dimensión desarrollo y dimensión estabilidad es desfavorable en los usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica.

HIPÓTESIS DERIVADA 2

El autocuidado según alimentación, higiene, cuidado de la piel y anexos es inadecuado en los usuarios del Centro del Adulto Mayor-Ica.

II. d. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

V1: Clima familiar

V2: Autocuidado

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS:

CLIMA FAMILIAR: Rasgos del ambiente familiar que se evidencian en las relaciones interpersonales del grupo familiar, los aspectos de desarrollo personal de sus integrantes y su organización y estructura de la familia.

FAMILIA: Grupo de personas que conviven en un mismo hogar con el adulto mayor vinculadas por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

AUTOCUIDADO: comprende de todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad.

ADULTO MAYOR: Según la (OPS), y basados en la esperanza de vida, se entiende como adulto mayor a toda persona de 60 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por diferentes aspectos.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación fue de enfoque cuantitativo porque los resultados fueron expresados en frecuencias y porcentajes, de tipo descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron y de corte transversal porque se recolectaron los datos en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

El Centro del Adulto Mayor (CAM), pertenece a la institución EsSalud y está ubicada en calle los Algarrobos S/N-Urbanización San José de la ciudad de Ica. Al centro acuden pacientes mayores de edad con patologías degenerativas diversas como diabetes, hipertensión, asma y osteoartritis. Además, se brindan talleres de artesanías, textilera y manufactura, los talleres de baile, canto, etc. Son realizados por profesores capacitados, su horario de atención es en las tardes, de lunes a viernes de 4pm a 6pm.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

La población estuvo conformada por los usuarios al Centro del Adulto Mayor que son 240 personas.

Muestra:

La muestra fue en total 80 adultos mayores seleccionados de forma aleatoria, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

• Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores de ambos sexos
- ✓ Adultos mayores que participan asiduamente al centro del adulto mayor.

✓ Adulto mayor que acepte participar en la investigación.

• **Criterios de exclusión:**

✓ Adultos mayores que presenten algún deterioro cognitivo.

✓ Adulto mayor que viva solo

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, se utilizó para ambas variables como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario. Los instrumentos fueron validados a través de juicio de expertos y demostrada su confiabilidad a través de una prueba piloto aplicado antes de realizar la recolección de datos.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se obtuvo la aprobación del proyecto de tesis y antes de la aplicación de las encuestas se contó con la autorización del director del Centro del Adulto Mayor, después de haberle planteado los objetivos y beneficios del estudio. Se realizó la coordinación con la responsable de las actividades de los adultos mayores para poder aplicar el instrumento y posteriormente se los informaba a los adultos mayores que respondieron el motivo de la investigación. Posteriormente se procedió a aplicar el instrumento. Concluido el llenado del instrumento se les agradeció por su participación. Se tuvo presente en todo momento los principios bioéticos de la investigación.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Las acciones que se realizaron para el procesamiento de datos fueron:

• Ordenamiento de la información recolectada.

• Codificación del instrumento.

El procesamiento de datos se realizó mediante el programa Excel, previa elaboración del libro o tabla de códigos y de la tabla matriz de datos a fin que los resultados se presentaron posteriormente en tablas y/o gráficos estadísticos.

Los resultados fueron interpretados y analizados considerando los antecedentes de investigación y la base teórica.

Los instrumentos utilizados fueron 2 divididos en datos generales y cuestionarios propiamente dichos; el cuestionario sobre clima laboral consto de 50 Ítems, el cuestionario se elaboró teniendo en cuenta la escala de Lickert. El cuestionario sobre autocuidado fue elaborado con 16 Ítems con respuestas múltiples.

La asignación de los valores finales fue por sumatoria simple, de la siguiente forma.

Clima Familiar

Dimensión Relaciones en los usuarios

Favorable : 34 – 42

Medianamente favorable : 24 – 33

Desfavorable : 34 – 42

Dimensión Desarrollo

Favorable : 60 – 75

Medianamente favorable : 43 – 59

Desfavorable : 25 – 42

Dimensión Estabilidad

Favorable : 27 – 33

Medianamente favorable : 19 – 26

Desfavorable	:	11 – 18
Clima Familiar global		
Favorable	:	117 – 150
Medianamente favorable	:	84 – 116
Desfavorable	:	50 – 83

Autocuidado

Dimensión Alimentación

Adecuado	:	8 – 14
Inadecuado	:	0 – 7

Dimensión Higiene

Adecuado	:	4 – 6
Inadecuado	:	0 – 3

Dimensión Cuidados de la piel y anexos

Adecuado	:	7 – 12
Inadecuado	:	0 – 6

Autocuidado global

Adecuado	:	17 – 32
Inadecuado	:	0 – 16

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV. a. RESULTADOS:

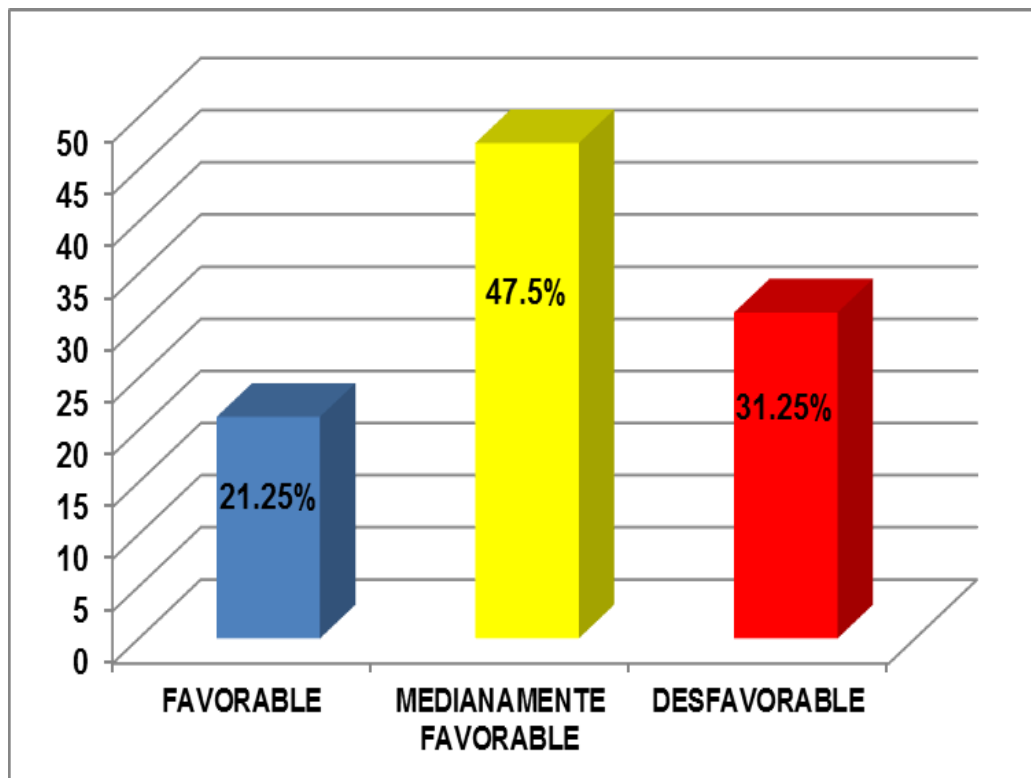
TABLA 1

DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	Fr	%
Edad	De 60 – 65 años	38	47.5
	De 66 – 70 años	24	30
	De 71 – 75 años	11	13.75
	De 76 a más años	7	8.75
Sexo	Masculino	28	35
	Femenino	52	65
Con quien vive	Pareja	31	38.75
	Hijos (as)	31	38.75
	Nietos (as)	10	12.5
	Otros familiares	8	10
Total		80	100

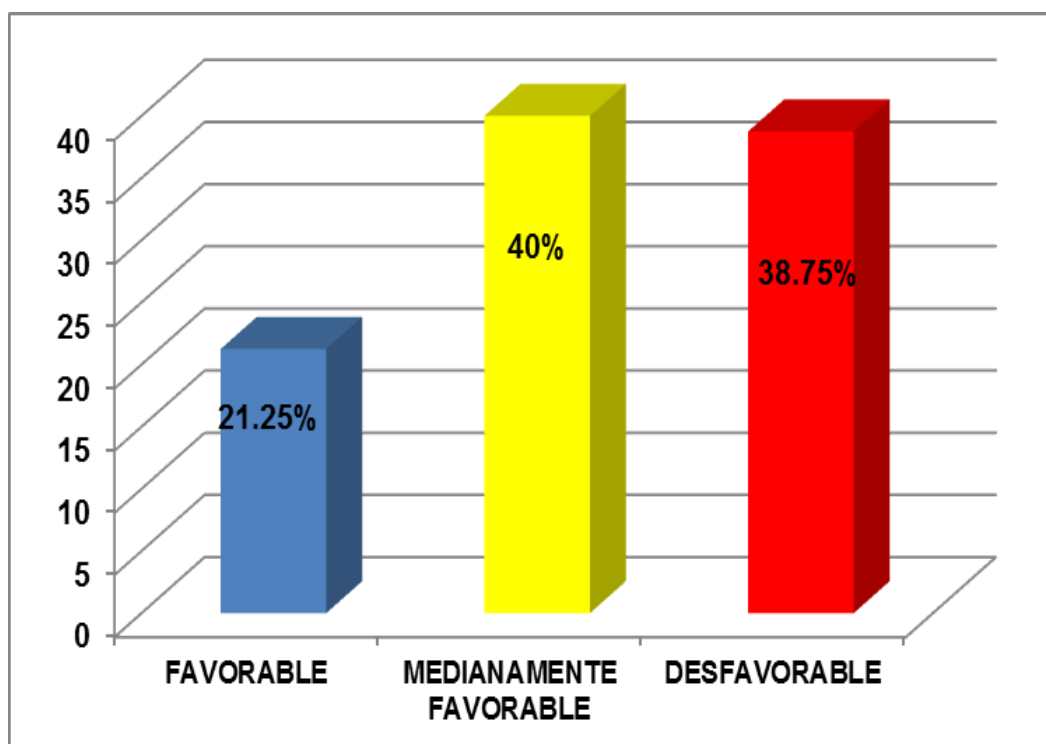
Se observa, respecto a la edad, el 47.5%(38) tenían entre 60 y 65 años, el sexo predominante fue el femenino con un 65%(52) y tanto los que viven con sus parejas e hijos fueron un 38.75%(31).

GRÁFICO 1
CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN RELACIONES EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016



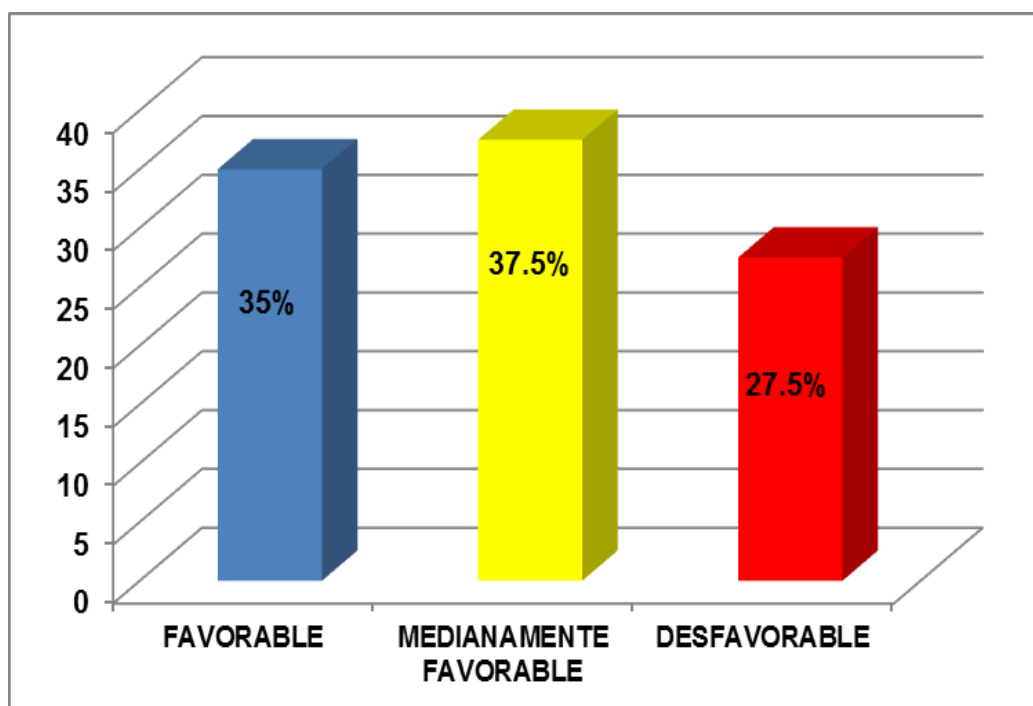
En el gráfico 1 correspondiente al clima familiar según dimensión relaciones se puede observar que el 47.5% (38) es medianamente favorable, el 31.25%(25) fue desfavorable y el 21.25%(17) fue favorable.

GRÁFICO 2
CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN DESARROLLO EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016



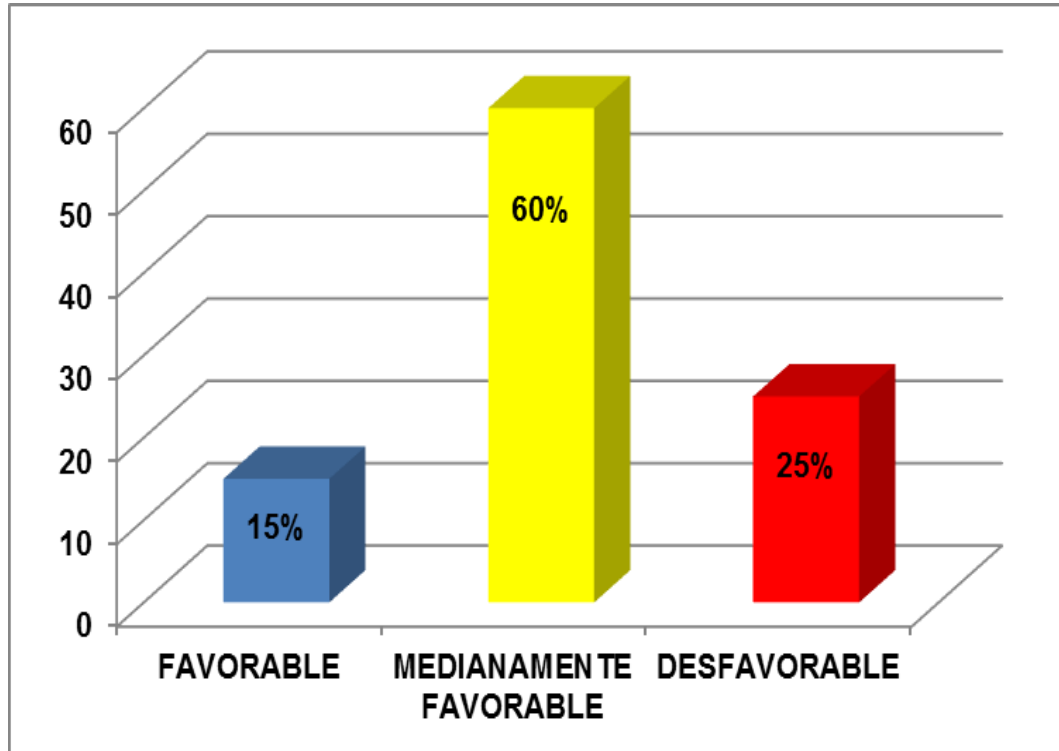
En el gráfico 2 correspondiente al clima familiar según dimensión desarrollo se puede observar que el 40% (32) es medianamente favorable, el 38.75%(31) fue desfavorable y el 21.25%(17) fue favorable.

GRÁFICO 3
CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN ESTABILIDAD EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016



En el gráfico 3 correspondiente al clima familiar según dimensión estabilidad se puede observar que el 37.5% (30) es medianamente favorable, el 35% (28) fue favorable y el 27.5% (22) fue desfavorable.

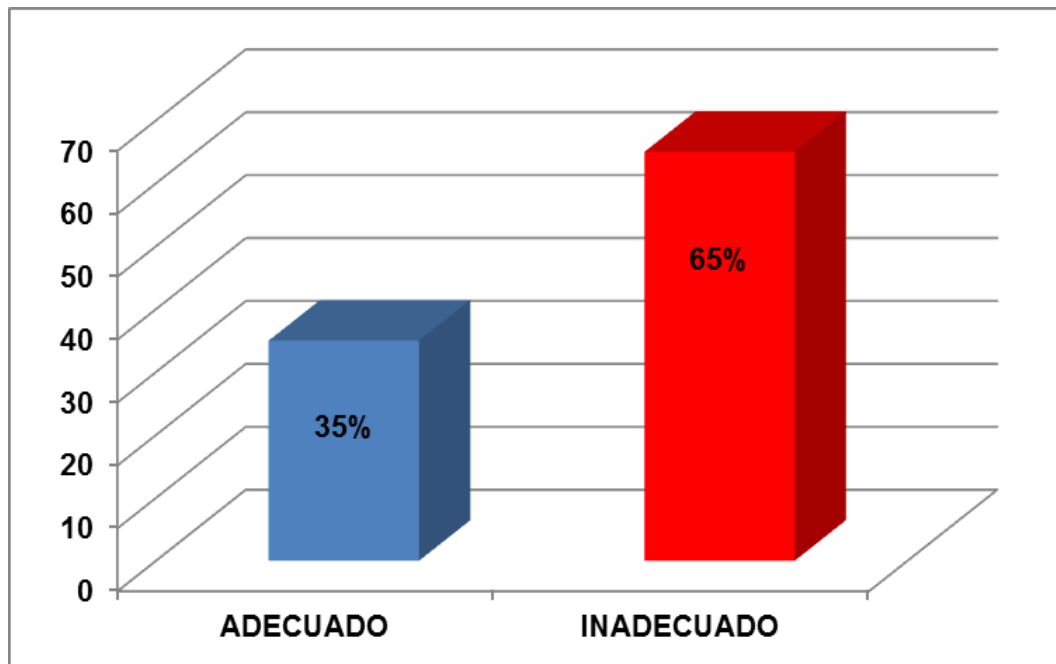
GRÁFICO 4
CLIMA FAMILIAR GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016



En el gráfico 4 correspondiente al global de la variable clima familiar se obtuvo que el 60%(48) fue medianamente favorable, el 25%(20) fue desfavorable y solo el 15% (12) fue favorable.

GRÁFICO 5

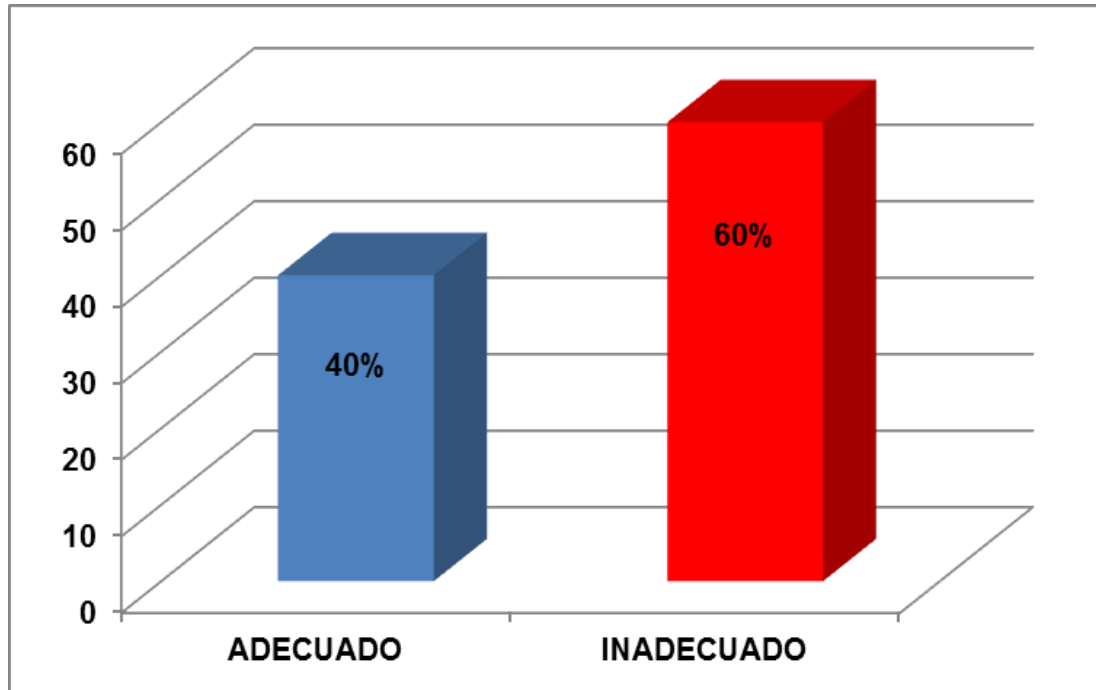
AUTOCUIDADO SEGÚN ALIMENTACIÓN EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016



En el gráfico 5 correspondiente al autocuidado según alimentación se obtuvo que la gran mayoría presentó un autocuidado inadecuado con respecto a su alimentación, siendo estos un total del 65%(52), mientras que el 35%(28) tuvieron un autocuidado adecuado.

GRÁFICO 6

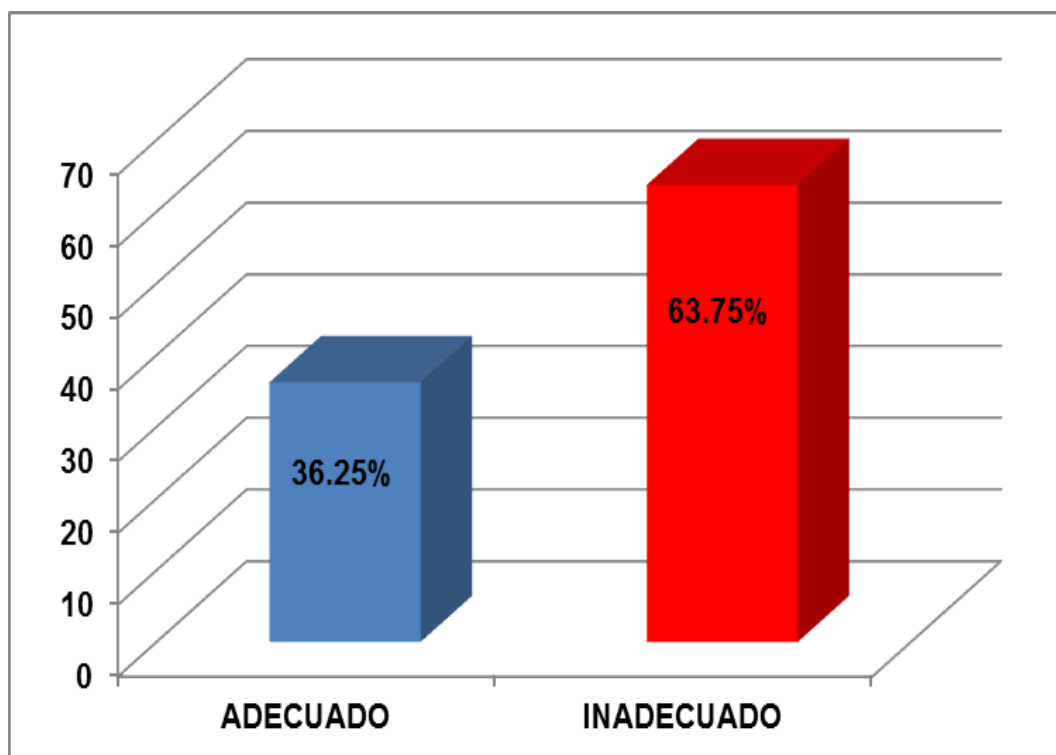
AUTOCUIDADO SEGÚN HIGIENE EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016



En el gráfico 6 con respecto al autocuidado según la higiene se obtuvo que la mayoría presentó un autocuidado inadecuado con respecto a su higiene, siendo estos un total del 60%(48), mientras que el 40%(32) tuvieron un autocuidado adecuado.

GRÁFICO 7

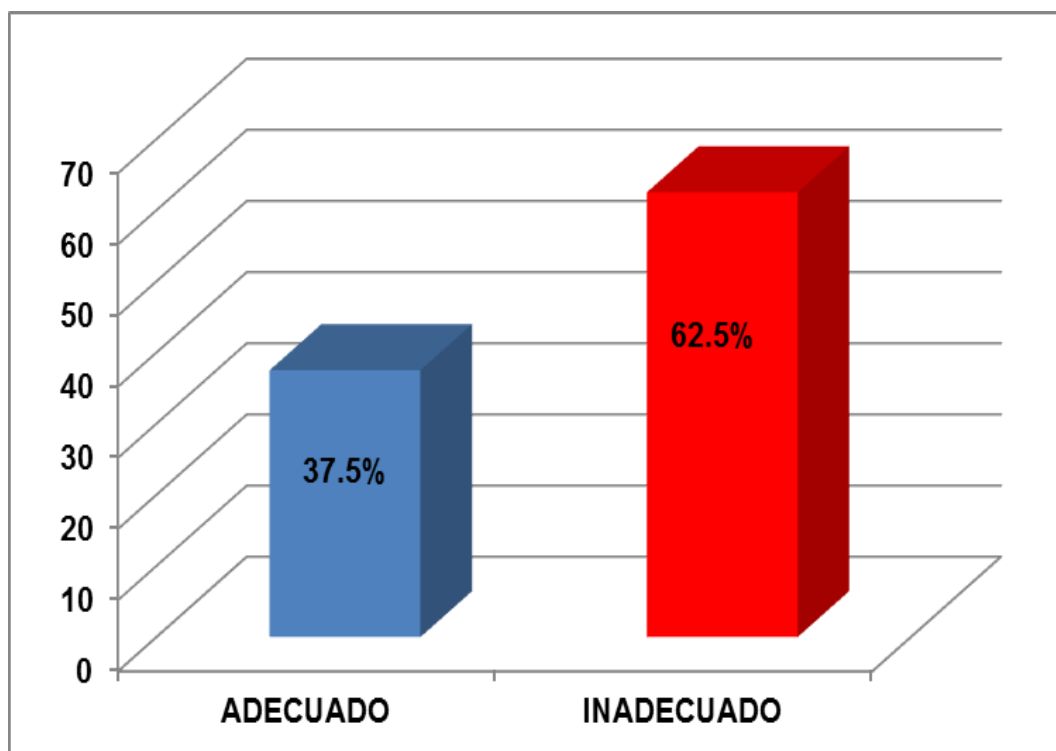
AUTOCUIDADO SEGÚN CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016



En el gráfico 7 se obtuvo que la mayoría presentó un autocuidado inadecuado con respecto al cuidado de la piel y anexos, siendo estos un total del 63.75%(51), mientras que el 36.25%(29) tuvieron un autocuidado adecuado.

GRÁFICO 8

AUTOCUIDADO GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016



En el gráfico 8 correspondiente al global del autocuidado se obtuvo que el 62.5%(50) fue inadecuado, y solo el 37.5%(30) tuvo un autocuidado adecuado.

V. b. DISCUSIÓN:

En la **tabla 1** se observa que, con respecto a la edad, el 47.5% tenían entre 60 y 65 años, el sexo predominante fue el femenino con un 65% y tanto los que viven con sus parejas e hijos fueron un 38.75%. Según Contreras RM ⁶ predomina el sexo femenino con un 74%. Asimismo, las edades de los adultos mayores oscilan entre los 70-74 años. Según Herrera S, Kornfeld R. ⁷ un 48% de la tercera edad encabezaba como jefe o pareja un hogar con presencia de otros familiares y/o no familiares de distintas edades y un 12% vivía en casa de otros en posición principalmente de padres o suegros (es decir, estarían “allegados” en hogares de otras personas). Un 30% de los adultos mayores vive en hogares independientes (18% en pareja y 12% solos) y un 10% de los hogares corresponden a formas compartidas. Según Carrillo V. ⁸ La mayoría tuvo un grado de instrucción secundaria incompleta con un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles. Menos de la mitad profesan la religión católica, la mitad tiene un estado civil casado, más de la mitad tienen otras ocupaciones (son vendedores ambulantes, zapateros y sastres). Los resultados coinciden parcialmente con los hallados en la investigación, se pudo observar que la mayoría de adultos mayores son de sexo femenino y que tienen edades de 60 a 65 años, significa esto que deberían tener independencia para realizar su autocuidado, influye la presencia de miembros de la familia en el hogar, ayudan o favorecen la realización de un adecuado autocuidado.

En el **gráfico 1** correspondiente al clima familiar según dimensión relaciones se puede observar que el 47.5% es medianamente favorable, el 31.25% fue desfavorable y el 21.25% fue favorable. Según Herrera S, Kornfeld R. ⁷ Los adultos mayores están satisfechos o muy satisfechos en su relación con el 86% de los hijos, mientras que con un 14% están poco o nada satisfechos. Los resultados coinciden parcialmente con los hallados, las relaciones intrafamiliares son un pilar fundamental para lograr un clima familiar adecuado por lo que se debe mantener un dialogo abierto y un respeto integro entre los miembros de la familia, la escucha

activa y las actividades grupales entre los miembros de la familia son fundamentales y hay que reforzarlos diariamente.

En el **gráfico 2** correspondiente al clima familiar según dimensión desarrollo se puede observar que el 40% es medianamente favorable, el 38.75% fue desfavorable y el 21.25% fue favorable. Contreras RM ⁶ en segundo lugar se encuentra la subdimensión de expresividad, en donde los adultos mayores indicaron expresar en un 62% manifestaciones de cariño. Los resultados no tienen relación en cuanto a la dimensión desarrollo, ya que existe un porcentaje mínimo de satisfacción entre las acciones de desarrollo como la toma de decisiones, realización de actividades o simplemente en la preocupación del aspecto económico de los demás, Estas actitudes de los miembros de la familia no sirven de ayuda para fomentar el crecimiento de los adultos mayores.

En el **gráfico 3** correspondiente al clima familiar según dimensión estabilidad se puede observar que el 37.5% es medianamente favorable, el 35% fue favorable y el 27.5% fue desfavorable. Contreras RM ⁶ se observa que presenta características medianamente favorable con un 54%, se observa que la subdimensión más favorable es la de cohesión, los resultados no coinciden con los hallados en la investigación ya que las relaciones de estabilidad entre los miembros de la familia tiene un porcentaje ínfimo de satisfacción; entre ellos resaltan la falta de coordinación a la hora de realizar actividades, falta de respeto a las normas del hogar, etc. Se debe reforzar los valores en el hogar para poder realizar actividades con autonomía, pero sin ofender a los demás miembros.

En el **gráfico 4** correspondiente al global de la variable clima familiar se obtuvo que el 60% fue medianamente favorable, el 25% fue desfavorable y solo el 15% fue favorable. Según Herrera S, Kornfeld R. ⁷ La comunicación diaria es relativamente más frecuente entre las mujeres y los de mejor nivel educacional. Con el 73% de los hijos casi nunca se pelea o discute, con el 19% a veces y con el 8% casi siempre. Los adultos

mayores están satisfechos o muy satisfechos en su relación con el 86% de los hijos, mientras que con un 14% están poco o nada satisfechos. Este bajo porcentaje de relaciones insatisfechas es consistente con los escasos reportes de peleas o de ausencia de contacto, mencionados más arriba. Es interesante destacar que el 29% de los encuestados consideran que la relación que tienen con sus hijos ahora es mejor que la que tenían con ellos antes de cumplir 60 años, el 64% la considera igual y un 7% juzga que ha empeorado. El clima familiar es fundamental para el desarrollo y autocuidado de los adultos mayores, pero dentro de los resultados hallados se observa que existe una satisfacción media, por diversos factores como la mala relación entre los miembros de la familia, la falta de identificación de roles, la falta de valores o cumplimiento y respeto por los espacios y derechos de los demás, así como falta de apoyo para el desarrollo y realización de actividades en los adultos mayores.

En el **gráfico 5** correspondiente al autocuidado según alimentación se obtuvo que la gran mayoría presentó un autocuidado inadecuado con respecto a su alimentación, siendo estos un total del 65%, mientras que el 35% tuvieron un autocuidado adecuado. Según Manrique H. ⁹ para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio. Los resultados de la investigación comparada coinciden, ya que con respecto al autocuidado correspondiente a la alimentación no es adecuado, por ende los adultos mayores no llevan una dieta equilibrada y adecuada para los requerimientos que tienen este grupo etáreo.

En el **gráfico 6** con respecto al autocuidado según la higiene se obtuvo que la mayoría presentó un autocuidado inadecuado con respecto a su higiene, siendo estos un total del 60%, mientras que el 40% tuvieron un autocuidado adecuado. Según Manrique H. ⁹ El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene

el adulto mayor para satisfacerlas. El autocuidado de higiene ya que a esta edad la presencia de depresión aumenta por diversos factores es que muchas veces los adultos mayores dejan de lado su acicalamiento, el aseo pasa a segundo plano por lo que es fundamental fomentar el aseo diario.

En el **gráfico 7** se obtuvo que la mayoría presentó un autocuidado inadecuado con respecto al cuidado de la piel y anexos, siendo estos un total del 63.75%, mientras que el 36.25% tuvieron un autocuidado adecuado. Según Manrique H. ⁹ El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño. La higiene de la piel y anexos es primordial en el adulto mayor ya que la piel no tiene la misma hidratación que en la adolescencia o adultez, además de que favorece la presencia de escaras durante el sedentarismo.

En el **gráfico 8** correspondiente al global del autocuidado se obtuvo que el 62.5% fue inadecuado, y solo el 37.5% tuvo un autocuidado adecuado. Según Uribe S. ¹⁰ un 10% de pacientes tienen un auto cuidado adecuado, mientras que un 40% de pacientes tienen un auto cuidado inadecuado. Los resultados coinciden con los hallados en la investigación, el autocuidado es uno de los problemas fundamentales en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores ya que muchas veces por falta de independencia por la presencia de enfermedades degenerativas y problemas osteomioarticulares que imposibilitan la realización de sus diversos roles.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES:

1. El clima familiar según dimensión relaciones, dimensión desarrollo y dimensión estabilidad fueron medianamente favorable en los usuarios del Centro del Adulto Mayor, Ica. **Por lo que se rechaza la hipótesis para esta variable.**

2. El autocuidado según alimentación, higiene, cuidado de la piel y anexos es inadecuado en los usuarios del Centro del Adulto Mayor-Ica. **Por lo que se acepta la hipótesis para esta variable.**

V. b. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda realizar una evaluación integral de los adultos mayores en busca de algún problema dentro del entorno familiar que altere de alguna forma su desarrollo y calidad de vida, fomentando la participación activa de los miembros de la familia en busca de una participación en todas las actividades que realizan los adultos mayores; además se recomienda que los adultos mayores deben compartir actividades sociales y de recreación así como la elaboración de roles dentro del hogar que deban cumplirse buscando el respeto entre los miembros de la familia.
- Se debe fomentar la educación y prácticas adecuadas de autocuidado en todos los aspectos, practicar una dieta equilibrada con alimentos según sus requerimientos nutricionales; el aseo o higiene debe realizarse diariamente si no es solo se debe brindar apoyo por parte de los miembros de la familia; el cuidado de la piel y anexos debe ser prioridad porque existe un sedentarismo natural en esta edad por problemas osteomioarticulares por lo que la aparición de las escaras son riesgo latente para ellos. Se debe realizar un seguimiento y evaluación cefalo-caudal durante los controles mensuales que realizan los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno D. Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. España, 2011. [Fecha de acceso el 24 de octubre del 2015]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3528/1/Contreras_gr.pdf
2. Sepúlveda C, Rivas E, Bustos L, Illescas M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre de las Casas y Nueva Imperial. *Rev. Cienc. Enferm.* Vol. 16, N° 3. Chile. 2010. [Fecha de acceso el 24 de octubre del 2015]. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300007&script=sci_arttext
3. Silva L. Adulto mayor: el valor y las ventajas del autocuidado. *Diario Comercio*. Ed. 06 de Junio del 2014. Lima. 2014. [Fecha de acceso el 26 de octubre del 2015]. URL disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-valor-y-ventajas-autocuidado-noticia-1734457>
4. Contreras J, Suarez A. Efectos psicosociales de la desvinculación familiar desde la percepción de los adultos mayores autovalentes en situación de abandono familiar, en el Establecimiento de Larga Estadía del adulto mayor Huerto de Paz de la comuna de Alto Hospicio. Chile. 2014. [Fecha de acceso el 26 de octubre del 2015]. URL disponible en: http://www.unap.cl/prontus_unap/site/artic/20140812/asocfile/20140812183858/tesis_terminada_junio_2014_final_cn_pag__pdf.pdf
5. Pérez M. El adulto mayor en el Perú. Lima. 2014. [Fecha de acceso el 27 de octubre del 2015]. URL disponible en: <https://www.eoi.es/blogs/negociosinternacionales/2013/11/27/el-adulto-mayor-en-el-peru/>
6. Alvear R. Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS. Cuenca. 2014. [Tesis para

- optar el título de licenciada en enfermería]. [Fecha de acceso 12 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21683/1/Tesis.pdf>
7. Herrera S, Kornfeld R. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. Chile. 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [Fecha de acceso 12 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/08072008171918.pdf
 8. Contreras RM. Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra. SJL. 2013. [fecha de acceso 12 de Noviembre del 2015]. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3528/1/Contreras_gr.pdf
 9. Castillo W. Estilo de vida y factores socioculturales en el adulto mayor del asentamiento humano Ramiro Piarle Chimbote [Tesis de enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; Perú. 2011.
 10. Manrique H. 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 Lima – octubre, Perú 2011. [En línea]. [Tesis para optar título de Profesional Enfermería] Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. [Fecha de acceso 14 de Noviembre del 2015]. URL Disponible en: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2011/manrique/html/indexframes.html>.
 11. Uribe S. Calidad de atención de enfermería y autocuidado de adultos mayores de 60-65 años atendidos en el servicio de medicina del hospital regional. Ica-Perú 2011. [en línea]. [tesis para optar por el título profesional de enfermería]. [Fecha de acceso 14 de Noviembre

- del 2015]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos., 2011. Disponible en: www.cybertesis.edu.pesisbib/fernandez_hd_principal2010.html
12. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud basado en familia. pp.115.
13. Santos L. El clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una institución educativa del Callao. Lima. 2012. [Fecha de acceso 14 de Noviembre del 2015]. URL Disponible en: http://repositorio.usil.edu.pe/wp-content/uploads/2014/07/2012_Santos_El-clima-social-familiar-y-las-habilidades-sociales-de-los-alumnos-de-una-instituci%C3%B3n-educativa-del-Callao.pdf
14. Estevez E, Musitu G, Murgui S, Moreno D. Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. Rev. Mex. De Psi. Vol. 25. N° 1. México. 2008. [Fecha de acceso 18 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: https://www.uv.es/lisis/estevez/E_A5.pdf
15. Zamudio, L. Un trabajo por la familia en el contexto municipal. Red de gestiones sociales. Medellín (Colombia). 2008. ISS. Boletín No. 38. Pág. 22
16. Gonzales O, Pereda A. Relación entre el clima social familiar y el rendimiento escolar de los alumnos de la Institución Educativa N° 86502 San Santiago de Pamparomas. Chimbote. 2009. [Fecha de acceso 18 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-y-rendimiento-academico>
17. ONU. La familia: Unidad básica de la vida. Ginebra. 2004 [Fecha de acceso 20 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.un.org/es/events/familyday/themes.shtm>
18. Gamarra K. Clima Social Familiar y Autoestima en jóvenes con necesidades educativas especiales visuales. Trujillo. 2012. [Fecha de acceso 20 de Noviembre del 2015]. URL disponible en:

<https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Clima+Social+Familiar+y+Autoestima+en+j%C3%B3venes+con+Necesidades+Educativas+Especiales+Visuales>

19. Eñoki K, Mostacero L. Clima Social y Familiar: Rendimiento Académico en alumnos de 4to y 5to grado de educación secundaria de la I.E.P. virgen de Guadalupe de la provincia de Viru. Trujillo. 2006. [Fecha de acceso 20 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_98_Binder1.pdf
20. Mendoza K. Clima social y autoconcepto en estudiantes de 12 años de la IE 88013 “Eleazar Guzmán Barrón”. Chimbote. 2009 [Fecha de acceso 18 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: <file:///C:/Users/Roberto/Downloads/495-1595-1-PB.pdf>
21. Bronfenbrenner H. Las redes sociales en el modelo ecológico de desarrollo humano. [En línea]. [Fecha de acceso 21 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: almazcruz.wordpress.com/teoria-ecologica-de-bronfenbrenner/ pp.64.
22. Mestres V, Samper P, Pérez E. Estilo de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2), 211-225, 2001.
23. Ruiz NA, Solano L. La inmunosenescencia y el papel de la nutrición. *Venezuela: AnVenezNutr*, vol.14, no.2, p.86-98. ISSN 0798-0752; 2001.
24. Alemán H, Pérez F. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. *Artículo de Revisión Nutrición Clínica*; 6 (1): 46-52, 2003.
25. Componentes del Autocuidado, Perú 2010 [En Línea]. [Fecha de acceso 22 de Noviembre del 2015]. URL Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermevol11012008/Temaslibrescapacidaddeagenciadeautocuidado2.hm>

26. Orem D. Marco conceptual sobre autocuidado del adulto mayor [en línea]. Perú. 2010. [Fecha de acceso 22 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>.
27. Sánchez B. Enseñanza y práctica de enfermería gerontológica en América Latina. Bogotá, Colombia, 1988
28. Leiva E. Módulo de enfermería: I Capítulo: Desarrollo histórico. Cajamarca. 2013. [Fecha de acceso 26 de Noviembre del 2015]. URL disponible en: http://www.academia.edu/10873804/M%C3%93DULO_DE_ENFERMER%C3%8DA_I_CAPITULO_I_DESARROLLO_HIST%C3%93RICO
29. Orem D. Marco conceptual sobre autocuidado del adulto mayor [en línea]. Perú. 2010. [Fecha de acceso 22 de Junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>.

BIBLIOGRAFIA

- Alemán H, Pérez F. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. Artículo de Revisión Nutrición Clínica; 6 (1): 46-52, 2003.
- Castillo W. Estilo de vida y factores socioculturales en el adulto mayor del asentamiento humano Ramiro Piarle Chimbote [Tesis de enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; Perú. 2011.
- Elfenbein P. Guías de programas para adultos mayores. Florida. 2012.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México, 2006.
- Mestres V, Samper P, Pérez E. Estilo de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. Revista Latinoamericana de Psicología, 39 (2), 211-225,2001.
- MINSA. Modelo de atención integral en salud basado en familia. pp.115.
- MINSA. Cuidado y autocuidado de la salud: Personas adultas mayores. Lima. 2014.
- Ruiz NA, Solano L. La inmunosenescencia y el papel de la nutrición. Venezuela: AnVenezNutr,l, vol.14, no.2, p.86-98. ISSN 0798-0752; 2001.
- Sánchez B. Enseñanza y práctica de enfermería gerontológica en América Latina. Bogotá, Colombia, 1988
- Zamudio, L. Un trabajo por la familia en el contexto municipal. Red de gestiones sociales. Medellín (Colombia). 2008. ISS. Boletín No. 38. Pág. 22

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Clima familiar	Es la apreciación de las características de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales, desarrollo y estabilidad de los miembros de la familia.	Rasgos del clima familiar del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor- lca, que se evidencian en las relaciones interpersonales, desarrollo y estabilidad, el cual será medido a través de un cuestionario y tendrá como valor final: -Favorable -Medianamente favorable -Desfavorable.	Dimensión Relaciones Dimensión Desarrollo Dimensión Estabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cohesión ➤ Expresividad ➤ Conflicto ✓ Autonomía ✓ Actuación ✓ Intelectual cultural - ✓ Social creativo ✓ Moralidad-religiosidad ○ Organización ○ Control

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Autocuidado en el Adulto Mayor.	Son todas las acciones que el adulto mayor hace por sí misma para mantener una mejor salud previniendo y controlando las enfermedades.	<p>Es la determinación que asume el adulto mayor que asiste al centro del adulto mayor de Ica, para promover su bienestar y su buena salud, ya sea en la prevención o en el control de las enfermedades, lo cual se medirá a través de un cuestionario, y se obtendrá como valor final, si el autocuidado del adulto mayor es :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adecuado. ✓ Inadecuado. 	<p>Alimentación</p> <p>Higiene</p> <p>Cuidado de la piel y anexos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimento más importante en la dieta. ✓ Frecuencia de alimentos al día. ✓ Consumo de alimentos variados. ✓ Consumo de líquidos. ✓ Hábitos alimenticios no saludables. ○ Baño diario. ○ Higiene oral. ○ Lavado de manos. ➤ Autocuidado de los ojos. ➤ Autocuidado de la nariz. ➤ Autocuidado de los oídos. ➤ Autocuidado de la cavidad oral. ➤ Autocuidado de la piel y anexos.



INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO

Introducción:

Buenos días mi nombre es Melissa Salas Carbajo, soy bachiller de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad San Juan Bautista. Estoy realizando un estudio de investigación y le pido responder al siguiente instrumento de acuerdo a sus conocimientos y experiencias vividas.

Se le solicita que responda con sinceridad todas las preguntas.

DATOS GENERALES

EDAD

- a) 60 – 65 años
- b) 66 – 70 años
- c) 71 – 75 años
- d) 76 a más años

SEXO

- a) Hombre
- b) Mujer

CON QUIEN VIVE EN SU HOGAR

- a) Pareja
- b) Hijos (as)
- c) Nieto (s)
- d) Otros familiares

CUESTIONARIO SOBRE CLIMA FAMILIAR

A continuación, le presentamos una serie de enunciados.

Después de ser leídos cada enunciado por la investigadora, indique usted si dichas situaciones se dan en su familia; siempre, a veces o nunca.

Por favor sea muy sincero con sus respuestas.

DATOS ESPECIFICOS

ENUNCIADOS	Siempre	A veces	Nunca
Dimensión Relaciones			
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente uno a otros.			
2. Muchas veces de la impresión de que en casos estamos “pasando el rato”.			
3. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.			
4. En mi familia estamos fuertemente unidos.			
5. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que alguien sea voluntariado.			
6. En mi familia hay poco espíritu de grupo.			
7. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.			
8. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.			
9. En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo, lo hace sin pensarlo más.			
10. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.			
11. En nuestra familia peleamos mucho.			
12. En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo.			

13. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos de las manos.			
14. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.			
Dimensión Desarrollo			
15. En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta.			
16. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.			
17. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.			
18. Las personas de mi familia reaccionan firmemente al defender sus propios derechos.			
19. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.			
20. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.			
21. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.			
22. Para nosotros es muy importante el dinero que gane cada uno.			
23. En mi casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.			
24. "Primero es el trabajo, luego es la diversión" es una norma en mi familia.			
25. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.).			
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.			
27. Nos interesan poco las actividades culturales.			

28. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.			
29. En mi casa ver televisión es más importante que leer.			
30. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.			
31. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.			
32. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.			
33. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.			
34. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.			
35. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.			
36. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.			
37. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a la iglesia.			
38. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.			
39. En mi casa leer la Biblia es algo importante.			
Dimensión Estabilidad			
40. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.			
41. En mi casa somos muy ordenados y limpios.			
42. En mi familia la puntualidad es muy importante.			

43. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.			
44. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.			
45. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.			
46. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.			
47. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.			
48. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.			
49. En mi casa las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.			
50. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.			

AUTOCUIDADO

A. ALIMENTACIÓN

1. ¿Cuál es la comida más importante que usted consume al día?

- a) Desayuno
- b) Lonche
- c) Cena
- d) Almuerzo

2. ¿Cuál es el número de comidas que consume al día?

- a) Tres comidas al día
- b) Dos comidas al día
- c) Cinco comidas al día
- d) Una comida

3. ¿Cuántas porciones de frutas y vegetales se come al día?

- a) Una pieza diaria
- b) De dos a tres piezas
- c) Cuatro piezas
- d) Cinco o más

4. ¿Cuántos litros de agua bebe al día?

- a) Casi no bebo líquido
- b) Menos de un litro.
- c) De uno a dos litros.
- d) Más de dos litros

5. ¿Cuántas veces consume comida "rápida" (hamburguesas, salchipapas o similares que son frituras)

- a) Una a dos veces al mes
- b) Una vez por semana.
- c) Más de una vez por semana.
- d) Nunca

6. ¿Consume alcohol?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

7. ¿Fuma cigarros?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

B. HIGIENE:

8. ¿Cuántas veces a la semana se baña o se ducha?

- a) Una -dos veces a la semana
- b) Tres veces a la semana
- c) Más de tres

d) Ninguna

9. ¿Cuántas veces se lava los dientes?

- a) Una vez al día
- b) Casi todos los días
- c) Después de cada comida
- d) Casi nunca

10. ¿Cuántas veces se lava las manos?

- a) Una vez al día
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día.
- d) Más de tres veces al día

CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS:

11.¿Cuántas veces va a su oftalmólogo para revisar el estado de su vista?

- a) 1 vez al mes
- b) 1 vez al año
- c) Nunca

12.¿Qué material usa para su higiene de su nariz?

- a) Papel toalla
- b) Pañuelo
- c) Papel higiénico
- d) Ninguno

13. ¿Qué utensilios utiliza para la limpieza de los oídos?

- a) Palillos de madera
- b) Hisopos
- c) Otros materiales
- d) Ninguno

14. ¿Cada que tiempo acude a su odontólogo para la revisión bucal?

- a) Una vez al mes
- b) Una vez al año
- c) Nunca

15. ¿Cuál es el tipo de jabón que se utiliza para el lavado de su rostro y piel en general?

- a) Jabón en barra
- b) Jabón de glicerina
- c) Jabón con germicida
- d) Ninguno

16. ¿Cuántas veces se corta las uñas?

- a) Una vez a la semana.
- b) Cada quince días.
- c) Una vez al mes.
- d) Casi Nunca

ANEXO 3

TABLAS DE CODIGOS

DATOS GENERALES

	ITEM	VALORES
Edad	De 60 – 65 años	1
	De 66 – 70 años	2
	De 71 – 75 años	3
	De 76 a más años	4
Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
Familiar con quien vive	Pareja	1
	Hijos (as)	2
	Nieto (s)	3
	Otros familiares	4

CODIFICACION DE INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO DE CLIMA FAMILIAR

SIEMPRE : 3

A VECES : 2

NUNCA : 1

INSTRUMENTO DE AUTOCUIDADO

ITEM	a	b	c	d
1	2	0	0	1
2	1	0	2	0
3	1	2	0	0
4	0	1	2	0
5	1	0	0	2
6	0	1	2	1
7	0	1	2	1
8	0	1	2	0
9	0	1	2	0
10	0	0	1	2
11	2	1	0	2
12	0	2	1	0
13	0	0	1	2
14	2	1	0	1
15	0	1	2	0
16	2	1	0	0

ANEXO 4

VALIDACION DEL INSTRUMENTO A TRAVES DE LA PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTO Nº 01	EXPERTO Nº 02	EXPERTO Nº 03	EXPERTO Nº 04	EXPERTO Nº 05	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	0	1	1	0.062
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031
					$\sum P$	0.248

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Número de jueces expertos.

$$P = \frac{\sum P}{N}$$

Nº de Ítems

$$P = \frac{0.248}{7}$$

7

$$P = 0.036$$

Si $P \leq 0.5$, el grado de concordancia es significativo, y el instrumento es válido. Por lo tanto al obtener 0.036 el instrumento planteado es válido.

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVES DEL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH (α)

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la investigación, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de confiabilidad:

VARIABLE	ALFA DE CROMBACH
VARIABLE 1	0.89
VARIABLE 2	0.81

Para que el Instrumento sea confiable α debe ser ≥ 0.5 y mientras más se acerque a 1 este será más confiable, por lo tanto, con los datos obtenidos podemos decir que el instrumento es altamente confiable.

6	1	1	1	3	3	2	3	2	2	3	3	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	6	2	1	3	2	1	2	3	3	1	2	1	2	115				
7	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	3	4	2	2	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	79
8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	3	3	2	2	2	3	1	3	3	3	3	2	133				
9	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	95						
10	1	1	4	3	3	3	2	3	2	2	1	3	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	2	85										
11	3	2	1	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	1	2	2	5	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	102						
12	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	3	2	2	3	1	3	2	2	73										
13	3	1	2	3	2	3	2	3	3	1	1	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	6	2	3	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	123						
14	2	2	1	3	2	3	3	2	3	2	1	3	1	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	4	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	110							
15	4	1	1	2	3	2	3	2	3	1	2	1	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	106						
1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	2	2	1	3	2	2	77											

VARIABLE II

N°	AUTOCUIDADO																				TOTAL
	DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN								DIMENSIÓN HIGIENE				DIMENSIÓN CUIDADOS DE LA PIEL Y ANEXOS								
	1	2	3	4	5	6	7	ST	8	9	10	ST	11	12	13	14	15	16	ST		
1	2	1	1	2	1	2	2	11	1	1	1	3	1	2	2	1	1	2	10	24	
2	2	1	1	0	0	1	1	7	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	6	17	
3	1	1	1	0	2	2	1	8	2	1	2	5	1	1	2	1	1	2	8	21	
4	2	2	2	1	2	2	1	12	1	1	1	3	1	2	2	1	2	1	9	24	
5	2	2	1	1	1	1	1	9	2	2	2	6	1	1	2	2	1	1	8	23	
6	1	2	2	1	0	2	2	10	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	19	
7	1	1	0	0	2	1	2	7	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	6	18	
8	2	2	2	2	2	2	2	14	2	1	2	5	1	2	2	2	2	2	11	30	
9	2	1	2	1	1	1	0	8	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	6	18	
10	2	2	0	1	2	0	1	8	2	2	1	5	1	1	1	1	2	1	7	20	

11	2	1	2	2	0	0	1	8	2	2	2	6	1	1	2	1	2	1	8	22
12	2	2	2	2	1	2	2	13	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	12	28
13	2	1	2	0	1	0	2	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	17
14	2	2	1	1	1	1	2	10	2	1	1	4	1	1	2	2	2	1	9	23
15	2	2	2	2	2	2	2	14	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	32
16	2	1	2	0	2	1	2	10	2	2	2	6	1	1	1	1	1	1	6	22
17	1	1	1	1	1	1	1	7	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	6	17
18	1	1	1	1	1	1	1	7	2	2	1	5	1	1	1	1	1	1	6	18
19	2	2	1	1	1	1	1	9	2	2	1	5	1	1	2	1	1	1	7	21
20	1	2	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	8	19
21	2	1	2	0	2	2	2	11	2	2	1	5	1	2	2	2	2	2	11	27
22	1	1	0	2	2	2	2	10	2	1	1	4	2	2	1	2	1	1	9	23
23	1	1	1	1	1	1	1	7	2	2	2	6	1	1	1	1	1	1	6	19
24	1	1	1	0	2	1	2	8	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	7	18
25	2	2	2	0	2	2	2	12	2	2	2	6	2	2	2	1	2	2	11	29

26	2	2	1	1	0	2	1	9	1	1	2	4	1	1	1	2	1	1	7	20
27	2	2	2	2	2	1	1	12	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	30
28	1	1	1	1	2	2	1	9	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	18
29	2	2	2	2	2	0	2	12	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	30
30	2	1	1	1	1	1	1	8	2	1	1	4	1	2	2	1	2	1	9	21
31	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	7	17
32	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	8	18
33	2	2	2	2	1	2	2	13	2	1	2	5	2	2	2	1	2	2	11	29
34	1	1	1	1	1	1	1	7	2	1	2	5	2	2	1	1	1	2	9	21
35	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	16
36	2	0	1	2	1	1	1	8	1	2	1	4	2	2	1	2	2	2	11	23
37	1	1	1	1	1	1	1	7	2	2	1	5	2	1	1	1	1	1	7	19
38	1	2	1	1	1	1	2	9	1	1	1	3	1	1	1	2	2	1	9	21
39	2	2	2	2	2	2	2	14	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	32
40	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	2	2	1	8	18

41	1	2	2	2	2	2	2	13	2	2	1	5	2	2	2	1	1	2	10	28
42	1	1	1	1	1	1	1	7	1	2	2	5	1	1	1	1	1	1	6	18
43	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	7	17
44	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	2	2	1	8	18
45	1	1	1	1	2	1	2	9	2	2	2	6	1	1	1	1	1	1	6	21
46	2	2	2	2	2	1	2	13	2	1	1	4	2	2	2	1	1	2	10	27
47	2	1	1	1	2	1	2	10	2	1	2	5	2	1	2	1	2	2	10	25
48	2	0	2	2	2	2	2	12	2	1	1	4	2	2	1	2	1	1	9	25
49	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	16
50	1	2	2	2	2	1	1	11	1	2	2	5	2	2	2	1	2	2	11	27
51	2	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	17
52	1	1	1	2	0	2	1	9	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	7	19
53	2	2	2	2	2	2	2	14	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	12	30
54	1	1	1	2	2	1	2	10	1	2	2	5	1	2	2	1	1	1	8	23
55	2	2	1	1	1	1	1	9	1	1	1	3	2	2	1	1	1	2	9	21

56	0	2	1	2	1	1	1	8	1	1	1	3	2	2	1	1	1	2	9	20
57	2	2	2	1	2	2	2	13	1	1	2	4	2	2	1	1	2	1	9	26
58	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	16
59	1	1	1	1	1	1	2	8	2	2	1	5	2	1	1	1	1	1	7	20
60	2	1	2	2	2	1	2	12	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	12	28
61	2	2	1	1	2	2	1	11	1	1	1	3	2	2	2	1	2	2	11	25
62	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	7	17
63	2	2	2	2	2	1	2	13	1	1	2	4	2	2	2	1	1	2	10	27
64	1	1	2	0	1	2	1	8	2	1	2	5	1	2	1	1	1	1	7	20
65	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	16
66	2	2	2	2	2	2	2	14	2	2	1	5	2	2	2	2	1	1	10	29
67	0	2	2	2	1	1	0	8	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	17
68	0	1	0	2	2	2	2	9	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	7	19
69	2	1	2	1	2	1	1	10	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	12	26
70	1	1	2	1	1	2	2	10	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	11	27

71	2	2	2	2	2	2	2	14	2	1	1	4	2	1	2	1	2	2	10	28
72	2	1	2	2	1	1	1	10	1	2	1	4	2	1	2	2	2	2	11	25
73	1	1	1	2	2	2	2	11	1	2	2	5	2	2	1	1	1	2	9	25
74	1	2	1	2	1	1	1	9	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	8	20
75	2	2	1	2	2	1	1	11	1	1	2	4	2	2	2	2	2	2	12	27
76	1	1	1	2	1	1	1	8	2	2	2	6	1	1	1	1	1	1	6	20
77	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	12	22
78	2	2	2	2	1	2	2	13	2	1	1	4	2	2	2	2	2	2	12	29
79	2	2	2	2	2	2	2	14	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	11	31
80	2	2	1	2	2	2	1	12	1	2	1	4	2	2	2	1	1	2	10	26

ANEXO 7

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA 2

CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN RELACIONES EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016

DIMENSIÓN RELACIONES	Fr	%
FAVORABLE	17	21.25
MEDIANAMENTE FAVORABLE	38	47.5
DESFAVORABLE	25	31.25
TOTAL	80	100

TABLA 3

CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN DESARROLLO EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016

DIMENSIÓN DESARROLLO	Fr	%
FAVORABLE	28	35
MEDIANAMENTE FAVORABLE	30	37.5
DESFAVORABLE	22	27.5
TOTAL	80	100

TABLA 4

**CLIMA FAMILIAR SEGÚN DIMENSIÓN ESTABILIDAD EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016**

DIMENSIÓN ESTABILIDAD	Fr	%
FAVORABLE	12	15
MEDIANAMENTE FAVORABLE	20	25
DESFAVORABLE	48	60
TOTAL	80	100

TABLA 5

**CLIMA FAMILIAR GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016**

CLIMA FAMILIAR	Fr	%
FAVORABLE	17	21.25
MEDIANAMENTE FAVORABLE	38	47.5
DESFAVORABLE	25	31.25
TOTAL	80	100

TABLA 6

**AUTOCUIDADO SEGÚN ALIMENTACIÓN EN LOS USUARIOS DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016**

DIMENSION ALIMENTACIÓN	Fr	%
ADECUADO	28	35
INADECUADO	52	65
TOTAL	80	100

TABLA 7
AUTOCUIDADO SEGÚN HIGIENE EN LOS USUARIOS DEL CENTRO
DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016

DIMENSIÓN HIGIENE	Fr	%
ADECUADO	32	40
INADECUADO	48	60
TOTAL	80	100

TABLA 8
AUTOCUIDADO SEGÚN CUIDADO DE PIEL Y ANEXOS EN LOS
USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ICA -
DICIEMBRE 2016

DIMENSIÓN PIEL Y ANEXOS	Fr	%
ADECUADO	29	36.25
INADECUADO	51	63.75
TOTAL	80	100

TABLA 9
AUTOCUIDADO GLOBAL EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR, ICA - DICIEMBRE 2016

AUTOCUIDADO	Fr	%
ADECUADO	30	37.5
INADECUADO	50	62.5
TOTAL	80	100