



UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA DE POST GRADO

**“TEORÍA DE DOROTEA OREM EN AUTOCAUIDADO Y
ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR Y PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL II-
ESSALUD- HUARAZ, 2014”.**

Tesis para optar el grado de Doctor en Enfermería

ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

Asesora: Dra. MAGNA GUZMÁN AVALOS

Huaraz – Ancash- Perú

2016

Nº Registro: TE0020

MIEMBROS DEL JURADO

Doctora

Teresa Valencia Vera

Presidente

Doctor

Julio Menacho López

Secretario

Doctora

Magna Guzmán Avalos

Vocal

ASESORA

Doctora Magna Guzmán Avalos

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo por ser el Alma Mater en mi formación de post-grado.
- A mi asesora Dra. Magna Guzmán Avalos, quien con sus acertadas sugerencias y apoyo permanente hicieron posible la realización de la presente tesis.
- A los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud Huaraz y los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II-Essalud Huaraz, por su paciencia para responder a las preguntas de la presente investigación.

DEDICATORIA

A Dios: por ser guía y luz
en mi camino, por darme
fuerza para seguir adelante
día a día.

A mi madre Olimpia por ser mi
ejemplo de vida. A Carlos mi
adorado esposo por su apoyo
incondicional. A mis lindos
tesoros: Renzo, Leonardo y
Martha, y a Silvia a quien Dios se
la llevó pero la tengo presente en
mi corazón.

ÍNDICE

Resumen	IX
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
Objetivos	3
Hipótesis	4
Variables	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Definición de términos	31
III. MATERIAL Y MÉTODOS	34
3.1. Tipo y diseño de la investigación	34
3.2. Plan de recolección de la información	34
3.3. Población	34
3.4. Muestra	34
3.5. Instrumentos de recolección de la información	34
3.6. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información	36
3.7. Ética de la investigación.	37
IV. RESULTADOS	39
V. DISCUSIÓN	47
VI. CONCLUSIONES	65
VII. RECOMENDACIONES	66
VIII. BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar el autocuidado según la teoría de Dorotea Orem y el estilo de vida de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) y el programa de Hipertensión Arterial (HTA) del Hospital II- Essalud Huaraz, 2014. El estudio fue descriptivo correlacional, diseño no experimental, transversal. Muestra fue: 80 adultos mayores del CAM y 100 del Programa de HTA. Para la recolección de la información se utilizó: la escala de requisitos de autocuidado y la escala de estilos de vida. Se aplicó la Prueba de Independencia de Criterios Chi cuadrado (95% confiabilidad, significancia $p < 0,05$); comparación de variables: Diferencia proporciones. Concluyendo que: más de la mitad de adultos mayores, del CAM y programa de HTA tienen adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado. La mayoría de los adultos mayores del CAM tienen estilos de vida saludables; más de la mitad de adultos mayores del programa de HTA tienen estilos de vida saludables. No existe relación estadísticamente significativa entre autocuidado y estilo de vida de adultos mayores del CAM. Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del Programa de HTA. No existe diferencia de autocuidado en proporción de adultos mayores del CAM y el Programa de HTA. Existe diferencia en estilo de vida en proporción de adultos mayores del CAM y Programa de HTA.

Palabras claves: Autocuidado, Estilos de Vida, Adultos Mayores, Programa Hipertensión Arterial, Centro del Adulto Mayor.

ABSTRACT

The general purpose of this research had as a purpose to compare self-caring according to Dorotea Orem's theory and the lifestyle of the adults that belong to the CAM Essalud Huaraz and Hospital II - Essalud - Huaraz HTA program. This was a descriptive correlational study, design not experimental, transversal. The sample was composed of 80 older adults from the CAM Essalud Huaraz and 100 from the HTA program. For data collection were used: scale of self-care and lifestyles scale. To establish a relation among the variables of study the Chi-square Test of Independence has been applied, with 95% reliability, significance of $p < 0,05$; comparison of variables: different proportions. Concluding that: more than half of the CAM seniors in HTA program do not have self-care deficit. Regarding to the lifestyle of the CAM seniors, most of them have healthy lifestyles and about the HTA seniors more than half have healthy lifestyles as well. There is no a statistically significant relation between self-caring and lifestyle of seniors that belong to the CAM. There is a statistically significant relation between self-caring and lifestyle of seniors in the HTA program. There is no difference regarding to self-caring in the proportion of seniors on the CAM and seniors of the HTA program. There is a difference between self-caring in the proportion of seniors on the CAM and seniors of the HTA program.

Key words: Self-care, Styles of Life, Seniors. High blood Pressure, Greater Adult Center.

I. INTRODUCCIÓN

La investigación tiene como propósito realizar un análisis comparativo sobre el autocuidado y el estilo de vida entre dos poblaciones de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) y el programa de Hipertensión Arterial del Hospital II – Essalud, Huaraz.

La explosión demográfica del siglo XX da inicio en el siglo XXI al aumento de la población geriátrica, por lo que es pertinente hablar de globalización del envejecimiento, como consecuencia del avanzado proceso de transición demográfica y epidemiológica que se está viviendo a ritmos distintos.¹

El crecimiento demográfico actual no es un asunto numérico solamente; se trata de lo complejo y dramático del desarrollo humano que enfrenta una gran parte de la humanidad en el nuevo siglo. El desarrollo económico, tal y como es aceptado hoy en día, es concebible siempre que el crecimiento se traduzca en un incremento de la renta per- cápita de la familia, que conlleve a una mejoría del nivel de vida de las personas, unido a mayores posibilidades de acceso a la salud, la educación y al bienestar general, acompañado también por la autoestima, el respeto, la dignidad y la libertad de elección de los individuos.²

Una de las variables a comparar es el autocuidado que según Dorotea Orem lo define como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Además en su teoría considera requisitos de autocuidado que es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación del

funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.³

Otro tema que se estudió en el presente trabajo es el estilo de vida que puede ser entendido como los hábitos de vida, la forma de vida, conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud.⁴

El interés en estudiar los problemas de salud en las personas es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la promoción y la prevención de la salud. Más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud (seguridad social), programas especializados, el alto costo de los tratamientos y las irreparables pérdidas ocasionadas por enfermedad que son prevenibles.²

El estudiar las dos variables (autocuidado y estilos de vida) en grupos poblacionales como es el adulto mayor permite conocer y ahondar sobre los conceptos de envejecimiento con éxito, envejecimiento activo, vejez competente y bienestar subjetivo y los componentes de cada uno de ellos, además que los caminos de la vejez están íntimamente ligados a los estilos de vida y conlleva a un envejecimiento satisfactorio.

En este sentido se considera que el profesional de enfermería, no debe estar ajeno a los cambios demográficos y epidemiológicos, así como a las creencias que tienen los adultos mayores, ya que su compromiso es cuidar a la persona, familia o grupo en cualquier etapa de la vida.

Por lo anteriormente expuesto es que planteo el siguiente problema de investigación:

¿ Cómo es el autocuidado según la teoría de Dorotea Orem y el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del adulto mayor y el Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud - Huaraz, 2014?.

Objetivos del estudio

Objetivo general

- Comparar el autocuidado según la teoría de Dorotea Orem y el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor y el programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud - Huaraz, 2014.

Objetivos específicos

- a. Analizar el autocuidado según la Teoría de Dorotea Orem de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud - Huaraz, 2014.
- b. Analizar el autocuidado según la Teoría de Dorotea Orem de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II- Essalud Huaraz, 2014.
- c. Identificar el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz, 2014.
- d. Identificar el estilo de vida de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz, 2014.
- e. Relacionar el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz, 2014.
- f. Relacionar el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del programa de Hipertensión del Hospital II Essalud -Huaraz, 2014.

Formulación de Hipótesis.

Hipótesis General

- Los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor tienen adecuado cumplimiento en los requisitos de autocuidado según la teoría de Dorotea Orem a diferencia de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz, 2014.
- El estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor es saludable a diferencia de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz, 2014.

Hipótesis Específica

- a. El autocuidado según la Teoría de Dorotea Orem tiene relación estadísticamente significativa con el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz, 2014.
- b. El autocuidado según la Teoría de Dorotea Orem tiene relación estadísticamente significativa con el estilo de vida de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz, 2014.

VARIABLES

Variable independiente

- Autocuidado

Variable Dependiente

- Estilo de vida

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
V.I. AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CAM ESSALUD HUARAZ Y DEL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL II ESSALUD-HUARAZ	Capacidad funcional de atenderse asimismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad.	<ol style="list-style-type: none"> 1 .Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos. 2.Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación 3. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. 4. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción. 5. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. 6.Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado: Puntuación Alta: el máximo 175 puntos. 2. Adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado: Puntuación baja: mínimo 35 puntos. 	NOMINAL
V.D. ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAM ESSALUD HUARAZ Y DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL II ESSALUD-HUARAZ.	Es un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación. 2.Actividad y ejercicio 3.Manejo del estrés 4.Apoyo interpersonal. 5.Autorrealización 6. Responsabilidad en salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.SALUDABLE: 75- 100 PUNTOS. 2. NO SALUDABLES: 25 – 74 PUNTOS. 	NOMINAL

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Achurry, D; Sepúlveda, G; Rodríguez, S., “Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial, Bogotá, 2009”⁵. Se describe la construcción y validación inicial de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, basándose en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. Consta de 17 ítems agrupados en tres dimensiones (capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado). Métodos: el instrumento fue aplicado a 159 personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Se estableció la validez del constructo a través del análisis factorial y la consistencia interna por medio del test estadístico alfa de Crombach. Conclusión: Este instrumento se convierte en una herramienta de valoración de enfermería que puede ser útil para evaluar capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Es importante continuar con el proceso de validación, dado que la evidencia empírica apoya la evaluación del constructo general, pero no por dimensiones según lo propuesto en el modelo de Dorotea Orem.

Rivera, L. “Capacidad de Agencia de autocuidado en personas con Hipertensión Arterial hospitalizados en una clínica de Bogotá – Colombia, 2006”⁶. Objetivo Describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo. Metodología Se utilizó un diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90

personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA “Apreciación de la agencia de autocuidado” de Evers e Isenberg. Resultados Los resultados muestran que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado (ASA) que obtuvieron los más altos puntajes, se encontró que los participantes presentaron capacidades para: Máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida. Conclusiones El cuidado de personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Torres, R., “Autocuidado en una comunidad Cristiano-Protestante Valdivia Enero 2010 - Noviembre 2011”⁷.El objetivo de la presente investigación ha sido integrar el modelo de Autocuidado de Dorotea Orem y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en una Comunidad Cristiano Protestante de la ciudad de Valdivia, Chile. Estudio cuantitativo, descriptivo y comparativo. Población adultos de 40 a más años y adultos mayores pertenecientes a la

iglesia evangélica en total 51 personas. El instrumento usado fue un cuestionario que consta de 3 ítems: 2 de autoaplicación y 1 aplicado por el investigador. Por medio del modelo, se han seleccionado requisitos de autocuidado comunes a toda la población en estudio, hemos enriquecido los mismos con datos sociodemográficos, añadiendo datos de morbimortalidad extraídos del Examen de Medicina Preventiva (EMP) del MINSAL. El ítem I de antecedentes sociodemográficos junto al ítem II de antecedentes de morbilidad y requisitos de autocuidado, fueron obtenidos mediante autoaplicación en una reunión congregacional, el ítem III que incluye el EMP y el examen funcional del adulto mayor (EFAM), se aplicaron gradualmente según la disponibilidad de tiempo de los encuestados. Además de los resultados generales obtenidos, se han comparados los mismos entre las poblaciones y adulta y adulto mayor, de esta manera podemos apreciar si existen o no diferencias sustanciales del autocuidado entre ambos grupos. Han sido entrevistados 51 miembros de la comunidad, 37 adultos y 14 adultos mayores, los cuales un 69% eran mujeres y un 31% hombres. Sólo un 27% tiene 65 años o más, siendo la mitad (49%) el grupo mayoritario entre 40 y 50 años. De la aplicación del PAE a los requisitos de autocuidado identificados, se han desprendido factores protectores, factores de riesgo y diagnósticos de enfermería, de estos últimos podemos citar la “Alteración de la nutrición por exceso” y el “Déficit de actividades recreativas” como algunos de los más importantes encontrados a partir de los resultados.

Cadena, L; Flores, Y. “Capacidades de Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2- Veracruz, 2010”⁸. Objetivo fue determinar las capacidades de

autocuidado (CAC) en pacientes con diabetes tipo 2 de una zona urbana del sureste Vera Cruzano. Metodología: estudio descriptivo, transversal, muestreo no probabilístico. Muestra 100 pacientes. Se utilizó la escala para estimar capacidades de autocuidado (EECAC). Resultados: la población tiene en promedio 60 años de edad; entre 1 y 10 años de padecer la enfermedad, predomina el sexo femenino y CAC buenas y muy buenas en la mayoría de la población. Conclusiones: la aportación de enfermería sobre autocuidado no debe limitarse a información, es necesario intervenir con los pacientes en función del autocuidado para prevenir complicaciones.

Manrique, D. “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C. S. Conde de la Vega Bajo- Lima, 2010”⁹. Objetivos generales determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las Necesidades Básicas y objetivos específicos identificar las áreas críticas de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, identificar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en las dimensiones biológica y psicosocial. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumentos una encuesta y una escala de Lickert modificada. Las conclusiones fueron: 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.

Rivera, L; Díaz, L. “Relación entre la capacidad de Agencia de Autocuidado y los factores de Riesgo Cardiovascular en Personas Hospitalizadas con Diagnóstico de Hipertensión Arterial en la Clínica de Country- La Paz, 2007”

¹⁰ ,Describir la relación existente entre los Factores de riesgo cardiovascular, Sedentarismo y Obesidad con la Capacidad de agencia de autocuidado, en personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial. Diseño .Estudio de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo. Población y lugar La muestra estuvo constituido por 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en la Clínica del Country, Colombia, durante los meses diciembre de 2004 y abril de 2005. Intervenciones: Se evaluó la capacidad de agencia de autocuidado mediante la escala "apreciación de la agencia de autocuidado" de Isemberg y Evers; el índice de masa corporal y el índice de actividad - ejercicio de los participantes. Resultados: Los hallazgos mostraron una correlación significativa y negativa entre las variables Capacidad de Agencia de autocuidado e Índice de masa corporal y una correlación positiva moderada y significativa entre las variables Capacidad de Agencia de

autocuidado e Índice de actividad y ejercicio. Conclusiones: Las personas hipertensas con menor nivel de actividad y ejercicio y con mayor índice de masa corporal se asocian con niveles bajos en la capacidad para asumir su propio cuidado. Trabajar el autocuidado en la comunidad es una tarea que debe comenzar en el núcleo familiar haciendo énfasis en la educación de esta práctica desde la niñez, que permita reconocer la importancia de mantener estilos de vida saludables, el empoderamiento del autocuidado, la motivación a asumir el compromiso de autocuidarse y tomar la decisión de llevar una vida activa.

Pardo, M y Núñez, N., “Los Estilos de Vida y Salud en la Mujer adulta en Colombia 2004-2005” ¹¹. Trabajo realizado en la localidad cuarta de Bogotá, con un grupo de 100 mujeres entre 20 y 40 años de edad, en los años 2004-2005, con el propósito de analizar su estilo de vida y procesos de salud. Se trata de un estudio de intervención cuasi-experimental, con mediciones antes y después de un año. Se realizaron entrevistas estructuradas y se aplicó el instrumento de valoración del estilo de vida antes y después de participar en un plan de promoción de la salud con enfoques analógico. La estrategia de intervención surtió efecto para mejorar la salud y el estilo de vida del grupo de mujeres participantes. Tuvo como resultado que la mitad de las mujeres pasaron de tener un estilo de vida “Bueno” a “Excelente”; es decir, de la categoría “Malo” a “Bueno”; la dispersión fue menor en el pos test, y en la cual llegaron a las conclusiones de realizar una estrategia de promoción de salud orientada desde el estilo de vida y salud en la mujer adulta joven, basado en los determinantes de salud y gestión social del riesgo.

Cid, P y Merino, J. "Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud en Chile-2006" ¹². Estudio correlacional-transversal efectuado en residentes del sector Barrio Norte de Concepción, en el segundo semestre de 2002. El universo lo constituyeron 18.353 personas inscritas en el registro del Servicio de Salud del sector, conformándose una muestra de 360 sujetos de ambos sexos, de 15 a 64 años. Se utilizó muestreo por conglomerado y estratificado al azar, a porcentaje proporcional, siendo la edad el criterio de estratificación. La recolección de los datos se realizó a través de un instrumento de medición conformado por un cuestionario semiestructurado, y por las escalas: Estilo de Vida Promotor de Salud; Autoestima; Estado de Salud Percibido y Percepción de Autoeficacia. El instrumento se aplicó a través de una entrevista personalizada en la residencia de las personas (quienes dieron su consentimiento informado para participar). La confiabilidad de las escalas se midió con el coeficiente Alpha de Crombach y el método de división en mitades. El resultado de ambas pruebas indica alta confiabilidad (0,73 a 0,87). En el procesamiento y análisis estadístico se usó el programa Statistical Analysis System (SAS). Se aplicó estadística descriptiva e inferencial, usando $p < 0,05$ como el valor de la probabilidad del error en las pruebas de hipótesis estadísticas. Resultados: La distribución empírica de los puntajes obtenidos de la variable dependiente EVPS fue la siguiente: el mínimo fue de 78 puntos y el máximo de 183 puntos, siendo la media de 131,5 puntos (52,2% de las personas obtuvieron puntajes iguales o mayores a la media) y la mediana de 132 puntos. Las medidas de tendencia central son muy cercanas, por lo que puede decirse que la distribución tiene una asimetría mínima. El 25% de las personas obtuvo

puntajes inferiores a 119 puntos y otros alcanzó 25% alcanzó puntajes superiores a 145 puntos en la escala EVPS.

Espinoza, M. “Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins noviembre 2002”¹³. Objetivo fue identificar los conocimientos y las prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El método que se utilizó fue el descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 60 pacientes .Concluyendo que la mayoría de pacientes colostomizados conocen y la cuarta parte no conocen sobre el autocuidado, igualmente que la mayoría de pacientes colostomizados realizan prácticas adecuadas y un poco más de la cuarta parte realizan prácticas inadecuadas de autocuidado.

Orbegoso, A. “El estilo de vida y prácticas de autocuidado para la prevención de la enfermedad renal en el padre y/o tutor adulto joven del Centro Educativo Privado Ciencia y Arte de la Ciudad de Trujillo, 2012”¹⁴. Estudio de investigación de tipo descriptivo- correlacional, de corte transversal, que se realizó con el objetivo de conocer la relación que existe entre el estilo de vida y prácticas de autocuidado para la prevención de la enfermedad renal en el padre y/o tutor adulto joven del Centro Educativo Privado Ciencia y Arte de la Ciudad de Trujillo-2012. La población estuvo constituida por 90 padres y/o tutores adultos jóvenes de los cuales se seleccionó a 39 de ellos para constituir la muestra del estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron: el cuestionario para la valoración de los estilos de vida y el cuestionario para la valoración de las prácticas de autocuidado, ambos instrumentos elaborados por la autora y validados para ser confiables. Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios (X²) en el programa SPSS versión 18; los resultados evidenciaron que el 69% de los padres y/o tutor adulto joven presentan estilo de vida no saludable, sin embargo el 31% tiene estilo de vida saludable, el 49% tienen buenas prácticas de autocuidado y el 51% tiene malas prácticas de autocuidado. Al relacionar ambas variables se concluye que los estilos de vida y las prácticas de autocuidado tienen relación significativa (valor-p < 0.01).

Mendoza, S. “Factores Biosocioculturales y Autocuidado en el Adulto Diabético del Hospital III .EsSalud .Chimbote. 2007”¹⁵, Con el objetivo de determinar la relación entre los factores biosocioculturales (edad, sexo, tiempo de enfermedad, nivel de información sobre la enfermedad, participación social, nivel de instrucción) y nivel de autocuidado de los adultos diabéticos de dicha instalación, obteniendo como resultado que: la mayoría de adultos diabéticos tienen 60 años a mas (69,5%), sexo que predomina femenino (62,9%), la mayoría tiene más de 4 años de enfermedad (56,5%), nivel de información sobre la enfermedad (93,5%), la participación social es alta (91,9%), grado de instrucción que predomina es el nivel primario (48,9%).

Polanco, K; Ramos, L. “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de la persona adulta dela Comunidad Señor de Palacios; en Ayacucho–2009”¹⁶.

Objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales de los adultos de la comunidad en estudio. La muestra estuvo constituida por 225 adultos. Se utilizó el muestreo probabilístico y para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario para los factores biosocioculturales y una escala de Likert para medir el estilo de vida. El análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi- Cuadrado. Mostrando como resultados que casi el total de encuestados tienen un estilo de vida no saludable; la mayoría de las personas tienen de 25 a 54 años, más de la mitad son de sexo femenino y católicos, casi la mitad son casados y amas de casa; menos de la mitad tienen el grado de instrucción de primaria completa y casi el total de las personas tienen ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Finalmente Tineo, L. “Estilos de vida de los pacientes del Programa de HTA del hospital II Jorge Reátegui Delgado EsSalud, en Piura– 2006”¹⁷. Objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización El Carmen, distrito de Chimbote, con una muestra de 242 adultos mayores. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: escala del estilo de vida y el cuestionario sobre factores biosocioculturales. Los datos fueron procesados con el software SPSS versión 18.0. para establecer la relación entre las variables de estudio se aplicó la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado, con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0,05$. Se llegó a las siguientes conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presenta un estilo de vida saludable y un porcentaje considerable de estilos de vida no saludable; respecto a los factores biosocioculturales, más de la mitad son de sexo femenino, menos de la mitad

presenta grado de instrucción primaria completa e incompleta y percibe de 600 a 1000 soles mensuales; la mayoría profesa la religión católica y son casados; poco más de la mitad son amas de casa. Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida con el grado de instrucción en los adultos mayores. No existe relación estadísticamente significativa entre estilos de vida y factores biosocioculturales de edad, sexo, estado civil, ocupación e ingreso económico.

2.2 Bases teóricas

AUTOCUIDADO SEGÚN TEORÍA DE DOROTEA OREM.

Autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar³.

La Organización Mundial de Salud (OMS ,1984) define el autocuidado como: "La capacidad funcional de atenderse asimismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad", la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria (Martínez, 1998)¹⁸.

Larry, C. Coppard y colaboradores¹⁹, definen autocuidado 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.

Requisitos de Autocuidado planteados por Dorotea Orem: Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
2. La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, (los objetivos del autocuidado) ³.

Los Requisitos de Autocuidado Universales en la Teoría de Dorotea Orem son los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del círculo vital. Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: en primer lugar el mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficientes; en segundo lugar la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, tercer lugar el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso; en cuarto lugar el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad; en quinto lugar la prevención de peligros para

la vida, el funcionamiento y el bienestar humano; en sexto lugar la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y finalmente las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal³.

Los Requisitos de Autocuidado de Desarrollo son los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. En la segunda edición de Nursing Concepts of Practice estaban separados de los requisitos de autocuidado universales³.

Requisitos de Autocuidado en caso de Desviación de Salud existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran³.

La enfermedad o lesión no sólo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado; cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, autismo, estado de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de aquellas personas se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud,

los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.

Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según las necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempos determinados.³

Necesidades de Autocuidado Terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para: primero controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano, suficiente: agua, aire, comida y segundo cubrir el elemento de actividad de la necesidad: mantenimiento, promoción, prevención y provisión³.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: necesariamente describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente y tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno³.

Actividades de Autocuidado se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano ³.

Agente de Autocuidado es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción³.

Agente de Cuidado Dependiente es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas ³.

Déficit de Autocuidado es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes³.

Actividad Enfermera es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad a su cuidado³.

Diseño Enfermero se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería³.

Sistemas Enfermeros son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes³.

Métodos de Ayuda es un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.

Las enfermeras utilizan todos los elementos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud: actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, Ofrecer apoyo físico

o psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal, enseñar³.

Principales Supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de los años setenta y fueron presentados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y de los demás, haciendo la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.

La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y los demás.

Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Orem elaboró una lista de supuestos y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros; estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación³.

Teoría del Autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas o haber llevado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación endocrina; el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de energía y factores medioambientales.

La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría de cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros³.

Valoración Integral del Adulto Mayor: El dominio de competencias se refiere a la valoración integral que debe realizar todo cuidador. García,

Rodríguez y Toronjo (2001) , afirman que la atención integral al anciano debe ser realizada por un equipo pluridisciplinar de profesionales, sociólogos, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, etc. y de no profesionales el propio adulto mayor (autocuidado), su familia, voluntarios, vecinos, en la que cada uno tendrá su responsabilidad, pero todos en forma conjunto y en estrecha coordinación habrán de compartir el objetivo común de que el adulto mayor alcance el mayor grado posible de salud y de bienestar. Ofrecer atención y cuidados a una persona mayor se inicia con el primer paso de todo proceso científico: la valoración integral de su salud ¹.

Es importante mencionar que las técnicas y métodos de evaluación tradicionales, tales como la observación, la entrevista y el examen físico, se mantienen vigentes para la valoración del estado de salud de una persona mayor. Sin embargo, la utilización de instrumentos de valoración específica para mayores se está haciendo una práctica muy común en el ámbito gerontológico y geriátrico¹.

Gallo, Reichel y Andersen (1988) en su libro *Handbook of Geriatric Assessment*, se refieren a la necesidad de realizar a los adultos mayores una valoración multidimensional que incluya el estado mental, funcional, social, de valores, económica y física, utilizando varios instrumentos o escalas que son complementarias, y cuya interpretación debe ser realizada por el equipo interdisciplinario de salud. Los instrumentos más utilizados recopilados por dichos autores son: valoración del estado mental (cuestionario Mini mental de E. Pfeiffer, Mini mental de Folstein), estado funcional (actividades de la vida diaria de Kats. actividades instrumentales de la vida diaria, índice de Barthel,

índice de Lawton, Escala de la Cruz Roja); estado social (Apgar Familiar); estado afectivo (depresión de Yessavage, depresión de Zung) ¹.

ESTILO DE VIDA

Tejera, J. ²⁰, los estilos de vida serían la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más o menos saludables.

Estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, poseen un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar. Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de consumir el alcohol, la conducta sexual desprotegida, etc, y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas.⁴

Bibeauw, L. ²¹, refieren que desde una perspectiva integral, es necesario

considerar el estilo de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivencia, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipos de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenece y deben de ser acorde a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar a la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar ²².

Los estilos se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se define como estilo de vida saludable ²¹.

Estilo de vida saludable, es definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, la religión, idioma, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida ²⁰.

Según Maya, L.²², los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y /o de factores protectores para el bienestar, por lo cual

deben ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefieran llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano ²¹.

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporte determinara el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que esta se produzca ²¹.

El comportamiento influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, porque la conducta de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferman debe procurar asistencia y si la enfermedad es larga deben continuar el tratamiento. En epidemiología el estilo de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud; pues son causantes de enfermedades entre las más importantes que afectan la salud encontramos: consumo de sustancias tóxicas (hoja de coca, alcohol), estrés, dieta, manipulación de los alimentos y relaciones interpersonales ²¹.

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo²².

El estilo de vida es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómica y a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. Considerando los siguientes aspectos: consumo de hoja de coca, consumo de alcohol, actividad física, mal hábito alimenticio y tratamiento farmacológico ²¹.

En el presente estudio el estilo de vida será medido en base a la modificación del instrumento propuesto en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender el cual permite una valoración de los estilos de vida pero basado en el estilo de vida promotor de salud de los individuos; que resulta útil para las enfermeras, en la asistencia tanto en el apoyo como en la educación al paciente.²³

Las dimensiones del estilo de vida consideradas para la presente investigación son las siguientes: nutrición, actividad y ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal y autorrealización.

Dimensión de alimentación: Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida.²⁴

Dimensión Actividad y Ejercicio: es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor.²⁵

El término actividad física se refiere a una serie de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular, las tareas domésticas pesadas, trabajo en campo, y la crianza de animales entre otras. El ejercicio, es entonces un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud.²⁶

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo como es el de la nutrición del adulto mayor, que le favorece a la adecuada digestión y funcionamiento intestinal favoreciendo a la vez para el fortalecimiento de la musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular; evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas; también favorece las funciones cognitivas.²⁵

Múltiples estudios recomiendan el ejercicio aeróbico regular y programado, dado que se han documentado beneficios en la salud física y mental. El ejercicio regular mejora la forma física, la función cardiovascular, la masa ósea, la fuerza muscular, la sensación de bienestar, las relaciones interpersonales, así como se ha asociado a reducciones de ansiedad, depresión, soledad, obesidad y a la mortalidad general.²⁶

Dimensión Manejo del estrés: El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la

situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés ²⁷.

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente.

En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.²⁷

El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control .²⁷

Dimensión responsabilidad en salud: la responsabilidad en salud del adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud.²⁸

Dimensión apoyo interpersonal: es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual él requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno.²⁸

Hombres y mujeres se benefician por igual de participar en actividades sociales a todas las edades. Aquellos que continúan interactuando con otros tienen a ser más saludables, tanto física como mentalmente, que aquellos que se mantienen aislados socialmente. La interacción con amigos y familia provee apoyo

práctico y emocional al adulto mayor el cual les permite permanecer en el ambiente comunitario y reducir la necesidad de usar los servicios de salud.

Dimensión Autorrealización: se refiere a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto mayor, alcanzando la superación y a la autorrealización .²⁹

El ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida, según Erikson, el grado de socialización aumenta. La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia. En este contexto se establecen lazos con las generaciones que los antecede (padres) y los que le continúan (hijos). Desde esta perspectiva el ser humano crece y se desarrolla en sociedad .²⁹

Por otra parte, quienes no conforman una familia, o no conviven con una pareja, también se relacionan socialmente con su pariente, amigos, compañeros de estudio y/o trabajo, es decir el ser humano vive y crece en sociedad. Así, si el hombre o mujer logra su desarrollo armónico en las distintas etapas del ciclo vital alcanzando la confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad, identidad, intimidad, generatividad, propia de cada uno en el transcurso del tiempo podrá tener una vida interior plena que le permita alcanzar su propia "interioridad" .³⁰

2.3 Definición de Términos:

Centro del Adulto Mayor: Es una unidad Operativa del Sistema de Prestaciones Sociales del Seguro Social de Salud- Essalud, concebida como espacio de encuentro generacional de personas adultas mayores, orientada a mejorar el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de programas de soporte familiar, intergeneracionales, socioculturales, recreativos, productivos y programas de estilos de vida para un envejecimiento activo, sin discriminación por creencia ideológica, política, religiosa, de raza, género o condición social, ni de ninguna otra índole.³⁰

Adulto Mayor son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo o se jubilan. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad .³¹

Autocuidado

consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar .³

Estilos de vida

Los estilos de vida serian la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más menos saludables.²

Estilo de vida saludable es definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, la religión, idioma, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida ⁴

Estilo de vida no saludable o estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc. ³²

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de estudio: Descriptivo, correlacional.^{34,35}

3.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es un estudio no experimental de corte transversal.³⁶

3.2. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.2.1. Población

Población N° 01. Estuvo conformada por 80 adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor de Essalud-Huaraz del Departamento de Ancash y que cumplen con los criterios de la investigación.

Población N° 02. Estuvo conformada por 100 adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz del Departamento de Ancash y que cumplen con los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto Mayor que asistió al CAM Essalud -Huaraz mayor de 60 años.
- Adulto Mayor que asistió al Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz mayor de 60 años.
- Adulto que dió su consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Adulto Mayor que tuvo problemas de comunicación

- Adulto Mayor que tuvo problemas neurológicos

3.2.2. Unidad de Análisis

- Cada adulto mayor que asistió al Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz y que cumple con los requisitos de la investigación.
- Cada adulto mayor que asistió al Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz y que cumple con los requisitos de la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Técnica: Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta.

Instrumento N° 01

Escala de Requisitos de Autocuidado: es un instrumento elaborado en base a los requisitos universales de autocuidado realizado por Roldan, M. y utilizado para poder medir el Autocuidado según la teoría de Dorotea Orem, el cuestionario mide el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma. En su versión definitiva está formado por 35 items, distribuidos en 6 dimensiones:

1. Requisitos de autocuidado I, II y III. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.
2. Requisito de autocuidado IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
3. Requisito de autocuidado V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

4. Requisito de autocuidado VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
5. Requisito de autocuidado VII: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. Requisito de autocuidado VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. (Anexo N° 01).

Déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado: Puntuación Alta y el máximo 175 puntos.

Adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado: Puntuación baja, mínimo 35 puntos.

Instrumento N° 02

Escala del Estilo de Vida

Instrumento elaborado en base al Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de Salud Elaborado por Walker, Sechrist y Pender, y modificado por las investigadoras de línea de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Los Ángeles de Chimbote; Delgado, R; Reyna, E. y Díaz, R. para fines de la presente investigación y poder medir el Estilo de Vida a través de sus dimensiones como son: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. (Anexo N° 02), está constituido por 25 ítems distribuidos de la siguiente manera. Se aseguró la validez externa presentando el instrumento a 4 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindaron mayor calidad y especificidad a los instrumentos. Para la validez interna se aplicó la fórmula r de Pearson en cada ítems, se obtuvo $r > 0.20$, lo cual indica que el instrumento es válido. Para la confiabilidad de un total de 29 encuestas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad del instrumento se obtuvo para la escala total un índice de confiabilidad

Alfa de Crombach de 0.794, lo cual indica que la escala para medir el estilo de vida del adulto es confiable.

Alimentación	: 1, 2, 3, 4, 5, 6
Actividad y Ejercicio	: 7,8,
Manejo del Estrés	: 9, 10, 11, 12
Apoyo Interpersonal	: 13, 14, 15, 16
Autorrealización	: 17, 18, 19
Responsabilidad en Salud	: 20, 21, 22, 23, 24, 25

Cada item tiene el siguiente criterio de calificación

NUNCA:	N = 1
A VECES:	V = 2
FRECUENTEMENTE:	F = 3
SIEMPRE:	S = 4

En el item 25 el criterio de calificación el puntaje es N=4; V=3; F=2; S=1 .Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 items, de la misma manera se procede en cada sub escala.

Estilo de vida saludable: 75 - 100 puntos.

Estilo de vida no saludable: 25 - 74 puntos.

3.4. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LA INFORMACIÓN.

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 21.0, se presentan los datos en tablas simples. Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de Independencia Ji cuadrada con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$, para el análisis comparativo se utilizó la diferencia de proporciones ⁽³⁷⁾.

3.5. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los principios de ética, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y Declaración de Helsinki. ^{38,39}

Entre los cuales se resaltan algunos de los principios que hemos considerado para la siguiente investigación.

- a. **Dignidad humana** es puesta en relieve y la que obliga a los profesionales de la salud a tratar a los pacientes como a nosotros nos gustaría que nos trataran. La dignidad es algo elemental dentro de toda persona y es común a todo individuo. Así, la dignidad debe ser considerada como el patrimonio propio de toda persona, la que se opone a toda instrumentalización de un individuo.
- b. **Libertad**: las enfermeras deben trabajar con ánimo para hacer el bien con un respeto exquisito a la libertad. Ése puede ser el fondo del consentimiento informado.

- c. **Autonomía:** exige un trato igualitario de relación profesional con comunicación continua, y con apoyo emocional a los enfermos y a sus familias, como consecuencia de la dignidad humana, inseparable de la libertad.
- d. **Anonimato:** Se aplicará el cuestionario indicándoles a los adultos que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.
- e. **Privacidad o confidencialidad:** Toda la información recibida en el presente estudio se mantendrá en secreto y se evitará ser expuesto respetando la intimidad de los adultos, siendo útil solo para fines de la investigación.
- f. **Honestidad:** Se informará a los adultos los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarán plasmados en el presente estudio.
- g. **Consentimiento:** Solo se trabajará con los adultos que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo. (Anexo N° 03).

IV. RESULTADOS

TABLA N° 01

**AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DE ESSALUD- HUARAZ, 2014.**

AUTOCUIDADO	N°	Porcentaje
Adecuado cumplimiento de los requisitos de Autocuidado	44	55,0
Déficit cumplimiento de los requisitos de Autocuidado	36	45,0
Total	80	100,0

Los resultados obtenidos muestran que del 100% (80) de las personas adultas mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud Huaraz, que participaron en el estudio, el 55% (44) tienen adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado y el 45% (36) de los adultos mayores tienen déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

TABLA N° 02

AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL II- ESSALUD-HUARAZ, 2014.

AUTOCUIDADO	N°	Porcentaje
Adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado	53	53,0
Déficit cumplimiento de los requisitos de autocuidado	47	47,0
Total	100	100,0

En la tabla se observó que del 100% (100) de las personas adultas mayores del programa de Hipertensión del Hospital II Essalud- Huaraz, que participaron en el estudio, el 53% (44) tienen adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado y el 47% (47) tienen déficit en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

TABLA N° 03

**ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DE ESSALUD- HUARAZ, 2014.**

ESTILO DE VIDA	N°	Porcentaje %
No Saludable	19	23,75
Saludable	61	76,25
Total	80	100,00

Se muestra que del 100% (80) de las personas adultas mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz, que participaron en el estudio, el 76,25% (61) tienen estilos de vida saludables y el 23,75% (19) tienen estilos de vida no saludables.

TABLA N° 04

**ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL II ESSALUD- HUARAZ,
2014**

ESTILO DE VIDA	N°	Porcentaje %
No Saludable	38	38,0
Saludable	62	62,0
Total	100	100,0

Los resultados reportan que del 100% (100) de las personas adultas mayores que participaron en el estudio, el 62% tienen estilos de vida saludables y el 38% (38) tienen estilos de vida no saludable.

TABLA N° 05

**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL ESTILO DE VIDA DE OS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE
ESSALUD- HUARAZ, 2014.**

AUTOCUIDADO	Estilo de vida				Total	
	Saludable		No saludable			
	n	%	n	%	n	%
Adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.	35	43,8	9	11,3	44	55,0
Déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.	26	32,5	10	12,5	36	45,0
TOTAL	61	76,3	19	23,8	80	100,0

($\chi^2 = 0,586$; 1gl y $p > 0,05$)

Los resultados muestran la relación entre el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz, lo cual reporta que: de los adultos mayores con adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado el 11,3% (9) tienen estilos de vida no saludable y el 43,8% (35) tienen estilos de vida saludable. De los adultos mayores con déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado el 12,5% (10) tienen estilos de vida no saludable y el 32,5% (26) tienen estilos de vida saludables.

Al relacionar la variable autocuidado con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi-cuadrado de independencia ($\chi^2 = 0,586$; 1gl y $p > 0,05$) se encuentra que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

TABLA N° 06

**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL ESTILO DE VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DEL HOSPITAL II ESSALUD- HUARAZ, 2014.**

AUTOCUIDADO	Estilo de vida				Total	
	Saludable		No saludable		n	%
	n	%	n	%		
Adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.	41	41,0	12	12,0	53	53,0
Déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.	21	21,0	26	26,0	47	47,0
TOTAL	62	62,0	38	38,0	100	100,0

$(\chi^2 = 0,586; 1gl \text{ y } p>0,05)$

Los resultados muestran la relación entre el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II- Essalud-Huaraz la cual reporta que de los adultos mayores que tienen adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado el 41,0% (41) tienen estilos de vida saludable y el 12%(12) tienen estilos de vida no saludable. De los adultos mayores que tienen déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado el 21% (21) tienen estilos de vida saludable y el 26,0% (26) tienen estilos de vida no saludables. Se muestra la relación entre el autocuidado y el estilo de vida. Al relacionar la variable autocuidado con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi-cuadrado de independencia ($\chi^2 = 0,586; 1gl \text{ y } p>0,05$) se obtuvo que si existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

TABLA N° 07

**AUTOCAUIDADO SEGÚN TEORIA DE DOROTEA OREM DE ADULTOS
MAYORES DEL CAM ESSALUD HUARAZ Y LOS ADULTOS
MAYORES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN DEL HOSPITAL II
ESSALUD – HUARAZ, 2014.**

PROPORCIONES MUESTRALES PARA AUTOCAUIDADO	TAMAÑO MUESTRA	PROPORCIÓN
Proporción de adultos mayores CAM ESSALUD Huaraz con adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.	80	0,45
Proporción de adultos mayores del programa de Hipertensión del Hospital II ESSALUD Huaraz con adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.	100	0,47

En la primera muestra de 80 observaciones, la proporción muestral es igual a 0,45.

En la segunda muestra de 100 observaciones, la proporción muestral es igual a 0,47.

Puesto que el valor p para la prueba es mayor o igual que 0,05, no puede rechazarse la hipótesis nula con un 95,0% de nivel de confianza. Con un valor de $p= 0,789098$.

El intervalo de confianza muestra que los valores de adultos del Centro del Adulto Mayor con adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado y los adultos mayores del programa de Hipertensión Arterial con adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado soportados por los datos caen entre -0,166471 y 0,126471. Demostrando que no hay diferencia entre ambas poblaciones en sus niveles de autocuidado.

TABLA N° 08

ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CAM ESSALUD HUARAZ Y LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN DEL HOSPITAL II- ESSALUD – HUARAZ, 2014.

PROPORCIONES MUESTRALES PARA AUTOCUIDADO	TAMAÑO MUESTRA	PROPORCIÓN
Proporción adultos mayores CAM ESSALUD Huaraz con estilos de vida saludables.	80	0,763
Proporción adultos mayores del Programa de Hipertensión del Hospital II ESSALUD Huaraz con estilos de vida saludables.	100	0,62

En la primera muestra de 80 observaciones, la proporción muestral es igual a 0,763. En la segunda muestra de 100 observaciones, la proporción muestral es igual a 0,62. Puesto que el valor p para la prueba es mayor o igual que 0,05, no puede rechazarse la hipótesis nula con un 95,0% de nivel de confianza. Con un valor de $p=0,0403848$. El intervalo de confianza muestra que los valores del estilo de vida saludable de los adultos mayores del CAM y el estilo de vida saludable de los adultos mayores del Programa de HTA soportados por los datos caen entre - 0,00983195 y 0,276168. Demostrando que si hay diferencia entre ambas poblaciones en sus niveles de estilos de vida saludables.

V. DISCUSIÓN

El autocuidado en palabras sencillas es considerado para el presente trabajo de investigación como la capacidad de toda persona para cuidar de sí misma, y este cuidado se debe satisfacer en todas sus necesidades las funciones básicas de todo ser humano. Dicho esto podemos mencionar que consecuentemente el resultado obtenido muestra que en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud Huaraz y los adultos Mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II- Essalud Huaraz un porcentaje mayor a la mitad no tiene déficit de autocuidado.

Algunos estudios en relación al autocuidado han obtenido resultados diferentes o similares como:

El estudio realizado por Millan, I. “Evaluación de la capacidad y Percepción de Autocuidado del adulto mayor en la Comunidad- Cuba, 2010”⁴⁰. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las

personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la Atención Primaria de Salud.

Otro estudio es el realizado por Garcilazo, M. “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, en un centro de salud de San Juan de Miraflores- Lima, 2014”⁴¹. Concluye que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria predomina la dependencia. En la dimensión procedimental la capacidad de autocuidado del adulto mayor es dependiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria siendo las más afectadas: ir de compras, preparar la comida y responsabilidad de la medicación. En la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, el que prevalece es el nivel de deterioro cognitivo leve siendo los más comprometidos: memoria a largo plazo y cálculo matemático simple.

Así mismo una investigación realizada por Cruzado, K; Mendo, S. “Nivel de Información y Autocuidado del Policía adulto maduro con Hipertensión Arterial, Comisaria del distrito de Trujillo, 2014”⁴². Conclusiones: El mayor porcentaje de policías adultos maduros con hipertensión arterial estudiados, presentaron un nivel de información bueno con un 62% y en menor porcentaje presentaron un nivel de información regular con un 38%. El mayor porcentaje de policías adultos maduros con hipertensión arterial presentaron un nivel de autocuidado alto con un 54,5%, y en menor porcentaje presentaron un nivel de autocuidado regular con un 45,5%. No Existe relación significativa entre el Nivel de Información y el Nivel de Autocuidado del Policía adulto Maduro con hipertensión Arterial, es un factor que no condiciona.

El autocuidado fue medido a través de la teoría fundamentada por Dorotea Orem quien afirma que el autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Además sustenta que este autocuidado tiene requisitos, proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: el mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficientes; la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación; el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso; el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo humano de ser normal (características genéticas y constitucionales y con el talento de las personas).³

Actualmente existen algunas teorías que sustentan el comportamiento del adulto para afrontar su autocuidado con éxito y llevar una vejez con éxito afrontando las secuelas propias de la edad a medida que avanza es decir llegar del adulto joven , luego adulto maduro, y finalmente adulto mayor, estas teorías son explicadas por: Rivera, L. ¹⁰, explica que el ser humano como fuente integradora de aspectos intelectuales y sociales, desarrolla estrategias necesarias para la conservación de su estructura y funcionalidad, contribuyendo cada vez a un mejor nivel de vida; una de estas estrategias es el autocuidado que puede verse afectado cuando el individuo se encuentra ante el riesgo o la presencia de sufrir alguna enfermedad como el caso

de la Hipertensión Arterial. La situación de enfermedad puede generar modificaciones en los estilos de vida y factores psicosociales como la depresión, hostilidad, ansiedad, aislamiento social y estrés, que pueden influir en la ocurrencia de un evento coronario o la muerte, por ende desarrolla el individuo un autocuidado adquirido para conservar la salud, cuidarla y protegerla.

Rubio, R.⁴³, en su teoría sobre el envejecimiento con éxito en el adulto mayor afirma que “la vejez es una enfermedad extraña; se la cuida para hacerla durar”, en el proceso de esta enfermedad, de esta etapa del ciclo vital, posiblemente una de las decisiones más difíciles en el ser humano está en diferenciar entre lo que puede y quisiera hacer con su vida y en elegir el camino hacia donde desea orientar sus últimos días. Además propone que el envejecimiento normal sería un envejecimiento con éxito, competente, de alguna manera óptima a nivel global o en alguno de sus aspectos específicos, tales como la independencia funcional, la capacidad cognitiva, etc.

Existen modelos teóricos de envejecimiento que nos harían comprender el punto del autocuidado en el adulto mayor como:

Teoría del aprendizaje social: Lerner ⁴⁴, en su teoría enfatiza el papel de las recompensas, de los castigos, de las conductas del modelado, de los vínculos de apego, etc. El envejecimiento podría optimizarse a partir del estudio minucioso y del control de esos factores sociales externos, entendiendo que el envejecimiento con éxito va muy ligado a las recompensas que el sujeto ha obtenido en la vida o a los fracasos.

Otro modelo es la teoría Humanista: o teoría de la autorrealización y el crecimiento personal, tenemos a Maslow⁴⁵, en 1970, afirma que el llegar a ser cada vez mejor

persona de lo que somos, entendiendo la persona en un sentido holístico. En esta línea, el envejecimiento consistiría en desarrollar cada vez más nuestras facultades, experimentar como óptimo ese crecimiento personal.

El modelo Cognitivo propone que las influencias casuales principales son distales o proximales en naturaleza. Para las teorías distales el envejecimiento cognitivo acontece por factores que ocurrieron en períodos anteriores del ciclo vital y que ejercen su influencia en los niveles de competencia actual, este marco permite explicar las diferencias que se producen entre personas de una misma edad.⁴⁶

El Modelo Socio-Psicológicos: son aquellos que se centran en la incidencia que este tipo de variables ejercen en las influencias normativas, así como la decisiva influencia de las formas de afrontamiento, o las técnicas de control primario o secundario. El primario referido a la creencia por parte del individuo de su posibilidad de cambiar el mundo externo para ajustarlo a sus necesidades y la del control secundario referido a la capacidad del individuo para acomodar sus metas, sus deseos, sus creencias a las exigencias externas que se dan en un momento determinado.⁴⁷

Brandtsadter,⁴⁷ en 1994, refieren que este modelo socio- psicológico nos lleva a un envejecimiento con éxito que en función del control primario o secundario, implicaría aplicar estrategias asimilativas que intenten prevenir pérdidas o bien substituir determinados déficit por actividades alternativas que permitan adecuarse a las nuevas exigencias a través del reajuste de metas y expectativas.

Otro modelo es el de la Selectividad Socioemocional: muy vinculados a las teorías socio-psicológicas que entienden que los cambios en la reducción de las interacciones sociales que parece darse en los mayores, se debe a dos posibles

causas que son las que generaron las famosas teorías de la actividad o de la desvinculación. La primera, aboga por una participación activa, ya que entiende que la inactividad, si se da en los mayores viene generada por las normas sociales, jubilación, estereotipos sobre estilos de vida, etc. que inducen a la persona a reducir su nivel de interacción social. Por el contrario, la teoría de la selectividad socioemocional sostiene que de hecho se da una reducción de las redes sociales y de participación social de los mayores en el contexto, pero esto está motivado por una reestructuración que hace el propio sujeto de sus recursos.⁴⁷

Sin embargo Baltes,⁴⁸ , plantea un modelo de envejecimiento óptimo que implicaría generar una serie de medidas selectivas con los esfuerzos que vamos a realizar, y por otra parte emplear estrategias y actividades adecuadas para compensar las pérdidas que incuestionablemente conlleva el proceso de envejecimiento. Indudablemente la base de este modelo, como la de muchos otros, se basa en el concepto de plasticidad, concepto que hace referencia a la plasticidad conductual existente en todas las etapas del ciclo vital. Este es el lema básico para intentar cualquier línea de envejecimiento con éxito. Los sujetos que son capaces de utilizar esta plasticidad, de trabajar con su capacidad de reserva, pueden maximizar sus cualidades, las condiciones de apoyo de su entorno y de alguna manera, envejecen mejor y muestran ser más competentes.

También es importante plantearnos el impacto que tiene en esa “plasticidad” el entorno social, así suele entenderse que es mejor y más fácil envejecer en sociedades tradicionales donde el papel del anciano juega un importante rol como depósito de sabiduría, consejos, etc., que en las modernas sociedades industrializadas. Pero tal vez un buen envejecimiento necesita también de muchos

otros factores, por ejemplo, servicios de salud adecuados, una red de servicios sociales adaptados a las nuevas necesidades, unas condiciones mínimas de viviendas adaptadas, etc., aspectos que suelen ser más deficientes en las sociedades tradicionales.

Riegel,⁴⁹ propone el Modelo dialéctico – contextual que parte del supuesto de considerar al individuo como un organismo vivo, activo, cambiante, en interacción continúa con un entorno también activo y cambiante. El sujeto se ve influenciado por la sociedad donde vive, por la familia donde nació, por el lugar que fue testigo de sus juegos infantiles y aunque el tiempo y por ejemplo, las transformaciones urbanísticas hagan irreconocibles los lugares, y los edificios de nuestra esquina preferida ya no estén, o aquellos árboles de una plaza... en el corazón de esa persona mayor perdurará por siempre esa imagen, así posiblemente el éxito esté en no olvidar.

Por su parte el Modelo de Rowe y Kahn⁵⁰ intenta valorar de forma práctica lo que ellos denominan envejecimiento con éxito, entendido como el logro de un envejecimiento con éxito, entendido como el logro de un envejecimiento positivo, el cual no sólo se limita a la vejez, sino también a la evaluación que hace la persona a lo largo de toda su vida. Tiene tres componentes básicos (evitar la enfermedad e incapacidad, conservación de la capacidad cognoscitiva, compromiso activo con la vida).

Erikson,⁵¹ en su modelo de reintegración o desesperación plantea el proceso de integración versus desesperación como una de las principales crisis del ser humano, un reto cuyo mayor problema radica en el miedo, miedo a la dependencia económica, miedo al deterioro de la salud, miedo a la falta de apoyo familiar y

social, etc. Así las personas que han alcanzado la integridad del ego sienten que su vida tiene un significado y paradójicamente, este sentido de la importancia personal les va a permitir captar su insignificancia en la vida y la cercanía de la muerte.

En relación a la variable estilos de vida , entendido en todas las literaturas como la forma de vivir de las personas y que estas deben ser medidas en varias dimensiones para ser catalogadas como tal, ejemplo la dimensión nutrición o alimentación, actividad y ejercicio, responsabilidad en salud, autorrealización, manejo del estrés y apoyo interpersonal.

En los resultados observados se puede evidenciar que los estilos de vida en los adultos mayores del CAM y los adultos mayores del programa de HTA del Hospital II- Essalud Huaraz mantienen estilos de vida saludables, explicado porque en ambos programas se fortalecen actividades que promuevan una alimentación saludable, desde las charlas demostrativas de preparación de alimentos adecuados y saludables. Este programa está dirigido por un equipo de salud llamado Medicina Complementaria, integrado por Médicos, Enfermera, Psicólogos, además este equipo no trabaja solo alimentación , además brinda talleres de relajación, recreación, como el Tai-chi, Musicoterapia, Acupuntura, Armonización, etc.

Lo mismo sucede en el Centro del Adulto Mayor que tiene actualmente once talleres dirigido a mantener una vida activa y feliz en el adulto mayor, los talleres son: taller danza, taichí, aeróbicos, coro, teatro, computación, tejido, deporte, música, Macramé y turismo social que es un espacio que los motiva a viajar a nivel nacional, local e internacional promoviendo ambiente de integración, amistad, entre todos sus integrantes.

Estudios con resultados diferentes a los obtenidos es el realizado por Murillo, L. “Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto del centro poblado menor Yarada Baja. Tacna, 2013”⁵². Donde casi la totalidad de los adultos presentan un estilo de vida no saludable, siendo en menor porcentaje los que presentan un estilo de vida saludable.

Otro estudio con resultados diferentes es el realizado por Fiestas, S. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta en el asentamiento humano 04 de Octubre Piura, 2012”⁵³. Se llegó a las siguientes conclusiones: La mayoría de mujeres adultas del Asentamiento Humano 04 de Octubre – Piura presentan un estilo de vida no saludable y un menor porcentaje un estilo de vida saludable.

Resultados también diferentes es el obtenido por Loja, Y. “Estilos de vida y factores biosocioculturales en la persona adulta. Asentamiento Humano Miraflores Alto-Chimbote, 2013”⁵⁴. Donde obtuvo que la mayoría de las personas de este asentamiento humano presentan un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo saludable.

A nivel local un estudio con resultados diferentes a lo obtenido es el realizado por Nuñez, M. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del distrito de Huasta Bolognesi, 2015”⁵⁵. Los resultados obtenidos muestran que: la mayoría de los adultos tienen un estilo de vida no saludable y menos de la mitad tienen estilos de vida saludables.

Resultados similares es el realizado por Pajuelo, R. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Caserío de Pavas- Sector Pavas- Caraz, 2012”⁵⁶. Conclusiones: la mayoría de los adultos presentan un estilo de vida saludable y un mínimo porcentaje tienen un estilo de vida no saludable.

El estilo de vida puede ser saludable como aquel comportamiento que promueve un desarrollo óptimo y gratificante, que ayuda a prevenir desajustes biopsicosociales – espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Algunos de estos estilos de vida saludables podrían ser: 1) Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción; 2) Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad; 3) Brindar afecto y mantener la integración social y familiar; 4) Capacidad de autocuidado; 5) Ocupación del tiempo libre y disfrute del ocio; 6) Nutrición e higiene adecuada; 7) Seguridad económica; etc.^{6,57}

Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud, disminuyendo el riesgo, entre otras cosas, de enfermarse. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.⁵⁸

Sin embargo también un estilo de vida puede ser no saludable, o llamado también poco saludable o nocivo, es la conducta de riesgo que adopta el individuo, incrementando la posibilidad de padecer lesiones y/o enfermedades. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc.⁵⁹

Los estilos de vida no saludables contribuyen a la degeneración de la salud. Hoy es claro que la gente enferma fundamentalmente por lo que hace. La conducta se ha ido convirtiendo poco a poco en el elemento explicativo de la salud y de la enfermedad. Poco a poco se ha cambiado de las enfermedades infecciosas a las enfermedades de la civilización, a las enfermedades causadas por los comportamientos inadecuados.⁶⁰

Los resultados también muestran la relación entre el autocuidado y el estilo de vida de los adultos del CAM Essalud- Huaraz y los adultos mayores del Programa de HTA del Hospital II Essalud- Huaraz, encontrándose para el primero que no hay relación estadísticamente significativa entre autocuidado y estilo de vida y en el segundo si se encontró relación estadísticamente significativa.

Resultados similares son lo reportado por Linares, L. C. “Estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor hipertenso. Essalud Hospital I Cono Sur Nuevo Chimbote, 2006”⁶¹. Se reporta como resultados que el 60,87% de los adultos mayores hipertensos presentan un estilo de vida favorable y un buen nivel de autocuidado, que el 39.13% de adultos mayores hipertensos tienen un estilo de vida desfavorable y un buen nivel de autocuidado. Donde podemos observar que los adultos mayores hipertensos tienen un buen nivel de autocuidado, independiente a cual sea su estilo de vida.

Otro estudio similar es el realizado por Morales, M. “Estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor hipertenso. Essalud Hospital III. Chimbote, 2006”⁶². Llegando a las siguientes conclusiones: El 50.6% de los adultos mayores hipertensos mantienen un nivel de autocuidado bueno, mientras el 49.4% un nivel de autocuidado regular. El 59,1 % de la muestra tiene un estilo de vida favorable, seguido de un 40,9% con estilo de vida desfavorable. Así mismo, se encontró una relación significativa entre las variables de estudio.

Resultados similares fueron presentados por Rodríguez, M. “Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del Policlínico -El Porvenir, 2010”⁶³. Los resultados fueron los siguientes adultos con hipertensión arterial el 2% presentaron un nivel de autocuidado bajo, el 40% un nivel de autocuidado medio, el

58% presentaron un nivel de autocuidado alto. Y el 6% presentaron un nivel de estilo de vida inadecuado, el 94% presentaron un nivel de estilo de vida adecuada. Y al relacionarlos ambas variables los resultados fueron el 100% (2) adultos presentan un nivel de autocuidado bajo y un nivel de estilo de vida inadecuado; el 92.5% (37) adultos presentan un nivel de autocuidado medio y un nivel de estilo de vida adecuada; el 98.3% (57) adultos presentan un nivel de autocuidado alto y un nivel de estilo de vida adecuada. Además presenta un valor Chi cuadrado = 31.99 con una probabilidad de 0.00 siendo está altamente significativa es decir que existe relación significativa.

Otro resultado similar es el realizado por Orbegoso, A. “Estilo de vida y Prácticas de autocuidado para la prevención de la enfermedad renal en el padre y/o tutor adulto joven del Centro Educativo Privado Ciencia y Arte de la Ciudad de Trujillo-2012”¹⁴. Los resultados evidenciaron que el 69% de los padres y/o tutor adulto joven presentan estilo de vida no saludable, sin embargo el 31% tiene estilo de vida saludable, el 49% tienen buenas prácticas de autocuidado y el 51% tiene malas prácticas de autocuidado. Al relacionar ambas variables se concluye que los estilos de vida y las prácticas de autocuidado tienen relación significativa (valor-p < 0.01). Para poder entender mejor el por qué los adultos mayores pueden adoptar prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables o no saludables se ha revisado teoría que explica lo que llamamos adhesión al tratamiento, porque explicar este punto pues los adultos mayores del Programa de HTA reciben un tratamiento mensual para su problema de salud y el adulto mayor del CAM no necesariamente, pero la vejez como indica la teoría implica el padecer ya algún problema de salud lo que lo condiciona a que también pueden estar recibiendo tratamientos “x”.

En los últimos decenios hemos sido testigos de importantes cambios en el área de salud. La comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de muchas enfermedades, el desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos, el mejoramiento del acceso a los servicios sanitarios, así como el desarrollo y consolidación de programas de promoción y educación para la salud y prevención de las enfermedades, son sólo algunos de esos cambios. Entre las consecuencias de estos avances figura el aumento de la expectativa de vida en la población mundial y, con ello, una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y sistémicas que típicamente aparecen en la adultez media y cuyos efectos deletéreos se acentúan con el proceso de envejecimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), el grupo de los adultos mayores se caracteriza por la presencia de múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos y complejos, consumiendo 50% de los medicamentos prescritos en los países en desarrollo. Esta situación está, además, íntimamente relacionada con el consumo crónico de medicamentos y la polifarmacia. Lo que es especialmente grave al considerar que entre 76 y 90% de las personas de edad avanzada consumen, en promedio entre 1,7 y 2,6 medicamentos a diario.⁶⁴

Expongo la presente como una situación planteada e ineludible el compromiso, por parte de quienes trabajan con adultos mayores, de comprender los diversos aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud y la calidad de vida así como el tratamiento de las enfermedades, entre ellos el COMPORTAMIENTO ADHERENTE, que explicaría la influencia de este tipo de comportamiento en el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores.⁶⁴

La evolución del modelo médico de una postura paternalista a uno que considera a los pacientes como aliados en la toma de decisiones sobre sus enfermedades, ha tenido su impacto en la conceptualización del comportamiento adherente.

Haynes, Taylor y Sackett ⁶⁵, definieron el cumplimiento del tratamiento como el grado en el cual el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico o de salud, en términos de ingesta de medicamentos, seguimientos de dietas, o ejecución de cambios en el estilo de vida. Posteriormente y desde la perspectiva de las ciencias sociales, surge el término de adherencia, el cual resalta la importancia de una colaboración activa y voluntaria por parte del sujeto. Di Matteo, Lutfey y Wishner refieren que el término involucra más el derecho del paciente a la autodeterminación en relación con su tratamiento, que el de cumplimiento.

Por otra parte, se acuñó el término de CONCORDANCIA, que se define como un acuerdo logrado después de una negociación entre el paciente y un profesional de salud, que considera las creencias y deseos del paciente sobre si va a seguir las indicaciones, además de cuándo y cómo van a ser seguidas. ⁶⁶ Otros autores han destacado que la concordancia implica acuerdo y confianza, ⁶⁷ enfatizando así la importancia de la relación entre el paciente y el personal de salud.

Es importante aclarar que si bien el concepto de concordancia parece ser el más apropiado, incluso en términos bioéticos, su aplicación está restringida a los pacientes con compromiso cognitivo, o que padecen enfermedades contagiosas potencialmente fatales. ⁶⁸. A pesar de la diatriba conceptual, en la literatura internacional los términos adherencia y cumplimiento son utilizados indistintamente.

Partiendo de los conceptos anteriores podemos decir que el COMPORTAMIENTO NO ADHERENTE se expresa en una o más de las siguientes conductas: la omisión del medicamento, la toma de un medicamento diferente al indicado, la alteración de la dosis indicada, el cambio de horario de la medicación, la ingesta de fármacos con alimentos prohibidos u otras medicinas contraindicadas, la automedicación, la inasistencia a las consultas programadas y el mantenimiento de hábitos no saludables.

En función de los comportamientos previos se han descrito diversas categorías del incumplimiento, las cuales son aplicables cuando el profesional de salud ha podido hacer un seguimiento del comportamiento del paciente. Los más relevantes son: incumplimiento parcial (paciente se adhiere al tratamiento por momentos), incumplimiento esporádico (se incumple de forma ocasional por olvido o temor a efectos adversos), incumplimiento secuencial (se abandona cuando el paciente se siente bien y se retoma cuando reaparecen los síntomas), incumplimiento completo (abandono del tratamiento en forma indefinida), incumplimiento de bata blanca (el incumplimiento se incrementa los días previos y posteriores a la visita del profesional de salud), vacaciones terapéuticas (no cumple su tratamiento al menos por un día y luego lo retoma, suele ser frecuente en periodos de vacaciones o celebraciones), incumplimiento clínico y sub clínico (acuñado para el caso específico de pacientes transplantados , cuya falta de adhesión puede o no generar síntomas tales como el rechazo del órgano o no evidencia aún efectos adversos), incumplimiento inteligente (aplicado a situaciones en las cuales la falta de cumplimiento mejora la salud del paciente), incumplimiento intencional y no intencional (en el primero el paciente decide conscientemente no seguir el consejo

del personal de salud; en tanto que en el no intencional el paciente, por alguna razón, es incapaz de seguir el tratamiento).

Reportes de estudios latinoamericanos indican que la prevalencia de incumplimiento en adultos mayores hipertensos es de 78,4% en Chile, 59% en Colombia y 48% en Argentina. En Venezuela en un estudio las cifras de incumplimiento variaron desde 37% para el seguimiento de las sugerencias nutricionales, hasta 67% para la realización de ejercicios físicos.

Como se ha observado que existe un largo listado de comportamientos que son considerados no adherentes; esta situación ha generado a su vez un amplio número de métodos para evaluarlos. Se clasifican en métodos objetivos y subjetivos. Los primeros proporcionan evidencia de que el paciente ha estado tomando los medicamentos y los segundos reflejan la conducta adherente del paciente, así como sus conocimientos y creencias sobre la enfermedad. Además existen variables moduladoras de la adhesión en adultos mayores como son: variables relacionadas con las características del paciente, variables relacionadas con el tratamiento, variables relacionadas con el personal de salud y la familia.

Existen estrategias que mejoran la adhesión al tratamiento que es tan amplia como la cantidad de comportamientos no adherentes y sus variables asociadas. Atrejan (2005), clasifica las intervenciones en cinco grupos identificados por sus siglas en inglés como SIMPLE (Simplifica las características del tratamiento, Impartir conocimiento, Modificar las creencias del paciente, Comunicación con el paciente, Evitar los sesgos, evaluar la adhesión).

Finalmente la OMS (2004) también destaca que las complicaciones médicas y psicológicas derivadas de la falta de adherencia reducen la calidad de vida de los

pacientes e incrementan la probabilidad del desarrollo de resistencia a ciertos medicamentos.⁶⁴

Por tanto podemos resumir que el autocuidado en los adultos mayores hipertensos tiene relación estadísticamente significativa explicado desde el comportamiento adherente pues son ellos los que padecen de algún mal como la Hipertensión Arterial lo cual lo condiciona para que sea un poco más estricto en el cuidado de sí mismo , el grupo de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor tuvieron resultados de no relación entre el autocuidado de su salud con el estilo de vida probablemente porque ellos acuden al CAM sobre todo para poder disipar sus tristezas, poder romper la soledad que les afecta producto de la distancia de sus familiares, de la viudez en muchos de ellos, entre otros motivos, no siendo necesariamente que su estilo de vida sea saludable o no saludable.

VI. CONCLUSIONES

- La mayoría de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) de Essalud Huaraz tienen adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.
- La mayoría de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II- Essalud Huaraz adecuado cumplimiento en los requisitos de autocuidado.
- La mayoría de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud Huaraz tienen estilos de vida saludables.
- Más de la mitad de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud Huaraz tienen estilos de vida saludables.
- No existe relación significativa entre el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud - Huaraz.
- Existe relación significativa entre el autocuidado y el estilo de vida de los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz.
- No existe diferencia entre ambas poblaciones en sus niveles de autocuidado de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud- Huaraz y los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- Huaraz.
- Existe diferencia en sus niveles de estilos de vida entre las poblaciones de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud -Huaraz y los adultos mayores del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Essalud- ,Huaraz.

VII. RECOMENDACIONES

- Para las instituciones de salud implementar espacios dirigidos por un equipo multidisciplinario de salud abocados a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores y enseñar a cada uno de ellos el autocuidado para llevar una vejez con éxito.
- Utilizar y mejorar el modelo utilizado por Essalud dirigido a adultos mayores pues los resultados muestran que sus estilos de vida y autocuidado son adecuados y positivos en esta etapa de la vida.
- A las instituciones Gobierno Regional, instituciones Municipales, instituciones formadoras de profesionales mantener una comunicación estrecha y proyectar e implementar los programas dirigidos a los adultos mayores pues las estadísticas muestran que nuestra población adulta mayor está incrementándose.

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OPS. La Salud de los Adultos Mayores. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2da. Ed. Washington D.C. 2011.
2. Ministerio de Salud “Lineamientos para la dirección general de las personas adultas mayores” 2005. [Serie Internet] [Citado el 2011 Abril 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontología/minsa/pdf/lineamientos.pdf>
3. Taylor, S. Dorothea E. Orem,” Teoría del déficit de autocuidado”. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: El sevier; 2007., p. 267-295.
4. Maya, L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. [Monografía en Internet] [Citado el 2011 Junio 04]. [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde el URL:
http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf.
5. Achurry, D; Sepúlveda, G; Rodríguez, S. (5), en su tesis sobre “Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial, Bogotá, 2009.
6. Rivera, D. Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta en el A.H. Túpac Amaru I-Piura, [tesis para optar el título de enfermería] Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2012.
7. Torres,R. Autocuidado en una Comunidad Cristiano-protestante Valdivia- Enero 2010-Noviembre- Chile, [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería] Chile: Universidad Austral de Chile, 2011.

8. Cardenas, L y Flores, Y. Capacidades de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.[Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] México: Universidad Veracruzana, 2010.
9. Manrique, D. Nivel de Conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C. S. Conde de la Vega Bajo, Lima. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010.
10. Rivera, L y Díaz, L. Relación entre la capacidad de Agencia de Autocuidado y los factores de riesgo Cardiovascular de la Clínica Country, La Paz, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería], Bolivia: Universidad de la Paz, 2007.
11. Pardo, M y Núñez N. Los estilos de vida y salud en la mujer adulta. Revista en internet].Colombia; 2008[Citado2010Ago.13]. [20páginas].Disponible en URL:<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74180212.pdf>.
12. Cid P; Merino J y Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. [Revista en internet].Chile; 2006.[Citado 2010Ago. 13].[1pantalla].Disponible en: [http?pid=S003498872006001200001 &script=sci_arttxt](http?pid=S003498872006001200001&script=sci_arttxt).
13. Espinoza, L. Calidad de vida [Artículo en Internet]. Argentina. [citado 2012 dic. 10]. Disponible en URL: <http://www.mitecnologico.com/main/calidad De Vida>.
14. Orbegoso, A. Estilos de Vida y Prácticas de Autocuidado. [tesis Trujillo 2012], [citado 22 setiembre 2013]. Disponible en URL:

<http://www.monografía.com/trabajos96/estilos-vida-vida-y-practicas-autocuidado-shtml#resumenIIIXZZZff7>.

15. Mendoza, S. Factores Biosocioculturales y Auto cuidado en el Adulto Diabético del Hospital III. Essalud. [Tesis en Interne] Chimbote; 2007. [Citado 2010 Ago. 1 Disponible en URL:http://www.uladech.edu.pe/ebuladech/demi/compendio_enfermeria.htm.
16. Polanco,K. y Ramos, L. Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta de la Comunidad Señor De Palacios. Ayacucho Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Piura, Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
17. Tineo, L. Estilos de vida de los Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Jorge Reátegui Delgado Essalud [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura; 2008.
18. OMS. Autocuidado. [Monografía de Internet]. [Citado 2013 set.10]. Disponible en URL: www.safyb.org.ar/wp/oms-autocuidado/.
19. Larry, C. Coopler y colaboradores. Módulo I de Educación a Distancia. Diplomado en Enfermería Geriátrica .Universidad de Trujillo ,2013.
20. Tejera, J. Situación de un problema de salud por Marc Lalonde. [Monografía de Internet]. [Citado 2010 Ago. 19] [2 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.monografías.com/trabajos56/situación-salud/situación-salud.shtml>.
21. Bibeaw,L. Los estilos de vida saludables: componentes de la calidad de vida. “[citado 2010 Ago.20]. [5 páginas]. Disponible en URL: [http//](http://)

www.insp.mx/portal/centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf.

22. Maya, S: Los Estilos de Vida Saludables. Componente de la Calidad de Vida [Documento de Internet] Colombia. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio. 2001. [Citado el 2011 Junio 04] [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde URL: www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm.
23. Buenas tareas. Promoción de la salud: Nola Pender [Ensayo en internet]. [Citado 2010 Ago. 22]. [Alrededor de 7 pantallas]. Disponible en [URL:http://www.buenas_tareas.com/ensayos/Ensayo-Promoción-De-La-Salud/16035.html](http://www.buenas_tareas.com/ensayos/Ensayo-Promoción-De-La-Salud/16035.html).
24. Alimentación y nutrición. [Portada en internet]. 2009. [Citado 2010 Ago. 22]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://lacocinavarra.lacoctelera.net/post/2009/01/25/alimentacion-y-nutricion-definicion>.
25. Licata, M. La actividad física dentro del concepto salud. [Portada en internet]. 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>.
26. Estefanero, Y. Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal - [Tesis en internet]. Lima; 2006 [Citado 2010 Ago. 21]. [101 páginas]. Disponible en URL: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:v7Ka8Snhq0J:www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/estefanero_cy/pdf/estefanero_cy.pdf+Estilos+de+vida+de+mujeres+en+la+etapa+posmenop%C3%A1usica+en+el+Instituto+Nacional+Materno+Perinatal&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEESjtZgtnwzXxYP9UQxNt9f_sc0f6EpoXhb

i7kSxKo0JLV66VZSxJ6zwzTRdPdIPO21fBa269T2Vt1AFFRtsFazvLicd0w
VcAeOY56jXQFCD4SEHhUTFtsg86gAMWi5AudEY9zQ&sig=AHÍtbRfc8
LZor4vlAckvkOWO28

27. Pinedo, E. Estilo de Vida, Factores Socio demográficos y Bienestar Percibido en Asegurados Hipertensos [Tesis para optar el grado de maestra en enfermería con mención en salud familiar y comunitaria]. Trujillo: Gerencia Departamental La Libertad del Instituto Peruano de Seguridad Social. 1998.
28. Lopategui, E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. 2000. [Citado 2010 Ago. 26]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
29. Marriner, A y Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería Ed. Mosby; 5 ed. Barcelona.2003.
30. Essalud. Los Centros del Adulto Mayor Como Modelo Gerontológico Social. La Experiencia de Essalud. Lima, Perú.2012.
31. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores. Dirección General de la Salud de las Personas. Lima, 2006.
32. Becoña, E. Vásquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de Estilos de Vida Saludables. En: Investigación en Detalle N° 5. Colombia.
33. Polit, D. y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana –Mc. Graw-Hill; 4ta ed. México 2000.
34. Hernández, R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.

35. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/en desarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>
36. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. Edit. Limusa, 20a. Reimpresión. México. 2004.
37. Dawson, B. Bioestadística Médica. Manual Moderno. España. 4ta. Ed. 2005.
38. Instituto Nacional de Salud. Red Nacional de Bioética. Perú. Minsa. [en internet][acceso enero 2016].
Disponible en: <http://renabip.org/inicio/creacion/204-red-nacional-de-bioetica-renabip>.
39. Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet].2008.[citado 2014.sep 13] [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm.
40. Millan, M. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, Cuba, 2010. Revista Cubana de Enfermería.[en internet].[acceso feb.2016]. 26(4): 1561-62.
41. Garcilazo, M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las Actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de San Juan de Miraflores, 2014. [acceso en internet] 2014 [citado 2016.enero 10] [tesis para Obtener el grado de Licenciado en Enfermería]. UNMSM. Lima. Perú.
Disponible en: URL:<http://Alicia.concytec.gob.pe/vufind/search/Results?>.
42. Cruzado, K. Nivel de información y autocuidado del policia adulto maduro con hipertensión arterial. Comisarias del distrito de Trujillo, 2014. [Acceso en internet] 2014 [citado enero 2016] [tesis para obtener el grado de Licenciada

Enfermería]UNT.Trujillo.Perú.http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIT_e2f67a68f0a4d6270c8c9fb745bf115a

43. Rubio, R. ¿cuándo comienza la dependencia en el mayor? .Geriatrka, 2003. 19 (9-10), 11-18.
44. Lerner, R. Developing individual within changing contexts: Implications of developmental contextualise for human development, research, policy and programs in T.A. kindermann and J. Valsiner (Eds) Development of person-context relations. Hillsdale, Nj Lawrence Erlbaum.1995.
45. Maslow, A. Motivation and personality. 2da. Ed. New York. 1970. Harper and Row.
46. Salthouse, T. Teorías del conocimiento. Betson y K.W. Ediciones Shace. New York. 1999. 196-208.
47. Brandtstadter y Greve, W. the aging self: stabilizing and protective processes. Developmental. Review.1994. 14 (1-29).
48. Baltes, M y Reichert, M. Successful ageing: the product of biological factors, environmental quality, and behavioural competence In George, J and Ebrahim, S (Eds) Health care for older women.1992. Oxford University Press. 236-256.
49. Riegel, R. Estudio sobre los posibles selves en jóvenes adultos y ancianos españoles. Serie Kassel. Madrid: Editorial Síntesis Psicología.1993
50. Rowe, J. y Kahn, R. Successful Aging. The Gerontologist, 1998. 37 (4), 433-440.
51. Erickson, E. Reflections on Dr. Borg's life cycle. In Erikson, E. (Eds). Adulthood. New York, Norton.

52. Murillo, L. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto del Centro Poblado Menor Yarada Baja. Tacna, 2013. [acceso en internet]. [enero 2016] [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Uladech Católica. Tacna. Perú. Disponible: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032824>
53. Fiestas, S. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta en el asentamiento humano 04 de Octubre - Piura, 2012. [en internet] [enero 2016]. Uladech Católica. Piura. Perú. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033190>
54. Loja, V. Estilos de vida y factores biosocioculturales en la persona adulta. Asentamiento humano Miraflores Alto - Chimbote, 2013. [en internet] [enero 2016] [Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería] Uladech Católica. Chimbote. Perú. Disponible: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual?ejemplar=00000037257>.
55. Nuñez, M. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del distrito de Huasta - Bolognesi – 2015. [en internet] [enero 2016] [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Uladech Católica. Huaraz. Perú. Disponible: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035533>
56. Pajuelo, R. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Caserío de Pavas, Caraz. Tesis para optar el título Profesional de Licenciado en Enfermería. ULADECH- Católica. Huaraz. 2012.

57. Valdez, A. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Distrito de Taricá, Huaraz”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. ULADECH Católica. Huaraz, 2014.
58. Moreno, M. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del distrito de Corongo - Áncash, 2012. [en internet] [enero 2016] [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Uladech Católica.Huaraz.Perú.Disponible:<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035395>
59. Gamarra, R. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Centro Poblado de Carcas- Bolognesi- Ancash. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. ULADECH-Católica. Huaraz. 2013.
60. Lino, N. Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Barrio Los Olivos, Sector “O”, Huaraz, 2013. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Uladech Católica. Huaraz. Perú.
61. Linares I. Estilo de vida y Autocuidado en el adulto mayor hipertenso. Hospital I Essalud Cono Sur Nuevo Chimbote, 2006. [en internet] [enero 2016] [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Uladech Católica. Chimbote. Perú.Disponible:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021493/20140317113552.pdf>.
62. Morales,M; Portilla M. Estilo de Vida y Autocuidado en el adulto Mayor hipertenso. Essalud Hospital III. [en internet] [enero 2016] [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. 2006. Uladech Católica. Perú.

Disponible:<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021493/20140317113552.pdf>.

63. Rodríguez, N. Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto hipertenso en el Policlínico El Porvenir.2010. [en internet] [febrero 2016]. [trabajo de investigación] 2011. Trujillo. Perú. Disponible en: <http://documents.mx/documents/nivel-de-autocuidado-y-estilo-de-vida-del-adulto-con-hipertension-arterial-del-policlinico-el-porvenir-2010.html>
64. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Washington, Dc.2004.
65. Haynes, R; Taylor, D; Sackett, D. Compliance in heart care. Baltimore: Jhon Hopkins University Press. 1976.
66. Marinker, M. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society, Merck, Sharp and Dohme.1997.
67. Fox, R. Compliance, Adherence, Concordance, Circulation, 1998. 97: 127.
68. Milburn, H; Cochrane, G. Consultant Physician. Treating the patient as a decision maker is not always appropriate. Brithish Medical Journal. 1997. 314-1905.

ANEXOS

ANEXO N° 01

ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO, ERA V1.0

Juan Fco. Roldán et al. SEGÚN TEORÍA DOROTEA OREM

Presentación

La presente investigación es realizado para fines estrictamente académicos por un alumno del Doctorado de Enfermería, para lo cual le solicito responder con total veracidad y claridad, para ello debe marcar con un aspa en a respuesta que considere es la que corresponde a la actividad que usted realiza. Agradezco por anticipado su participación y colaboración.

FECHA:

SEXO: F () M ()

FACTOR 1- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I, II, III:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos

- 1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria**
 - Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o subir más pisos si mostrar signos de fatiga respiratoria.
 - Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.
 - Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso).
 - Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama).
 - Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
- 2. En caso de personas fumadoras ¿Con qué frecuencia consume tabaco?**
 - No consume
 - Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas).
 - Consume menos de 5 cigarrillos al día.
 - Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.
 - Consume más de 20 cigarrillos al día.
- 3. ¿Ingiera la persona un aporte adecuado de líquidos?**

Se considera un aporte adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida).

 - Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.

- Casi siempre bebe entre 1 y 2 de líquidos al día.
- Entre 0,5 – 1 litros o menos de 2,5 – 3 litros.
- Casi diariamente bebe más de tres litros.
- Bebe diariamente más de tres litros.

**4. ¿ Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?.
(Conoce diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas).**

- Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.
- Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas (clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
- Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
- Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
- Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

5. ¿ La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?.

Se valorará si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica

- Siempre es muy adecuada
- Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada:” solo un día a la semana realiza una ingesta inadecuada”.
- La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas adecuadas.
- La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas.
- La cantidad de alimentos ingerida es muy inadecuada:” cada día realiza ingestas inadecuadas”.

6.- ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para prepararse la comida cuando precisa?.

- Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa.
- Sólo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado, aunque normalmente se prepara desayuno, comida y cena.
- Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo ensaladas o comidas precocinadas.
- Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida, aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa.
- No dispone de conocimientos para preparar comida y no se prepara ninguna.

FACTOR 2- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO IV:

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

7.-¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?.

- Tiene control total de los esfínteres.
- Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.
- Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante.
- Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente).
- Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche día.

8- ¿ Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?.

- Manifiesta que durante los últimos meses evacúa según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial.
- Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de dos ocasiones) de constipación o alguna molestia durante la defecación.
- Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes aunque si precisa hacer dieta rica en fibra Y /o practicar ejercicio regularmente.
- Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal, como hemorroides, etc.
- Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes, o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides, etc.

FACTOR 3- RESQUISITOS DE AUTOCUIDADO V:

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

9- La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable

(Limpieza del hogar-barrer el suelo, limpiar el polvo, fregar. Comprar, cocinar, cuidado de la ropa poner lavadoras-planchar).

- Sabe cómo realizar todas las tareas domésticas.
- Sabe realizarlas casi todas.
- Sabe realizar alguna de ellas
- No sabe realizar casi ninguna
- No sabe cómo realizar ninguna

10- La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable

- Diariamente
- Casi diariamente
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- No las realiza

11- Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.

- Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad que se le tenga que recordar).
- Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
- Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades y solo realiza algunas.
- No las realiza incluso recordándoselas.

12-¿ Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar?.

(Trabajo, pre-laboral, centro de día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas).

- Siempre las cumple
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- No las cumple

13-¿ Grado de motivación de las actividades fuera del hogar?

(Trabajo, pre-laboral, centro de día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas.)

- Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.
- Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar).
- Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.
- No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).
- No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.

14-Hábito de sueño-reposo.? Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener sueño reparador?.

- No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6 a 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).

- Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 a 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansando bien).
- En ocasiones tiene dificultades para conciliar y /o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.
- Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien y la compensa durante el día.
- Siempre tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano. Duerme un exceso de horas (14 o más horas).

FACTOR 4- REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI:

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

15- Grado de interacción social:

Valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,. (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas..).

- Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos)
- Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
- Mantiene contactos con alguna dificultad, los mantiene únicamente con personas muy significativas (familia o personas con las que convive).
- Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.
- Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.

16- Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción)

La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.

- La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
- La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por algunos de sus familiares, amigos y otras personas del entorno.

- La persona, en algunas ocasiones, se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
- La persona siempre se siente incomprendida, infravalorada y poco apoyada por la mayoría de sus familiares, amigos y otras personas del entorno.
- No sabe evaluar las relaciones sociales.

17- ¿Tiene la persona dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja?.

- Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones (contactos periódicos con varias personas. Por ejemplo: llamadas telefónicas, encuentros).
- Mantiene sin cierta dificultad las relaciones (contactos periódicos con varias personas. Por ejemplo: llamadas telefónicas, encuentros).
- Mantiene con muchas dificultades (contactos esporádicos con una sola persona).
- Le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones).
- Evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas).

FACTOR 5- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO VII:

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

18- La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes.).

- Se asea diariamente de manera adecuada, de forma autónoma.
- Casi diariamente se asea de manera adecuada, de forma autónoma.
- Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.
- Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.
- Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener hábito de higiene adecuado.

19- ¿Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar?

- Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
- Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar
- Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante
- Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.
- Vestimenta sucia y muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante.

20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente.

- Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.
- Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
- Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.
- Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación correctamente y es incapaz de solicitar ayuda.
- No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

21- Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico

- Siempre lo cumple de forma autónoma; dosis, horario de las tomas.
- Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión.
- Acepta pasivamente la pauta prescrita.
- Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.
- Nunca lo cumple. Abandono del tratamiento.

22- Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento.

- Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.
- Casi siempre acude pero en ocasiones necesita supervisión.
- Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.
- Casi nunca acude a las visitas de seguimiento, estrecha supervisión.
- Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.

23- ¿Consumen la persona sustancias tóxicas?.

(Se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias).

- No consume ninguna sustancia
- No consume, pero con anterioridad ha consumido puntualmente
- Consume puntualmente
- Consume casi diariamente
- Consume diariamente

24- ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas?

(Se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias).

- La persona reconoce todos los riesgos
- La persona reconoce casi todos los riesgos
- La persona no reconoce casi ninguno
- La persona no reconoce ninguno
- Considera positivo el consumo de tóxicos

25- ¿Consumen la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, té, red-bull)?

- La persona no consume bebidas excitantes
- Consumo leve (entre una y dos bebidas excitantes).
- Consumo moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes)
- Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes)
- Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).

26- El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

- Tiene los conocimientos
- Tiene casi todos los conocimientos
- Tiene algunos conocimientos
- No tiene casi ninguno
- No los tiene

27- Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

- Siempre los utiliza o utilizará
- Casi siempre los utiliza
- En algunas ocasiones no los utiliza
- Casi nunca los utiliza
- No los utiliza nunca

28- ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?

(En una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico).

- La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria (ansiedad de 0 a 2)
- Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4)
- En algunas ocasiones interfiere (ansiedad de 5 a 6).
- Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
- Ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).

29- ¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas?

(En una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)

- Nunca (ansiedad de 0 a 2)

- Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).
- En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6)
- Casi siempre (ansiedad de 9 a 10)
- Siempre (ansiedad de 9 a 10).

30- ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?.

- Los maneja adecuadamente de forma autónoma.
- No tiene dificultades, puntualmente necesita ayuda.
- Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.
- Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua
- Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).

FACTOR 6- REQUISITO DE AUTOCAUIDADO VIII:

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

31- En general ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?.

(Satisfecho con su vida)

- Manifiesta sentirse siempre satisfecho.
- Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho.
- Manifiesta sentirse a menudo satisfecho
- Manifiesta sentirse en pocas ocasiones.
- Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho.

32- ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles?

(Dificultades con su día a día).

- Manifiesta no tener dificultades.
- Manifiesta tener pocas dificultades.
- Manifiesta tener bastantes dificultades.
- Manifiesta tener muchas dificultades.
- Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.

33- ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana?.

(Manifiesta dudas o temores excesivos)

- Nunca tiene dificultades.
- Casi nunca tiene dificultades.
- Algunas veces tiene dificultades.

- Casi siempre tiene dificultades.
- Siempre tiene dificultades.

**34- ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas?
(Celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad.).**

Def. de afrontamiento: proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intenta solucionarlos.

- Las afronta sin ninguna dificultad
- Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad
- Las afronta con bastantes dificultades.
- Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.
- Evita siempre las situaciones.

35- ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida?.

(Si los tuviera, recoger ejemplos)

- Está muy interesada o motivada
- Está interesada o motivada
- Está poco interesada o motivada
- No verbaliza ningún interés o motivación.
- Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas

ANEXO N° 02

ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado por: Díaz E.; Reyna, E; Delgado, R (2008)

N°	ITEMS	CRITERIOS			
ALIMENTACIÓN					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lea Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	N	V	F	S
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	N	V	F	S

15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACION					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el medico	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas	N	V	F	S

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NUNCA N = 1

A VECES V = 2

FRECUENTEMENTE F = 3

SIEMPRE S = 4

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario

N = 4 V = 3 F = 2 S = 1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

75 a 100 puntos saludable

25 a 74 puntos no saludable

ANEXO N ° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....acepto participar voluntariamente en el estudio de investigación titulado Autocuidado según “La Teoría de Doroteam Orem y estilo de vida de los adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor Essalud Huaraz, 2013 por lo cual doy fe que he sido informado del propósito, objetivos del presente estudio Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

Además si decido no continuar participando luego de firmar el presente documento estoy en la libertad de decidir continuar o no.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. La investigadora además se compromete que luego de obtener los resultados trabajará de manera activa para revertir los resultados negativos.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA:

.....