

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**“NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN
CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES, CHIMBOTE 2015.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA:

Bach. SARVIA AGAR WINDER MARROQUIN

ASESORA:

Dra. MARGARITA HUAÑAP GUZMÁN

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



V^o B^o

ASESORA
Dra. MARGARITA HUAÑAP GUZMAN

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR
REVISADO V°B°

Ms. YOLANDA RODRIGUEZ BARRETO

PRESIDENTA

Ms. LUZ FALLA JUAREZ

SECRETARIA

Dra. MARGARITA HUAÑAP GUZMAN

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A la persona que estuvo conmigo en todo momento, que me enseñó a ser mejor hija y persona, por darme tanto amor, sabiduría y seguridad. Te debo tanto que no podría describirlo.

A mi DIOS PADRE

Por ser la que me encamino y me ayudo a cumplir con mis metas, por su apoyo incondicional, por su amor y todas las cosas que no podría pagarte en una vida.

Gracias MAMI

A mis hermanas, por brindarme siempre su apoyo y cariño.

SARA y ABIGAIL

A esas personas que siempre han estado brindándome su cariño, apoyo y amistad incondicional, por estar conmigo en los buenos y los malos momentos.

Mis AMIGOS

Sarvia Agar

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial a mi asesora la Dra. Margarita Huañap Guzmán por brindarme su apoyo y conocimientos en la asesoría de mí tesis.

A mi prestigiosa alma mater la “Universidad Nacional del Santa”, que nos albergó durante nuestra formación profesional y en donde día a día experimente y afiance nuevos conocimientos.

A mis docentes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, por sus conocimientos; experiencias y enseñanzas para en mí formación académica y sus constantes consejos, sobre todo el apoyo en los momentos de dificultades.

A los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones, que participaron en esta investigación y a sus líderes por las facilidades brindadas para el desarrollo y ejecución de la presente tesis.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	32
III. METODOLOGÍA	43
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 RESULTADOS	54
4.2 DISCUSIÓN	66
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	75
5.2 RECOMENDACIONES	76
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	88

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.	54
TABLA N° 02 NIVEL DE AUTOCUIDADO FÍSICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015	56
TABLA N° 03 NIVEL DE AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.	58
TABLA N° 04 NIVEL DE AUTOCUIDADO EMOCIONAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.	60

TABLA N° 05 NIVEL DE AUTOCUIDADO ESPIRITUAL DEL **62**
ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE
ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES.
CHIMBOTE, 2015.

TABLA N° 06 NIVEL DE AUTOCUIDADO LABORAL DEL **64**
ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE
ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES.
CHIMBOTE, 2015.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA Nº 01	
NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015	55
FIGURA Nº 02	
NIVEL DE AUTOCUIDADO FÍSICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACION PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015	57
FIGURA Nº 03	
NIVEL DE AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.	59
FIGURA Nº 04	
NIVEL DE AUTOCUIDADO EMOCIONAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.	61

FIGURA N° 05 NIVEL DE AUTOCUIDADO ESPIRITUAL DEL **63**
ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA
DE ORACION PARA TODAS LAS NACIONES.
CHIMBOTE, 2015.

FIGURA N° 06 NIVEL DE AUTOCUIDADO LABORAL DEL **65**
ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA
DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES.
CHIMBOTE, 2015.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo y de corte transversal; tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado del adulto maduro de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones Chimbote 2015, la muestra estuvo constituida por 61 adultos maduros. La técnica aplicada fue la encuesta y la recolección de datos se realizó aplicando el instrumento: cuestionario para identificar el nivel de autocuidado del adulto maduro. El procesamiento y análisis de datos se realizó en el Software de Estadística: SPSS 23 en su nivel descriptivo. Se concluye que:

La mayoría de los adultos maduros 78,7% presentaron un nivel de autocuidado bueno y el 21,3% regular.

El 54,1% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado físico regular y el 45,9% bueno.

El 83,6% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado psicológico bueno, el 14,8% regular y el 1,6% deficiente.

El 91,8% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado emocional bueno, el 4,9% regular y el 3,3% deficiente.

El 95,1% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado espiritual bueno y el 4,9% regular.

El 98,4% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado laboral bueno y el 1,6% regular.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado, adulto maduro.

ABSTRACT

This research descriptive and cross-sectional; aimed to: determine the level of self-management partnership mature adult House of Prayer for All Nations Chimbote 2015, the sample consisted of 61 mature adults. The technique used was the survey and data collection was performed by applying the instrument: questionnaire to identify the level of mature adult self. The processing and analysis of data was performed in the statistics software SPSS 23 in the descriptive level. It is concluded that:

Most mature adults showed a 78.7% self-care level and 21.3% well regular.

The 54.1% of mature adults showed regular physical self-care level and 45.9% well.

The 83.6% of mature adults showed psychological level good self-care, 14.8% and 1.6% regular deficient.

The 91.8% of mature adults showed emotional self-care good level, 4.9% and 3.3% regular deficient.

The 95.1% of mature adults showed spiritual level good self-care and 4.9% fair.

The 98.4% of mature adults showed labor level good self-care and 1.6% fair.

KEYWORDS: Self-care, mature adult.

I. INTRODUCCIÓN

El MINSA define al adulto como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos; económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras (1).

El adulto maduro se encuentra aproximadamente dentro de los 25 a 54 años de edad. Durante esta etapa, la persona vive plenamente los roles sociales como lo es, el trabajo profesional y la formación de una familia junto a la pareja. Es el momento que puede mirar retrospectivamente hacia el pasado y reflexionar acerca de los logros y las metas que aún falta por cumplir. En esta etapa se alcanza la productividad y se consigue la autorrealización (2).

El adulto maduro pasa por varios cambios biológicos, a partir de los 30 años de edad se puede observar un declive en las funciones físicas y durante esta etapa comienza el envejecimiento, disminuye la fuerza muscular y la velocidad en los reflejos, aparecen las canas, calvicie y sequedad cutánea o arrugas. En ciertas partes del cuerpo se acumula tejido adiposo. Hay dolor, molestias y baja necesidad de ingestión calórica.

En la mujer, el cambio más importante es la menopausia que se da entre los 45 y 50 años de edad. Al acercarse esta etapa es posible que se produzca cambios en el período menstrual; sofocos en la cara, el cuello y el pecho, sudores nocturnos y problemas para conciliar el sueño que pueden causar tensión o nerviosismo; cambios vaginales como sequedad y tejido que se vuelve más delgado, además de dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia); y disminución de calcio en los huesos que puede causar osteoporosis. La pérdida de la capacidad de reproducción causa en algunas mujeres el mal carácter y falta de energía (3).

El hombre llega a la andropausia, donde disminuye la testosterona o bien la hormona masculina. La cantidad de espermatozoides disminuye así como la velocidad; disminuye el libido; hay cambios de humor y disminución concomitante de la actividad intelectual; también puede disminuir la fuerza y masa muscular, y la baja densidad mineral ósea genera osteoporosis. Algunos varones perciben cambios en el estado de la piel y deterioro de su estado general (4).

El adulto requiere satisfacer sus necesidades humanas, las cuales se manifiestan a través de conductas. Estas necesidades se encuentran presentes a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la homeostasis) hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados.

Para mantener estas necesidades en equilibrio y podernos desarrollar nace el autocuidado.

Según Orem, 2011, el autocuidado, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo (5).

La mayor parte de la población adulta, cumple una regla, a mayor edad, mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), más episodios de enfermedades agudas y un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población; por lo tanto ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor que la población general y un promedio más alto de estadías hospitalarias (6).

Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo común y modificable. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan una alimentación poco sana y la inactividad física. Cada año, como mínimo 2,6 millones de personas mueren como consecuencia del sobrepeso u obesidad; 4,4 millones de personas mueren como resultado de niveles

de colesterol total altos; 7,1 millones de personas mueren como resultado de una presión arterial alta (7).

Según la OMS las enfermedades no transmisibles (ENT) fueron responsables del 68% (38 millones) de todas las defunciones a nivel mundial en el 2012, por encima del 60% (31 millones) en el 2000 (6). Se previó que las defunciones por enfermedades crónicas aumentarían un 17% en un periodo de 10 años. Lo que significa que de los 64 millones de personas por fallecer en 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas, a menos que se tomen medidas urgentes (8).

En el Perú, según el MINSA, en el año 2011 las enfermedades neoplásicas fueron la principal causa de muerte (77,34 defunciones x 105 habitantes) en los adultos, seguidas de las lesiones y causas externas (62,97 defunciones x 105 habitantes) y de las enfermedades del aparato circulatorio (46,16 defunciones x 105 habitantes).

En relación a las causas específicas de mortalidad, en el 2011, las lesiones de intención no determinada fueron el principal diagnóstico relacionado con la muerte en este grupo (2037; 6,4%), seguido de la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (1875; 5,9%). Las infecciones respiratorias agudas bajas se registraron como diagnóstico de muerte en 1800 casos (5,6%). Las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares en conjunto sumaron

3019 casos (9,5%), y la diabetes con la enfermedad hipertensiva (5,5%) sumó 1770 defunciones (9).

Al respecto se han realizado las siguientes investigaciones que se relacionan con la variable en estudio:

A NIVEL INTERNACIONAL

En ESPAÑA, Querald A. (2005), estudió la intervención educativa sobre los autocuidados ante síntomas comunes y su impacto sobre la frecuencia a las consultas de un centro de atención primaria urbano, con el objetivo de conocer las características de los autocuidados que realiza la población ante síntomas comunes y analizar la influencia que las diferentes variables sociodemográficas tienen sobre ellos, como determinantes de actuación, así como observar la influencia que una intervención educativa tendría sobre la frecuencia a las consultas de atención primaria y sobre la corrección de las acciones de autocuidado. Concluyó que la edad, estado civil y sexo influyen en las actividades de autocuidado. Además, una intervención educativa sencilla sobre autocuidado en síntomas comunes no es significativa para disminuir las consultas a los centros de atención primaria, ni para mejorar las acciones ante estos síntomas (10).

En MEXICO, Balcázar H. y Solórzano S. (2006), en su estudio sobre las acciones de autocuidado del adulto mayor, observaron que

más de la mitad de la población en estudio no tienen una alimentación saludable debido a las necesidades económicas; la mayor parte de la población realiza alguna actividad física y en cuanto al descanso, la mayoría no recurre a ninguna actividad para poder conciliar el sueño. Concluyeron que el autocuidado representa la más eficaz de las alternativas para el logro del bienestar en el adulto mayor, y el mejorar su conocimiento en ello se traducirá en una población adulta más saludable (11).

En COLOMBIA, Benítez, C. y Pérez, C. (2006), estudiaron las prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja, con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado de los internos en el Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja, y la participación de éste en su cuidado durante el proceso salud-enfermedad, con el fin de formular una matriz de intervención en atención primaria en salud. Concluyeron que el 53% de los internos tiene insuficiente información del cuidado de su salud, lo cual representa una limitación ya que como Tulia María Uribe refiere “es condición para la promoción del autocuidado contar con cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber que dé lugar a intercambios y relaciones interindividuales”; de otro lado, el 36% tiene la información suficiente y el 11% restante no respondió (12).

En CHILE, Cid P.; Merino, J. y Stiepovich J. (2006), estudiaron los factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud con el objetivo de analizar el estilo de vida que promueve la salud (HLP) en una comunidad de Concepción y para identificar los factores personales que pueden ser predictores de tal estilo de vida. Los resultados mostraron que sólo el 52,2 % de la muestra tenían un estilo de vida saludable. Las variables de sexo, edad, ocupación, acceso a la salud, la autoestima, la percepción del estado de salud y la autoeficacia percibida tuvieron un efecto significativo en HLP. Un modelo de regresión mostró que la autoestima, la autoeficacia, el sexo, la edad, la actividad y el acceso a la atención sanitaria explican 30 % de la variación en el estilo de vida de salud (13).

En CHILE, Pugin C. (2007) en estudio sobre las prácticas de autocuidado de la salud en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar, tuvo como objetivo determinar las prácticas de autocuidado más frecuentes y los factores que podrían condicionar la realización de dichas conductas en las mujeres de 45 a 59 años. Los resultados mostraron que el 81,2% del grupo de mujeres estudiadas realiza más del 50% de las acciones de autocuidado analizadas en forma saludable, predomina la dimensión psicosocial por sobre las del ámbito biológico, en este sentido la nutrición y la actividad física son las conductas con mayor déficit. El nivel educacional, especialmente el nivel básico es uno de los factores que condiciona un déficit en las prácticas de autocuidado (14).

En CHILE, Torres P. (2011), en su estudio sobre el autocuidado en una comunidad Cristiano-Protestante, tuvo como objetivo integrar el modelo de autocuidado de Dorothea Orem y el proceso de atención de enfermería (PAE), en una Comunidad Cristiano Protestante de la ciudad de Valdivia. Fueron entrevistados 52 miembros de la comunidad, 37 adultos maduros y 14 mayores, los cuales un 69% eran mujeres y un 31% hombres. Sólo un 27% tuvo 65 años o más, siendo la mitad (49%) el grupo mayoritario entre 40 y 50 años. En cuanto a la aplicación del PAE y los requisitos de autocuidado identificados, predominó 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 (15).

En ESPAÑA, Merino N. (2012), en su estudio sobre el impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama, identificó las características sociosanitarias de las mujeres afectadas con cáncer de mama, así como evaluó el impacto de un programa de apoyo educativo para mejorar las competencias de autocuidado en mujeres con este problema de salud. Los resultados mostraron que el 75,2% ha tenido un diagnóstico de cáncer en fase II y el 54,8% de estos casos ha necesitado de una mastectomía; la mayoría de las mujeres presentan déficit de autocuidados. Las participantes del programa mostraron niveles más altos de satisfacción con la atención recibida y lo recomendarían a otras mujeres en la misma situación (16).

En MEXICO, López M, Y Ramírez G. (2015), en su estudio sobre el nivel de autocuidado de los adultos que están afiliados a la clínica ABC amistad del centro médico ABC, Campus Santa Fe y su relación con el género, tuvieron como objetivo demostrar que los adultos que están afiliados a la Clínica ABC amistad del sexo femenino poseen un mejor nivel de autocuidado en comparación con los del sexo masculino. Llegaron a la conclusión que los adultos del sexo femenino poseían mejor nivel de autocuidado adecuado, en relación con los del sexo masculino lo que da la factibilidad de poder observar como dos grupos con características similares perciben de diferente forma su calidad de vida (17).

A NIVEL NACIONAL

En TRUJILLO, Castillo S. y Ortiz G. (2006), en su estudio sobre los factores biosociales y estilo de vida promotores de salud en el adulto maduro para una vejez saludable, estudiaron una muestra de 278 personas adultas maduras, pertenecientes al Distrito de Moche, cuyos resultados fueron que el mayor porcentaje (71.2%) de adultos encuestados obtuvieron un estilo de vida promotor de salud regular y solamente una minoría (7.2%) obtuvo un estilo de vida malo. La relación entre Estilo de vida con la Edad y con el Sexo fue altamente significativa, y la relación entre Estilo de vida con el uso de sistemas de Salud fue significativa (18).

En CHICLAYO, Salgado M. (2009), en su estudio sobre el mejoramiento del autocuidado del adulto mayor con enfoque cualitativo, abordaje metodológico de investigación acción participación tuvo como objetivos analizar, discutir y mejorar el autocuidado del adulto mayor del Pueblo Joven Luis Alberto Sánchez. El análisis final permitió concluir que la utilización de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en el grupo de adultos mayores participantes permitió dirigir la atención para el propio cuidado, así como organizar y aplicar la metodología de investigación acción participación, ayudando de esta manera a optar por el cambio de conductas y que conllevó a estilos de vida saludables basados en el autocuidado (19).

En LIMA, Falen F. y Rodríguez A. (2013) en su estudio descriptivo correlacional, de corte transversal sobre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado de los usuarios del consultorio externo de cardiología del hospital nacional de Essalud, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado de la salud de los usuarios del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara - La Victoria. Llegaron a evidenciar que el conocimiento de los usuarios es de nivel medio con un porcentaje de 60% y con una práctica adecuada de 53%. Además que el 53% presentan prácticas de autocuidado adecuada, seguido de un 47% con prácticas de autocuidado inadecuadas (20).

En TRUJILLO, Alayo A, Y Horna H. (2013) en su estudio “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos de los adultos mayores. Hospital I ESSALUD”, tuvieron el propósito de determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos mayores del Hospital I Florencia de Mora - Essalud, Trujillo. Observaron que el 88.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 11.9% regular y el 0% deficiente; un 85.7% tienen práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y un 0% malo (21).

En LIMA, Ccoicca A. (2013) en su estudio sobre las Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Esn –Pct del centro de salud Conde De La Vega Baja, tuvo como objetivo determinar las medidas de autocuidado que tienen los pacientes. Sus resultados mostraron que 25 pacientes (62.5%) realiza medidas de autocuidado adecuadas y 15 pacientes (37.5%) tiene medidas de autocuidado inadecuadas. Respecto a la alimentación, 14 pacientes (35%) consume 5 comidas durante el día; 9 pacientes (22.5%) ingiere una alimentación balanceada; 7 pacientes (17.5%) toma 5-7 vasos de agua diario; 33 pacientes (82.5%) come las principales comidas en el hogar. En relación al descanso y sueño, 28 pacientes (70 %) duerme de 6 a 8 horas diarias; en cuanto a medidas higiénicas, 28 pacientes (70%) se baña diario; 18 pacientes (45%) tiene habitación privada; 34 pacientes (85%) tiene ventilación e iluminación en el hogar; 26 pacientes (65%) refiere tener ventanas en el dormitorio; 10 pacientes (25%) tiene el hábito de lavado de manos; 19 pacientes (47.5%) usa papel desechable cubriéndose la

boca y nariz. En cuanto a la práctica de hábitos nocivos 15 pacientes (37.5%) toma alcohol; 9 pacientes (22.5%) consume cigarrillos; y 3 pacientes (7.5%) consume drogas; 11 pacientes (27.5%) asiste a reuniones sociales, fiestas; Respecto a control y tratamiento de la enfermedad, 34 pacientes (85%) asiste al tratamiento; 24 pacientes (60%) refiere que acude a la consulta con el médico. Respecto al ejercicio y recreación, 29 pacientes (72.5%) ve televisión; 13 pacientes (32.5%) practica ejercicios; 11 pacientes (27.5%) sale con su familia; 9 pacientes (22.5%) acude al internet. Respecto a cuidado emocional, social y espiritual; 32 pacientes (80%) cuenta con una red social, 3 pacientes (7.5%) siente rechazo de las personas; 13 pacientes (32.5%) asiste a la iglesia, 17 pacientes (42.5%) busca la armonía con Dios y su ser. Llegaron a la conclusión que la mayoría de los pacientes realiza medidas de autocuidado adecuadas respecto a descanso y sueño, control y tratamiento de la enfermedad, hábitos nocivos, cuidado emocional, social, sin embargo un porcentaje significativo tiene medidas de autocuidado inadecuadas respecto a alimentación, medidas higiénicas, ejercicio y recreación, cuidado espiritual (22).

A NIVEL LOCAL

En CHIMBOTE, Meza S. y Vega J. (2011), en su estudio tuvieron como objetivo conocer el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres premenopáusicas. Evidenciaron que la mayoría 67.3% de mujeres premenopáusicas presentan un nivel de

autocuidado no saludable y el 32.7% nivel de autocuidado saludable. Más de la mitad 54.5% de mujeres premenopáusicas presentaron un nivel de conocimiento bajo, el 36.4% nivel de conocimiento medio y un menor porcentaje 9.1% nivel de conocimiento alto. Llegando a la conclusión que existe relación significativa entre el nivel de autocuidado y el nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres premenopáusicas. La mayoría de mujeres que tiene un nivel de conocimiento bajo tiene 78% de nivel de autocuidado no saludable (23).

En CHIMBOTE, Lino Mendoza A. (2012), estudió el estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto maduro con el objetivo de determinar la relación entre estos factores y el estilo de vida que lleva el adulto en su etapa madura. Obtuvo que más de la mitad de los adultos maduros presentan estilos vida no saludable y un porcentaje considerable, saludable. No se halló relación estadística significativa entre el estilo de vida y factores biosocioculturales (24).

En NUEVO CHIMBOTE, Dionicio L. y Núñez W. (2012), estudiaron el nivel de autocuidado del adulto mayor relacionado con factores sociales y familiares. Tuvieron como objetivo valorar el autocuidado del adulto mayor en relación a factores sociales y familiares. Concluyeron que el 46.7% de los adultos mayores tiene un nivel de autocuidado parcialmente adecuado, los adultos mayores viudos y casados representan un nivel de autocuidado parcialmente adecuado y un 57.1% de jubilados de igual manera, por último el 58.8% de adultos mayores

que representan funcionalidad familiar moderadamente funcional, tienen un nivel de autocuidado parcialmente adecuado y el 66,6% que muestran una relación familiar regular representan igual nivel de autocuidado (25).

Según el INEI (2007), en el Perú existe una población de 31, 151,643 habitantes, con una tasa de crecimiento de 1.7. Los adultos maduros representan un 34.8% de la población total. La tasa bruta de mortalidad es de 6.0 muertes x 1000 habitantes. El analfabetismo perdura en la población adulta en 7.1% (26).

Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable (27). El 14.8% de la población adulta padece de hipertensión y/o diabetes, siendo más altas las cifras de población con obesidad (34.7%).

De acuerdo con la región natural, en Lima Metropolitana el 33,9% y en la Costa sin Lima Metropolitana el 27,6% se han realizado algún examen de detección para el cáncer, en establecimientos de salud. En tanto, en la Sierra (19,1%) y Selva (20,2%) se realizaron en menor proporción dicho examen.

El INEI incorporó en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, el Módulo de Salud Mental, focalizando su atención en dos problemas fundamentales: la violencia y el consumo de bebidas alcohólicas, reportando que en el país un 5.3 % es violentado y el 23.1% tiene algún trastorno por el consumo de alcohol (28).

Este hecho llama el interés de enfermería que espera, que el impacto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contribuyan al bienestar de un grupo de la población que se encuentra olvidada, y puedan finalmente contribuir a minimizar la ocurrencia de enfermedades prevenibles, teniendo presentes la concepciones que plantea la teórica Dorothea (29).

Esta teórica afirma que “la enfermería, como servicio humano, tiene su base, por un lado, en las personas que necesitan autocuidado de tipo positivo, terapéutico y con limitaciones para su administración o mantenimiento, y por otra parte, se fundamenta en los conocimientos, artes y actitudes especializadas de personas preparadas como las enfermeras”, permitiendo Identificar al sujeto como ser holístico, biológico, pensante, social, con necesidades que deben ser atendidas, influenciado por el medio que lo rodea, que requiere de ayuda para alcanzar su bienestar, siendo la enfermera una guía del proceso dado que el modelo facilita el crecimiento y autoreconocimiento de la persona como generadora de su propio bienestar mediado por la orientación que realiza el profesional de enfermería, de igual manera facilita

herramientas a colegas y demás campos profesionales con perfiles afines, para apoyar el autocuidado como la principal estrategia para la promoción de la salud.

Casa de Oración Para Todas las Naciones, es una asociación cristiana que abre sus puertas a los estudiantes y/o profesionales de la salud, teniendo la expectativa de poder promover a sus participantes mejores estilos de vida; pues tienen sus principios bíblicos basados en 1 Corintios 6:19-20 “¿O no sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, que este en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Pues por precio habéis sido comprados; por tanto, glorificad a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios”. Por tanto ellos dan mucha importancia en el cuidado de su cuerpo, mente y espíritu.

En cumplimiento de este versículo citado, la asociación convoca a profesionales que brinden charlas de salud y del cuidado ambiental. Anualmente organizan un proyecto de campaña médica gratuita para todos sus miembros y el público en general donde se atiende medicina general, pediatría, ginecología, obstetricia, odontología, nutrición, laboratorio y farmacia.

Al observar que esta asociación es un ente que promueve la salud, nació en mí el interés de estudiar el nivel de autocuidado de los adultos maduros, planteándome la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de autocuidado del adulto maduro de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones, Chimbote 2015?

1.1 OBJETIVOS.

1.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer el nivel de autocuidado del adulto maduro de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el Nivel de autocuidado de los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

- Determinar el nivel de autocuidado físico de los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

- Determinar el nivel de autocuidado psicológico de los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

- Determinar el nivel de autocuidado emocional de los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

- Determinar el nivel de autocuidado espiritual de los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

- Determinar el nivel de autocuidado laboral de los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote, 2015.

1.2 IMPORTANCIA

El presente estudio será de suma importancia e interés para la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones pues al conocer los factores que deben reforzar en enseñanza, obtendrán familias más saludables que promueven el autocuidado.

Para las instituciones formadoras de profesionales de la salud como la Universidad Nacional del Santa, los resultados obtenidos permitirán que, se socialicen los resultados e incorporar contenidos sobre autocuidado para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva promocional hacia la población adulta madura.

Para el profesional de enfermería, la presente investigación tiene gran importancia para que se conozca el comportamiento y los elementos contribuyentes para mantener la salud a través del autocuidado, y a partir de ellos plantear alternativas de solución y modelos de atención individualizados para mejorar la calidad de vida de las personas.

Como estudiantes de enfermería, la presente investigación es de suma importancia pues nos permitirá fortalecer nuestro rol para el cuidado de la salud, en el primer nivel de atención y contribuir en la búsqueda y aplicación de nuevas estrategias y medidas especiales para promover y prevenir las enfermedades en el adulto.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se fundamenta en el referente teórico de Dorotea Orem (1996).

En la declaración de Alma Ata la OMS reitera que „La salud es un derecho fundamental“, establece la responsabilidad del estado y señala que la Atención Primaria es la estrategia para alcanzar esa meta. Así mismo, en la carta de Ottawa emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1986 señala que: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control de la misma y que para alcanzar el estado adecuado de bienestar físico, mental y social; un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación“. Por lo que la promoción de la salud es la mejor alternativa para crear un futuro con bienestar, y en ese sentido el autocuidado es la estrategia de elección para lograrlo (30).

Orem (1996), afirma que el autocuidado puede considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, contempla el concepto *auto* como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto *cuidado* como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse

de una forma que sea normal para él, estructuro en su teoría del Déficit de Autocuidado a tres sub-teorías relacionadas entre sí, que provocaron un gran impacto en la práctica de enfermería. Estas son: *i) Teoría del Autocuidado. ii) Teoría del Déficit de Autocuidado. iii) Teoría de los Sistemas de Enfermería* (5).

Según Coppard y col, referido por OPS/OMS el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigida a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formal e informal de salud (31).

Otra definición del autocuidado en el mantenimiento de la salud la proponen Punamäki y Aschan (1994). Ellos definen la esencia del autocuidado como la capacidad de los individuos para ejercer control sobre su salud o enfermedad. Las conceptualizaciones que estos autores proponen surgen de los propios miembros de la comunidad y las clasifican en las siguientes categorías: a) búsqueda y resguardo del significado y propósito de la vida; b) relaciones sociales y convivencia; c) mantenerse activos; d) recreación y disfrute; e) disciplina y buena salud, y f) tratamiento de síntomas y enfermedades. Esta nomenclatura aporta factores psicoespirituales y sociales de importancia para las personas, pues los incorpora como componentes de su salud y bienestar y consecuentemente como metas de autocuidado (32).

Como parte central del concepto de autocuidado esta la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos. Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden para mantener su salud o su desarrollo natural; la vida diaria puede convertirse en un proceso automático. El autocuidado, sin embargo, no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar decisiones: de hecho se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. En este sentido el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar (5).

La edad adulta que según Erikson (1996), la define como la etapa más larga en la vida, es donde se alcanza la madurez. A medida que los adultos llegan a estas edades los signos de envejecimiento se hacen más aparentes. En la mayoría de los sistemas orgánicos se inicia una declinación sutil, pero gradual; las mujeres en esta etapa, se encuentran todavía en edad productiva y reproductiva, inician las reacciones ante los cambios hormonales que son impredecibles y varía de una persona a otra y depende de los antecedentes psíquicos, emocionales y de los sistemas de apoyo que encuentre la mujer en el medio familiar, emocional, social y laboral. Aparece la menopausia con recaídas por los cambios evidentes

en la imagen corporal, aparición de arrugas en el rostro, canas, tendencia a la flacidez muscular y al aumento de peso debido a cambios metabólicos, entre otros. En los varones, la cantidad de espermatozoides disminuye así como la velocidad; disminuye el libido; hay cambios de humor y disminución concomitante de la actividad intelectual; también puede disminuir la fuerza y masa muscular, y la baja densidad mineral ósea genera osteoporosis. Algunos varones perciben cambios en el estado de la piel y deterioro de su estado general (33).

Por otro lado, los elementos planteados en la teoría de Orem, sustentan la responsabilidad que cada persona, en este caso, que el adulto maduro tiene con su salud, de fortalecer sus propios recursos para afrontar de manera adecuada las crecientes demandas de salud.

Orem, establece que las personas deben tener cierto propósito o requisitos de autocuidado que deben ser satisfechos para manejar la salud y bienestar. Los requisitos son actividades que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo; de esta manera contempla tres requisitos de autocuidado: i) *Requisitos Universales*, que son; aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de actividad humana, se refiere a las necesidades biológicas que toda persona requiere para mantener su salud. ii) *Requisitos de Desarrollo*, estos se refieren al entorno requerido para que la persona encuentre y realice el desarrollo físico y mental mediante la solución de problemas, interacción entre los miembros de su comunidad

familia y/o pareja entre otros. *iii) Requisitos de Desviación de la Salud*, entre los cuales la autora de esta teoría considera los cambios evidentes en la estructura humana, los cambios en el funcionamiento fisiológico y los cambios comportamentales y hábitos de vida (5).

Como sabemos, el autocuidado debe darse a lo largo de toda la vida, éste implica el cuidado de todas las dimensiones del ser humano, lo físico, psicológico, emocional, espiritual y laboral.

El autocuidado físico, según Lucano (2015), se refiere básicamente a cuidarse uno mismo, implica llevar un estilo de vida saludable, incorporar la actividad física diaria, llevar una buena nutrición puesto que promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades; y tener buenos hábitos de higiene diaria (34).

Quintero (1997) propone que esta dimensión está asociada básicamente a los cambios, deterioros o a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico. De allí que las acciones están relacionadas con los aspectos en la alimentación, el ejercicio, sueño, la respiración, la circulación eliminación y la higiene. Sin embargo, a pesar de haber varios cambios que están presentes en toda persona y que avanza a ritmos diferentes, estos, dependen de los estilos de vida como es del consumo de alimentación saludable, plan de ejercicios, rutina de evacuación intestinal entre otros (35).

A medida que se desarrolla el autocuidado físico, se alcanza el bienestar. Éste se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física. En muchas situaciones, la dimensión física puede ser la más importante. En la mayoría de los programas de bienestar y aptitud física, el enfoque o base es el bienestar físico como el instrumento principal diseñado para operar el organismo humano. Cuando nos ocupamos de cuidar nuestro cuerpo, al mismo tiempo estamos aumentando nuestra autoestima logrando sentirnos bien con nosotros mismos (36).

En la dimensión psicológica del autocuidado se hace referencia a la autonomía, autoestima, la motivación, así como la sexualidad entre otros. Y las acciones están relacionadas a las conductas que la persona dice que hace o deja de hacer (37).

En un sentido más amplio, la OPS (2005), define al autocuidado psicológico como el estado de bienestar en el cual, el individuo es consciente de sus propias capacidades, contando con la capacidad de afrontar las tensiones de la vida cotidiana y trabajar de forma productiva. Tolerar la frustración es la primera capacidad sana que permite al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo.

Además, incluye la habilidad de manejar el estrés, tener pensamientos positivos, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes (38).

Mayer y Salovey (1997), hacen referencia al autocuidado emocional como una inteligencia que concierne a las habilidades de entender, percibir e influenciar en las emociones. El Coeficiente de Inteligencia Emocional marca la capacidad, la habilidad de cada uno para entender, comprender, asimilar e influenciar no sólo las propias emociones sino también la de los demás (39).

Así mismo implica el autoconocimiento emocional (conciencia de uno mismo), es decir hasta qué punto conocemos nuestras propias emociones y cómo afectan nuestro comportamiento. El autocontrol emocional, que nos permite no dejarnos llevar por una crisis momentánea y distinguir lo que, de ella, podemos extraer para el futuro. Automotivación, que implica cómo dirigir nuestras emociones hacia un objetivo, y que nuestra atención se fije en las metas en lugar de en los obstáculos. El reconocimiento de emociones ajenas, es decir la empatía, saber colocarnos en el lugar del otro, nos ayuda en nuestras relaciones sociales, laborales y en desenvolvemos con naturalidad en nuestro entorno. Y las habilidades sociales, saber relacionarse no sólo con nuestros iguales, también con los que tenemos en una escala superior y en una escala inferior (40).

Según Valencia, hablar de autocuidado emocional, implica referirse a una dimensión subjetiva, ya que el concepto remite directamente a la manera en la que nos sentimos. Es decir, hace referencia a un estado psíquico que es singular para cada persona, pero que en todos los casos es asociado a cierto nivel de equilibrio dinámico, de estado de armonía. Esto

significa tener una autoestima saludable, una actitud positiva, una fuerte imagen de sí mismo y por lo tanto una salud emocional sana, esto conllevará una posición segura frente a los demás. Tener un bienestar emocional, ayudará al adulto maduro a desarrollar la habilidad de manejar las emociones, superar el estrés en el quehacer diario y poder mantener relaciones saludables (40).

En la dimensión espiritual del autocuidado se devela los valores trascendentales que le permite ejercer con plenitud la naturaleza humana. Dentro de las acciones se consideran la religión, prácticas religiosas, valores humanitarios y sentido de vida y muerte (41).

La espiritualidad es aquel elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios. Es aquello que inspira, motiva y genera esperanza, dirigiendo al individuo hacia valores de amor, verdad, belleza, confianza y creatividad. Es la parte que busca significado y propósito en la existencia. Es la relación de trascendencia más allá del acá y ahora, un componente esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida. En ausencia de este significado se genera lo que se ha denominado un distrés espiritual, que resulta cuando el individuo es privado de satisfacer sus necesidades espirituales y se caracteriza por sentimientos de vacío y desespero (42).

Nightingale (1859) lo define como el proceso de interacción entre nuestra conciencia y la relación con Dios o con un Poder Superior, en función de lo que denominamos: Fe. Fe implica la certeza de algo sin evidencia material de ello. La espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad (43).

Autocuidado laboral, para Basaez (2010) es la capacidad de las personas para elegir libremente la forma segura de trabajar, se relaciona con el conocimiento de los Factores de Riesgo que puedan afectar su desempeño y/o producir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. El Autocuidado cumple un rol clave en la Cultura de la Prevención y la Seguridad en el trabajo, es la base sobre la cual cada persona adopta conductas seguras en los ambientes laborales y contribuye con su propio cuidado y el de sus compañeros, más allá de las condiciones de trabajo existentes y de lo que hagan otras personas en una organización (44).

En la actualidad, el Modelo de Atención integral de Salud (MAIS), considera los lineamientos que direccionan las actividades preventivo promocionales en las diferentes etapas de la vida a través de paquetes integrales de salud, así en la etapa adulta madura considera programas de control y dentro de ella diversas actividades preventivo promocionales. Dentro de las líneas de acción se considera la evaluación general del

adulto, intervenciones educativas y comunicacionales como: consejería, charlas, talleres, entre otros; atención preventiva en salud sexual y reproductiva e inmunización antitetánica y AMA; visita familiar integral si no acude a su control de algún problema o daño relevante y la atención de daños consideradas prioridades como la atención en TBC, ITSNIH, metataxénicas, malnutrición, entre otros (45).

ESQUEMA DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MADUROS DE LA ASOCIACION CASA DE ORACION PARA TODAS LAS NACIONES, CHIMBOTE 2015

ADULTO MADURO



REQUISITOS
UNIVERSALES

A. FISICO

REQUISITOS
DE
DESVIACIÓN
DE SALUD

REQUISITOS DE
DESARROLLO

A. EMOCIONAL

A. PSICOLÓGICO

A. ESPIRITUAL

A. LABORAL

NIVEL DE AUTOCUIDADO

BUENO

REGULAR

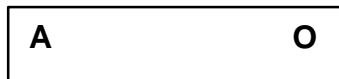
DEFICIENTE

ESQUEMA BASADO LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM ADAPTADO POR LA INVESTIGADORA

III. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal porque pretende determinar el nivel de autocuidado del adulto maduro. Es de corte transversal por que obtendrá la información en un momento determinado.



DONDE:

A: Adultos maduros

O: Nivel de autocuidado

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo de Corte Transversal.

- **Descriptivo:** Porque utiliza un solo grupo, con el objeto de determinar las características del fenómeno de estudio sobre el nivel de autocuidado del adulto maduro de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones.

- **Transversal:** Porque se va a realizar en un tiempo determinado.

3.3. UNIVERSO MUESTRAL O POBLACIÓN

La población de estudio es N=90 adultos maduros de la asociación Casa de Oración para todas las Naciones.

A. Unidad de análisis

Adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones.

B. Muestra

Adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones Chimbote, 2015. n=61; que cumplieron con los criterios de inclusión.

C. Criterios de inclusión

- Adultos maduros que sean miembros de la asociación Casa de Oración para todas las Naciones.
- Adultos maduros de ambos sexos.
- Que este orientado en tiempo, espacio y persona.
- Que acepte y posibilite la aplicación de instrumento.
- Que sepa leer y escribir.

D. Marco Muestral

Registro de membresía de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones del año 2015.

E. Aspectos Éticos

En el presente estudio de investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos, normados por la Comisión de Ética de la Escuela Académica Profesional de Enfermería-Universidad del Santa:

Autonomía: Respeto hacia la auto-determinación de las personas. En este estudio los adultos maduros fueron tratados con dignidad y respeto, quienes además decidieron de manera voluntaria formar parte del presente estudio, brindando su consentimiento informado, luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación (Anexo n°01).

Anonimato Y Confidencialidad: Se respetó la información dada siendo anónima la identidad de los participantes en la investigación. Se respetó los datos a registrar, evitando modificaciones para obtener datos propios.

Beneficencia Y No Maleficencia: Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en la investigación. La conducta del investigador debe responder a no causar daño, disminuir los

posibles efectos adversos y maximizar los beneficios. El presente estudio beneficia a los adultos maduros porque permite determinar su nivel de autocuidado.

Justicia: La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho. Se aplicó el derecho de un trato justo, respetuoso y amable en todo momento a los adultos maduros, sin diferencias entre ellos.

Integridad científica: Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de los resultados que se obtendrán en la presente investigación, una vez finalizado el estudio se procedió a eliminar las encuestas.

Responsabilidad: El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implica para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no será delegada a otras personas.

3.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLE:

NIVEL DE AUTOCUIDADO

Definición Conceptual

El autocuidado, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (5).

Definición Operacional: Se midió mediante la escala ordinal:

- Bueno : 68 a 102 puntos
- Regular : 35 a 69 puntos
- Deficiente: 0 a 34 puntos

NIVEL DE AUTOCUIDADO FISICO

Definición Conceptual

Es cuidarse uno mismo, implica llevar un estilo de vida saludable, incorporar la actividad física diaria, llevar una buena nutrición puesto que promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la

frecuencia de algunas enfermedades; y tener buenos hábitos de higiene diaria (34).

Definición Operacional: Se midió mediante la escala ordinal:

- Bueno : 28 a 40 puntos
- Regular : 14 a 27 puntos
- Deficiente: 0 a 13 puntos

NIVEL DE AUTOCUIDADO PSICOLOGICO

Definición Conceptual

Es el estado de bienestar en el cual el adulto es consciente de sus propias capacidades, contando con la capacidad de afrontar las tensiones de la vida cotidiana y trabajar de forma productiva (38).

Definición Operacional: Se midió mediante la escala ordinal:

- Bueno : 15 a 22 puntos
- Regular : 8 a 14 puntos
- Deficiente: 0 a 7 puntos

NIVEL DE AUTOCUIDADO EMOCIONAL

Definición Conceptual

Concierno a las habilidades de entender, percibir e influenciar en nuestras emociones y la de los demás. Involucra el conocimiento de nuestras propias emociones y cómo afectan nuestro comportamiento. Además, implica autocontrol, que nos permite no dejarnos llevar por una crisis momentánea y distinguir lo que, de ella, podemos extraer para el futuro (39).

Definición Operacional: Se midió mediante la escala ordinal:

- Bueno : 8 a 12 puntos
- Regular : 4 a 7 puntos
- Deficiente: 0 a 3 puntos

NIVEL DE AUTOCUIDADO ESPIRITUAL

Definición Conceptual

Es el proceso de interacción entre nuestra conciencia y la relación con Dios o con un Poder Superior, en función de lo que denominamos: Fe. La espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad (43).

Definición Operacional: Se midió mediante la escala ordinal:

- Bueno : 10 a 14 puntos
- Regular : 5 a 9 puntos
- Deficiente: 0 a 4 puntos

NIVEL DE AUTOCUIDADO LABORAL

Definición Conceptual

Es la capacidad de la persona para elegir libremente la forma segura de trabajar, se relaciona con el conocimiento de los factores de riesgo que puedan afectar su desempeño y/o producir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y desarrollar prácticas y hábitos que le permitan mantener e incluso mejorar proactivamente su propia seguridad y salud (44).

Definición Operacional: Se midió mediante la escala ordinal:

- Bueno : 10 a 14 puntos
- Regular : 5 a 9 puntos
- Deficiente: 0 a 4 puntos

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó es la encuesta, mediante el siguiente instrumento:

A. Cuestionario para identificar el nivel de autocuidado del adulto maduro (Anexo N°02)

Instrumento realizado por la investigadora para medir el nivel de autocuidado del adulto maduro. Este cuestionario cuenta con 51 ítems divididos en las siguientes dimensiones:

- Autocuidado físico: 20 ítems
- Autocuidado psicológico: 11 ítems
- Autocuidado emocional: 6 ítems
- Autocuidado espiritual: 7 ítems
- Autocuidado laboral: 7 ítems.

Las respuestas tuvieron el siguiente valor asignado:

SI	:	2 puntos
A VECES	:	1 punto
NO	:	0 puntos

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó la autorización a través de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa al director de la asociación Casa de Oración Para todas las Naciones para la aplicación de los instrumentos.

Se identificó a los adultos maduros que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les explico los objetivos del estudio y la aplicación del instrumento, así como la forma del llenado del instrumento, después de haber firmado el consentimiento informado (Anexo n°01); se entregó a cada uno el instrumento del estudio para que sea respondido, siendo anónimo y respetando los criterios de confidencialidad. La aplicación del instrumento fue responsabilidad de la investigadora y tuvo una duración aproximada de 10 minutos. Terminada la encuesta se agradeció a los adultos maduros.

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS 23.0; en su nivel:

Nivel Descriptivo:

Tabulados y presentados en distribución de cuadros.

3.8. VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

Se evaluó el instrumento en la confiabilidad y validez a través de una prueba piloto, la cual se aplicó a 10 adultos maduros que acudieron al puesto de Salud Villa María - Nuevo Chimbote, con características similares a la población sujeta de estudio.

A. Confiabilidad: para medir la confiabilidad de los datos se utilizó el método de coeficiente de alfa de Crombach cuyo valor es de 0.93.

B. Validez: validado por el coeficiente de correlación de Pearson cuyo valor promedio es 0.93

Siendo ambos valores cercanos a la unidad (0.93) se concluye que el instrumento es altamente confiable.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

**TABLA N°01.- NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO
DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA
TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.**

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENO	48	78,9
REGULAR	13	21,3
DEFICIENTE	0	0,0
TOTAL	61	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote. 2015

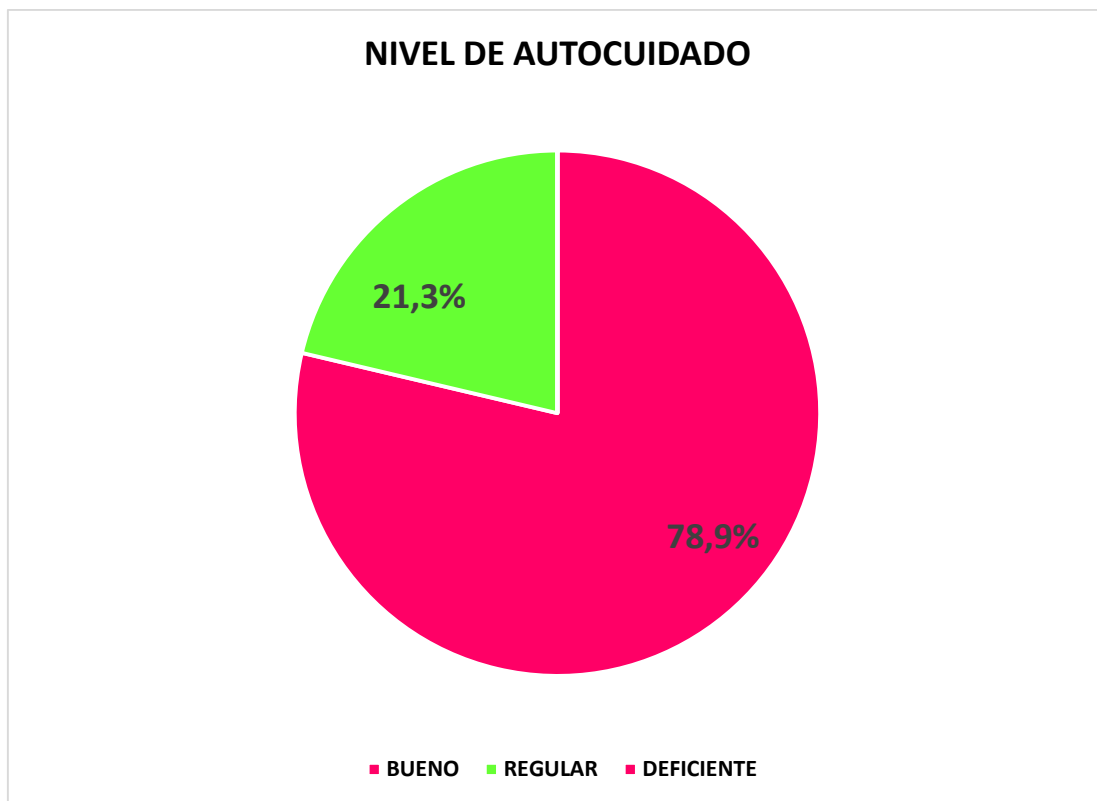


FIGURA N°01.- NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N°02.- NIVEL DE AUTOCUIDADO FÍSICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENO	28	45,9
REGULAR	33	54,1
DEFICIENTE	0	0,0
TOTAL	61	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote. 2015

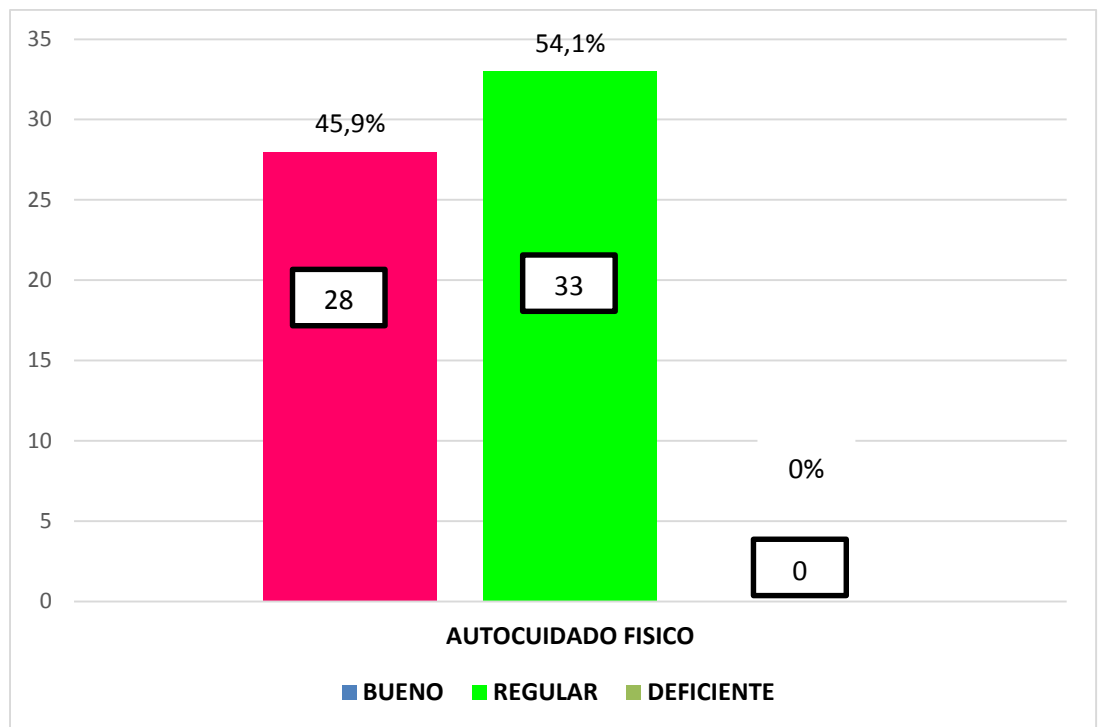


FIGURA N°02.- NIVEL DE AUTOCUIDADO FISICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACION CASA DE ORACION PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

**TABLA N°03.- NIVEL DE AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO DEL
ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA
DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES.
CHIMBOTE, 2015.**

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENO	51	83,6
REGULAR	9	14,8
DEFICIENTE	1	1,6
TOTAL	61	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote. 2015

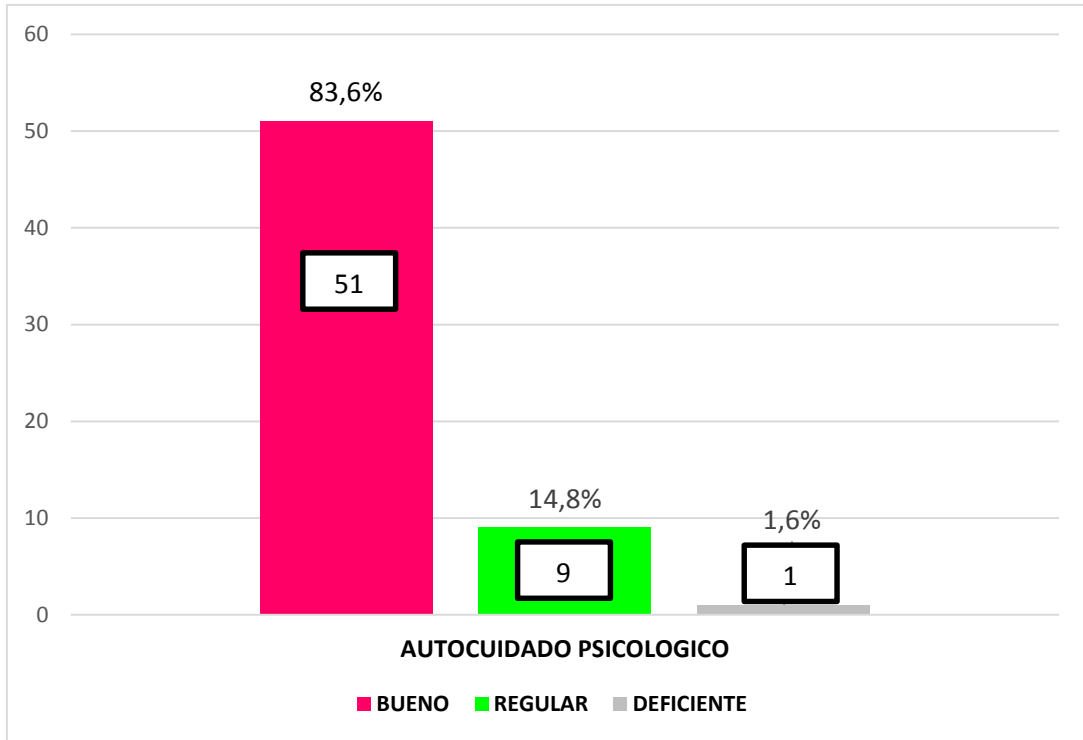


FIGURA N°03.- NIVEL DE AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N°04.- NIVEL DE AUTOCUIDADO EMOCIONAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENO	56	91,8
REGULAR	3	4,9
DEFICIENTE	2	3,3
TOTAL	61	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote. 2015

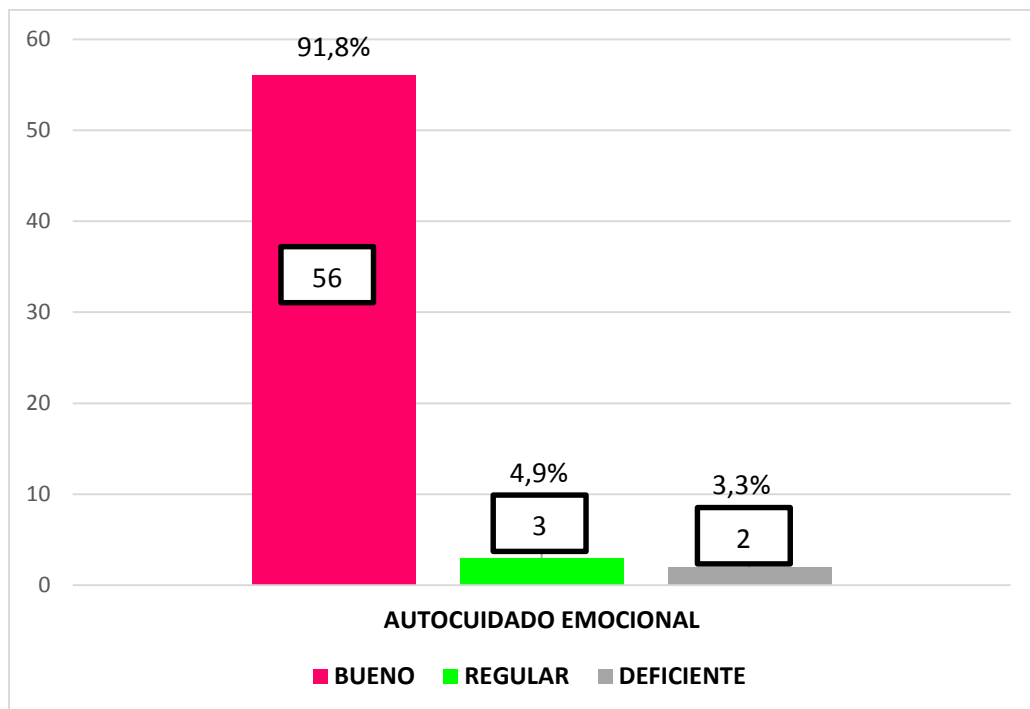


FIGURA N°04.- NIVEL DE AUTOCUIDADO EMOCIONAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N°05.- NIVEL DE AUTOCUIDADO ESPIRITUAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENO	58	95,1
REGULAR	3	4,9
DEFICIENTE	0	0,0
TOTAL	61	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote. 2015

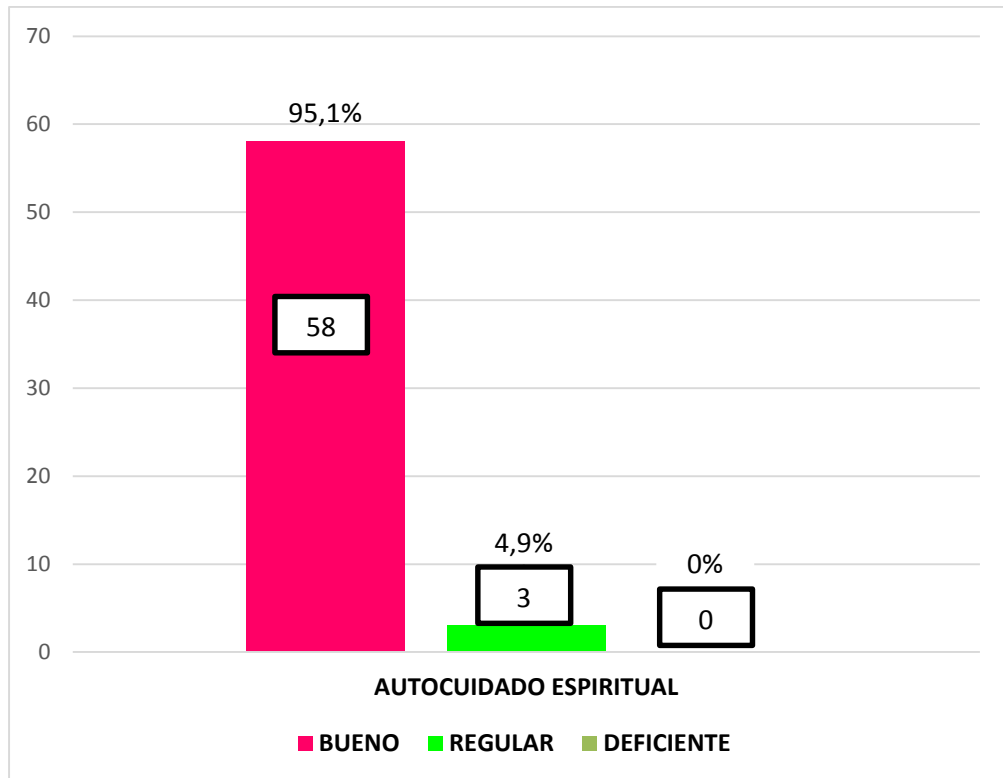


FIGURA N°05.- NIVEL DE AUTOCUIDADO ESPIRITUAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N°06.- NIVEL DE AUTOCUIDADO LABORAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENO	60	98,4
REGULAR	1	1,6
DEFICIENTE	0	0,0
TOTAL	61	100,0

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones. Chimbote. 2015

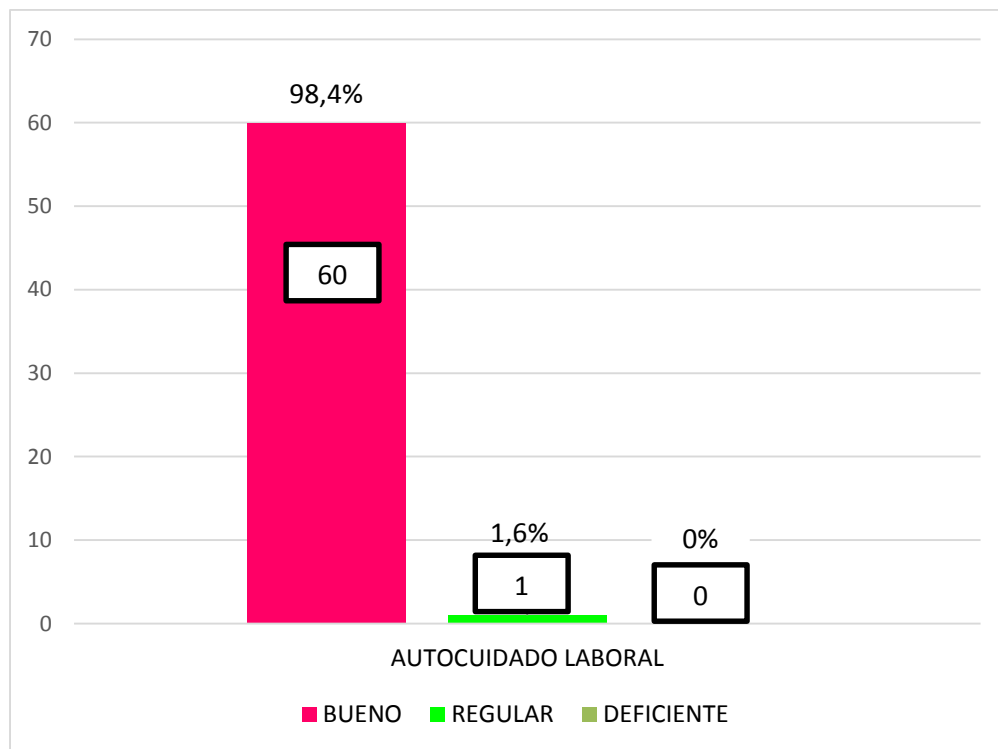


FIGURA N°06.- NIVEL DE AUTOCUIDADO LABORAL DEL ADULTO MADURO DE LA ASOCIACIÓN CASA DE ORACIÓN PARA TODAS LAS NACIONES. CHIMBOTE, 2015.

4.2 DISCUSIÓN

En la **TABLA Nº 01** se observa que del total de la población estudiada, 48 adultos maduros representa el mayor porcentaje (78,7%) que corresponde a un nivel de autocuidado bueno, mientras que 13 que constituyen el 21,3% tienen un nivel de autocuidado regular. Ninguno de los adultos maduros encuestados presenta un autocuidado deficiente.

Resultados similares fueron encontrados por Falen F. y Rodríguez A. (2013) quienes estudiaron el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado de los usuarios del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional de Essalud, llegando a determinar que del 100% de los pacientes que asisten a los consultorios externos de cardiología el 53% presentan prácticas de autocuidado adecuada, seguido de un 47% con prácticas de autocuidado inadecuadas (20).

Concordamos con Ccoicca A. (2013) quien encontró, respecto a las medidas de autocuidado, que de 40 pacientes (100%) que asisten a la ESN-PCT, 25 pacientes (62.5%) tienen medidas de autocuidado adecuadas; y 15 pacientes (37.5%) poseen medidas de autocuidado inadecuadas (22).

Diferimos con López M, Y Ramírez G. (2015) en su estudio “Nivel de autocuidado de los adultos que están afiliados a la clínica ABC amistad del centro médico ABC, Campus Santa Fe y su relación con el género” quienes encontraron que una minoría (15 %) de los adultos en estudio presentaron un nivel de autocuidado adecuado, mientras que el 54% presentó un nivel parcialmente adecuado y el 30% nivel de autocuidado inadecuado (17).

Casa de Oración Para Todas las Naciones (COPTANS) es una asociación que constantemente orienta y educa a sus integrantes en aspectos de la salud, organiza y coordina charlas y campañas de salud para que los adultos sean evaluados y tratados oportunamente, promocionando el autocuidado.

Los resultados reafirman lo postulado por Orem, puesto que si el sujeto no tiene una adecuada percepción de cómo cuidar su salud, difícilmente podrá sentir la necesidad de hacerlo y si no tiene las herramientas del cómo lograr, el objetivo de autocuidado no podrá alcanzarse. Al observar la realidad de la asociación COPTANS, evidenciamos que ésta brinda un entorno donde los adultos maduros pueden desarrollar el autocuidado, facilitando el cumplimiento de los requisitos de autocuidado para el mantenimiento de la salud y el bienestar.

EN LA TABLA N°02, respecto al nivel de autocuidado físico, se observa que un mayor porcentaje de los adultos maduros (54,1%) presenta un nivel de autocuidado regular y un menor porcentaje (45,9%) un nivel de autocuidado bueno.

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Pugin C. (2007) en su estudio “Prácticas de autocuidado de la salud en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar” quien encontró que respecto a los ámbitos analizados en forma individual, destaca un déficit de autocuidado a nivel nutricional y de actividad física. En relación con la nutrición el 93,1% de las mujeres encuestadas, refieren conductas, que difieren de las recomendaciones entregadas por el Ministerio de Salud. En la actividad física el 65,3% de las mujeres encuestadas, señala que no realiza ejercicios y que este se reduce a lo que caminan diario para desplazarse a sus trabajos o dentro del hogar (14).

Diferimos de Balcázar H. y Solórzano S. (2006) que en su estudio “acciones de autocuidado del adulto mayor” obtuvo que respecto a la dimensión física, el 65% de adultos mayores no tienen una buena dieta, el 54% no realiza ningún tipo de ejercicios, y el 69% percibe su nivel de autocuidado en salud entre regular y mala (11).

Para Quintero, a medida que se desarrolla el autocuidado físico, se alcanza el bienestar y éste se caracteriza por el funcionamiento

eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física. Postula además que, cuando nos ocupamos de cuidar nuestro cuerpo, al mismo tiempo estamos aumentando nuestra autoestima logrando sentirnos bien con nosotros mismos (36).

Evidenciamos en este estudio, que gran parte de la población de adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones posee un nivel de autocuidado físico regular, por lo tanto aun no alcanzar el bienestar en esta dimensión.

EN LA TABLA N°03, respecto al autocuidado psicológico, se observó el mayor porcentaje de los adultos maduros (83,6%) presenta un nivel de autocuidado psicológico bueno seguido del 14,8% que presenta un nivel regular, mientras que una minoría (1,6%) presenta un nivel de autocuidado deficiente.

Concordamos con Torres P. (2011), en su estudio “autocuidado en una comunidad Cristiano-Protestante”, encontró que respecto a la dimensión psicológica el 68% de la población en estudio controla su nivel de estrés y mantiene relaciones saludables, mientras que el 32% no lo realiza (15).

El autocuidado psicológico es el estado de bienestar en el cual, el individuo es consciente de sus propias capacidades, contando con la capacidad de afrontar las tensiones de la vida cotidiana y trabajar de forma productiva. Tolerar la frustración es la primera capacidad sana que permite al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo. Además, incluye la habilidad de manejar el estrés, tener pensamientos positivos, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes (38).

Evidenciamos que los adultos maduros de la asociación Casa de Oración Para Todas las Naciones, en su mayoría, cuentan con la capacidad de tolerar el estrés y las habilidades para convivir sanamente con los demás.

EN LA TABLA N°04, respecto al autocuidado emocional, se observa que el mayor porcentaje de adultos maduros (91,8%) presenta un nivel de autocuidado Bueno, el 4,9% Regular, y una minoría (3,3%) Deficiente.

Los resultados concuerdan con Ccocicca A. (2013) en su estudio sobre “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja” quien encontró que en relación al autocuidado emocional, un menor

porcentaje de pacientes (7.5%), dicen sentir rechazo de su entorno, y el mayor porcentaje (32.5%), dicen no sentirse rechazados (22).

Concordamos con Pugin C. (2007) en su estudio sobre “Prácticas de autocuidado de la salud en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar” encontró en su población de estudio, que respecto a las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres realiza de manera favorable las acciones destinadas a mantener una autoestima y un estado de ánimo saludable, con porcentajes de 92,1% y 89,1% respectivamente (14).

Diferimos de Benítez, C. y Pérez, C. (2006) en su estudio “prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja”, quien encontró que respecto a la dimensión emocional, el estado de ánimo que predomina en la mayoría de la población es la tristeza (61%), solo el 22% lo refiere como alegre y un 17% expresan otros estados como: aburrido, deprimido, desmotivado, desgarrado (12).

EN LA TABLA N°5, respecto al autocuidado espiritual, se observa un gran porcentaje (95,1%) con un nivel de autocuidado bueno y en menor porcentaje (4,9%) con un nivel regular.

Concordamos con Benítez, C. y Pérez, C. (2006) en su estudio “prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el

establecimiento carcelario del municipio de Tunja”, quien encontró que en cuanto a la dimensión espiritual, la mayoría de la población en estudio profesa alguna religión (67%), generalmente católica (83%) y en menor proporción cristiana (17%), el 22% no profesa religión alguna. Los internos refieren que sus prácticas religiosas les ayudan a afrontar su situación y a tener fortaleza (12).

Los resultados difieren con Ccocicca A. (2013) en su estudio sobre “Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja” quien encontró que respecto al autocuidado espiritual 13 pacientes (32.5%), de los pacientes refieren asistir a la iglesia, y 27 pacientes (67.5%), dicen no hacerlo. En relación a que el paciente busca la armonía con Dios y su ser 17 pacientes (42.5%), refiere que si lo hacen y 23 pacientes (57.5%), de los pacientes dicen no hacerlo (22).

Para Nightingale (1859), la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Postula que cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad (43).

La dimensión espiritual es aquel elemento dentro del individuo del cual se origina el significado, el propósito y plenitud en la vida, el deseo de vivir, las creencias y la fe en su ser, en otros y en Dios. Es aquello que inspira, motiva y genera esperanza, dirigiendo al individuo hacia

valores de amor, verdad, belleza, confianza y creatividad. Es la parte que busca significado y propósito en la existencia. Es un componente esencial para alcanzar un nivel óptimo de salud, de bienestar o de calidad de vida (42).

Al pertenecer a una asociación religiosa, los adultos maduros presentan un buen nivel de autocuidado espiritual, lo que supone un componente esencial para que alcancen el bienestar holístico en sus vidas.

EN LA TABLA N°6, respecto al autocuidado laboral, se observa que casi la totalidad (98,4%) de los adultos maduros presenta un nivel de autocuidado bueno y solo una minoría (1,6%) un nivel regular.

Concordamos con Alayo A, Y Horna H. (2013) en su estudio “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos de los adultos mayores. Hospital I ESSALUD”, quienes obtuvieron que respecto al autocuidado en el área ocupacional, la mayor población en estudio presento prácticas de autocuidado bueno (54%), y un menor porcentaje prácticas de autocuidado regular (21).

Diferimos con Merino N. (2012), quien encontró en su estudio que dentro de las características soiosanitarias un mínimo porcentaje (15,3%) de las mujeres en estudio presentan un buen cuidado en el

trabajo, mientras que un mayor porcentaje (84,7%) presento un déficit de cuidados (16).

Para Basaez (2010), el autocuidado cumple un rol clave en la Cultura de la Prevención y la Seguridad en el trabajo, es la base sobre la cual cada persona adopta conductas seguras en los ambientes laborales y contribuye con su propio cuidado y el de sus compañeros (44).

Los resultados son apoyados en los supuestos teóricos de Orem, en su teoría del autocuidado en el cual establece que la persona es todo un ser integral que se encuentra en constante interacción entre sus dimensiones biológicas (físicas), psicológicas, emocionales, espirituales y sociales (laborales) con los que cada individuo tiene la capacidad de desarrollar y mantener su estado de salud y alcanzar el bienestar.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En el presente estudio de tipo descriptivo se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ La mayoría de los adultos maduros 78,7% presentaron un nivel de autocuidado bueno y el 21,3% regular.
- ✓ El 54,1% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado físico regular y el 45,9% bueno.
- ✓ El 83,6% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado psicológico bueno, el 14,8% regular y el 1,6% deficiente.
- ✓ El 91,8% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado emocional bueno, el 4,9% regular y el 3,3% deficiente.
- ✓ El 95,1% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado espiritual bueno y el 4,9% regular.
- ✓ El 98,4% de los adultos maduros presentaron nivel de autocuidado laboral bueno y el 1,6% regular.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ A los directivos de la asociación Casa de Oración para Todas las Naciones, según los resultados obtenidos es importante señalar que se debe realizar un seguimiento a este grupo para que los niveles autocuidado se mantenga e incremente todas las dimensiones.

- ✓ A las instituciones formadoras de salud, que los resultados sirvan de información y consideren la actividad preventivo-promocional en la dimensión física, emocional, psicológica, espiritual y laboral.

- ✓ A los profesionales de Enfermería, debe mostrar motivación e interés en la atención de adultos maduros en el área preventivo-promocional para lograr un buen autocuidado y bienestar en esta etapa de vida.

- ✓ Para futuros estudios de investigación similares a la presente investigación, se recomienda enfatizar en el autocuidado en los adultos maduros por ser una población en crecimiento.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD (2010). Etapa de vida del adulto. [Consultado el 30 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Adulto_1S08.pdf
2. MINISTERIO DE SALUD (2011). Modelo de atención integral de salud. [Consultado el 30 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/indexhtm>
3. LEON R, y RUIZ N, (2010). Encuentros saludables: Menopausia y Andropausia. Concejalía de Familia y Servicios Sociales. Excmo. Ayto. de Santander, España. [Consultado el 4 de noviembre 2015]. Disponible en: http://portal.aytosantander.es/portal/page/portal/inet_santander/%5Bhtdo cs%5D/%5Bsalud%5D/Menopausia%20y%20Andropausia.pdf
4. SILVA H. (2006) Andropausia: estado actual y conceptos básicos. Vol. 47 N°1. Edit. Universitas medica. Bogotá, Colombia. Pág. 20-21.
5. RAILE A, MARRINER T. (2012). Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Edit. Elsevier, España. Pág. 269.

6. RANGEL F. (2007). Programa sintético de la materia: Atención de enfermería al adulto sano y enfermo. San Luis Potosí. S.L.P. [consultado el 12 de octubre 2015]. Disponible en: http://www.uaslp.mx/Spanish/Academicas/UAZM/OFE/lic_enfe/PLE/SIVLE/Documents/Atenci%C3%B3n%20de%20Enfermeria%20al%20Adulto%20Sano%20y%20Enfermo.pdf

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Pág. 5. [Consultado el 11 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html

8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). Centro de prensa: Las 10 causas principales de defunción en el mundo. Pag.3. [Consultado el 11 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs310/es/index2.html>

9. MINISTERIO DE SALUD (2013). Análisis de Situación de Salud del Perú. Setiembre, 2011. Pág. 61 -63. [Consultado el 11 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

10. QUERALD A. (2005). Intervención educativa sobre los autocuidados ante síntomas comunes y su impacto sobre la frecuentación a las consultas de un centro de atención primaria urbano. Universidad Autónoma de Barcelona, España. [Consultado el 17 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4483/mqa1de1.pdf?se>

11. BALCAZAR H., SOLORZANO S. (2006). Acciones de autocuidado del adulto mayor. Universidad Veracruzana. Tesis para obtener el título profesional de licenciatura en enfermería. Veracruz, México. [consultado el 16 de octubre 2015]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/998/1/tesis-0304.pdf>

12. BENÍTEZ C.; PÉREZ C. (2006). Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Tesis para Optar Título a Licenciado en Enfermería. [Consultado el 27 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0092.pdf>

13. CID P. MERINO, J. STIEPOVICH J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Proyecto de investigación. Universidad de Concepción. Chile. [Consultado el 30 de Septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001200001&script=sci_arttext

14. PUGIN C. (2007). Prácticas de autocuidado de la salud en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. [Consultado el 5 de diciembre 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/LVISMYY/Desktop/fmp978p.pdf>

15. TORRES P. (2011). Autocuidado en una comunidad Cristiano-Protestante. Enero 2010 - noviembre 2011. Universidad Austral de Chile. Tesis para optar el grado de licenciatura en enfermería. Valdivia, Chile. [Consultado el 17 de octubre 2015]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmt693a/doc/fmt693a.pdf>

16. MERINO N. (2012). Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama. Universidad de Alicante. Tesis Doctoral. Alicante, España. [Consultado el 17 de octubre 2015]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/26552>

17. LOPEZ M, y RAMIREZ G. (2015). Nivel de autocuidado de los adultos que están afiliados a la clínica ABC amistad del centro médico ABC, Campus Santa Fe y su relación con el género. Tesis profesional para obtener el grado académico de licenciatura en enfermería y obstetricia. México. [Consultado el 6 de diciembre 2015]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2015/marzo/410506680/Index.html>

18. CASTILLO S. y ORTIZ G. (2006). Factores biosociales y estilo de vida promotores de salud en el adulto maduro para una vejez saludable. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo-Perú.
19. SALGADO M. (2009). Mejoramiento del autocuidado del adulto mayor. Pueblo joven Luis Alberto Sánchez. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería. Chiclayo, Perú. [consultado el 13 de octubre 2015]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/257>
20. FALEN F. y RODRIGUEZ A. (2013). Nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado de los usuarios de consultorio externo de cardiología del hospital nacional de EsSalud. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería. Lima, Perú.
21. ALAYO A, y HORNA H. (2013). Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos de los adultos mayores. Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora. Tesis para obtener el grado de licenciatura en enfermería. Trujillo, Perú. [consultado el 6 de diciembre 2015]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/231>

22. CCOICCA A. (2013). Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima, Perú.
23. MEZA S. y VEGA J. (2011). Nivel de autocuidado y nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres premenopáusicas. Puesto de Salud Esperanza Baja. Chimbote. Tesis para optar el Título profesional de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, Perú.
24. LINO MENDOZA A. (2012). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto maduro. A. H. Tahuantinsuyo. Nuevo Chimbote, 2012. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería, ULADECH – Chimbote – Perú.
25. DIONICIO L., NÚÑEZ W., (2012). Nivel de autocuidado del adulto mayor relacionado con factores sociales y familiares. Hospital regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote – Perú. Tesis para optar el Título profesional de Licenciatura en Enfermería.

26. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2007).
Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Económicamente Activa Urbana y Rural por Sexo y Grupos de Edad, Según Departamento, 2000-2015. [consultado el 12 de octubre 2015]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0940/index.htm>
27. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. Citado en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
28. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2014).
Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. Lima-Perú. Abril, 2014. [Consultado el 13 de octubre 2015]. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
29. OREM, D. (1983). Nursing: Concepts of Practice. Normas Prácticas de Enfermería. Segunda edición. Madrid: McGraw-Hill. Traducción Susan Allen. 1980 Ed. Pirámide, S.A. Madrid. Citado en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/3922/1/deisyrosasolerarestrepo.2011.pdf>

30. Organización Panamericana de la Salud. (OPS/OMS). (2003). Guía clínica para atención Primaria a las persona adultas mayores. Washington: DC: 20037. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/211/1/Trabajo%20practicass%20de%20autocuidado,%20capacidad%20funcional%20y%20depresion%20en%20adultos%20mayores%20del%20c.s%209%20octubre%202013.pdf>
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (1993). Enfermería Gerontología. Conceptos para la Práctica. Washington: DC: 20037. Citado en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/211/1/Trabajo%20practicass%20de%20autocuidado,%20capacidad%20funcional%20y%20depresion%20en%20adultos%20mayores%20del%20c.s%209%20octubre%202013.pdf>
32. Punamäki, R.; Aschan, H. (1994) Self-care and mastery among primary health care patients. *Social Science & Medicine*, 39(5); 733-741. [Consultado el 27 de noviembre 2015]. Citado en: https://www7.u.c.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf
33. ERIKSON E. (2000). El ciclo vital completado. Ed. Paidós ibérica. Barcelona, España.

34. LUCANO CRISÓSTOMO (2015). Autocuidado de la salud física. Universidad Andina del Cusco. Perú. [Consultado el 13 de octubre 2015]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43507/1/Ponencia%20AUTOCUIDADOS.pdf>
35. QUINTERO, MARIALCIRA. "Autocuidado: Una estrategia eficaz en la atención del anciano". Lima: Trabajo presentado en I Congreso Internacional de geriatría y gerontología. Setiembre (mimeografiado), 1997. Citado en: <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
36. BLANCO y DIAZ (2005). Bienestar social: su concepto y medición. Vol 17. Universidad autónoma de Madrid. España. [Consultado el 27 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
37. BOSQUE S. (1999). Modelo Integral de la Promoción de la Salud en los ancianos: una visión integral de autocuidado. México: Editorial Piensa S.A. Citado en: <http://www.monografias.com/trabajos11/artgeron/artgeron.shtml>
38. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005). Simposio: Salud mental y física durante toda la vida, octubre 2005, Washington, D.C. [consultado el 15 de octubre 2015]. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora21_nov05.htm

39. BISGUERA R. (2015) La Inteligencia emocional según Salovey y Mayer. [Consultado el 13 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/inteligencia-emocional-segun-salovey-mayer.html>
40. VALENCIA C. (2006). Importancia del bienestar emocional para aumentar la autoestima. Ed. Amazon. España.
41. TARRASCO M. (1996). Tendencias y corrientes filosóficas de la promoción de la salud. Madrid: Nueva Epoca. Ed. Amazon. España.
42. NEWMAN, Margaret. "El núcleo de la disciplina de enfermería", Adv.Nur. Sci., 1991, 14(1), pp. 1-5. 75. Capra.
43. Nightingale F. (1859). Notes on Nursing: What it is and what it is not. London. Citado en: <http://es.slideshare.net/27487491517991/monografia-autocuidado>
44. BASAEZ V., GALLARDO Z., TRUJILLO A. (2010). Autocuidado en el equipo de salud. Diplomado en salud pública y familiar. [consultado el 15 de octubre 2015]. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Ensayo_Autocuidado_en_el_equipo_de_salud.pdf

45. MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD (2008). Estrategias y programas de enfermería. Ministerio de Salud. Perú.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Nivel de autocuidado del adulto maduro de la asociación Casa de Oración para Todas las Naciones”. Chimbote. 2015, el propósito de este estudio es identificar el nivel de autocuidado de los adultos maduros. El presente proyecto investigación está siendo conducida por Sarvia Agar Winder Marroquín, con la asesoría de la Dra. Margarita Huañap Guzmán, docente de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 10 minutos de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Dirección:

Nombre del asesor:

Dirección:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

Firma del participante y fecha

.....

Nombre del participante

.....

Firma del investigador y fecha

.....

Nombre del investigador



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO

- I. **INSTRUCCIONES:** Estimado(a) le presentamos a continuación algunas preguntas que han sido elaboradas con la finalidad de determinar el nivel de autocuidado. Respondan con toda sinceridad. Esta encuesta es anónima (no escribir su nombre). Anticipadamente agradecemos su valiosa colaboración.

Sexo: M F

Edad:

DIMENSIONES	SI	NO	A VECES
AUTOCUIDADO FISICO			
1. Consumo mis alimentos 3 veces al día (desayuno, almuerzo, cena).			
2. Tengo un horario fijo para comer.			
3. Consumo leche, huevo, queso fresco al menos 3 veces por semana.			
4. Consumo pescado y menestras al menos 3 veces por semana			
5. Evito comer golosinas y comidas con mucha grasa.			
6. Consumo a diario frutas			
7. Consumo a diario verduras			
8. Consumo agua entre comidas (más de 6 vasos diarios)			
9. Controlo mi peso y sé cuánto debo pesar			
10. Practico ejercicios físicos regularmente (nadar, correr, manejar bicicleta, ir al gym y otros)			
11. Camino de 30 min. a más diariamente (1km)			
12. Me realizo chequeos médicos preventivos			
13. Busco cuidado médico cuando lo necesito			
14. Uso protector solar casi siempre que salgo de casa			

15. Duermo lo suficiente (6 a 8 horas diarias)			
16. Me baño a diario			
17. Me lavo las manos antes de comer			
18. Tengo un horario fijo para ir a dormir			
19. Solo tomo medicamentos cuando me indica el medico			
20. Realizo autoexamen de mamas (mujer) Chequeos de próstata (varón).			
AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO	SI	NO	A VECES
21. Leo libros a diario que no están relacionados con mi trabajo.			
22. Ante situaciones difíciles realizo alguna actividad de relajación (salir a caminar, respiraciones profundas, etc.)			
23. Ejercito mi mente cada día (llenar crucigramas, aprender algo nuevo, realizar ejercicios mentales, etc.)			
24. Me alejo de personas conflictivas			
25. Practico la abrazoterapia (doy y recibo abrazos)			
26. Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas			
27. Recibo y doy muestras de cariño			
28. Mantengo buenas relaciones humanas con familiares y amigos			
29. Soy sincera(o) cuando no se las respuestas			
30. Controlas tu carácter de modo que no se te “escapan las cosas de la mano”			
31. Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte			
AUTOCUIDADO EMOCIONAL	SI	NO	A VECES
32. Paso tiempo con alguien cuya compañía me agrada.			
33. Mantengo contacto con gente importante en mi vida			
34. Me amo a mi mismo(a)			
35. Realizo actividades e identifico objetos, personas, relaciones, lugares que me dan placer y/o agrado.			
36. Busco espacios para recrearme y pasarla bien.			
37. Voy de vacaciones cada vez que es posible			

AUTOCUIDADO ESPIRITUAL	SI	NO	A VECES
38. Me tomo tiempo para reflexionar.			
39. Busco experiencias espirituales.			
40. Dejo fluir mi inspiración sin miedo a lo que digan los demás			
41. Mantengo mi optimismo y mi esperanza			
42. Identifico lo que da sentido a mi vida, y le doy el lugar que corresponde			
43. Medito			
44. Tomo tiempo a diario para orar/hablar con Dios			
AUTOCUIDADO LABORAL	SI	NO	A VECES
45. Me doy un descanso durante mi trabajo o quehaceres diarios (por ej. Almuerzo)			
46. Doy tiempo para conversar con mis amigos, familiares o colegas			
47. Me siento contento con el trabajo o quehacer que realizo a diario			
48. Arreglo mi espacio de trabajo de una manera agradable y confortable			
49. Influyo positivamente en mi trabajo, actividades o quehaceres que realizo			
50. Tengo equilibrio entre mi trabajo, mi familia, mis relaciones, mi descanso y pasatiempos.			
51. Me protejo para prevenir accidentes o lesiones en mi trabajo o quehacer diario (cortaduras, quemaduras, fracturas, etc.)			