

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL
HOGAR EN ADULTOS MAYORES, CENTRO SALUD PARROQUIAL SAN
FRANCISCO DE ASÍS, LIMA, 2017**

**TESIS
PRESENTADO POR:**

BETTY GOMEZ MOGROVEJO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**ASESOR:
Dr. EDGAR LUCAS ALVIZURI GÓMEZ**

**LIMA - PERÚ
2017**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primero a Dios, por brindarme cada día salud y bienestar, y sobre todo cuidar a mi familia.

Segundo dedico a mi pequeño hijo Leonel, mi gran tesoro, a quien amo infinitamente, y por el cual me esmero cada día para ser mejor persona y cumplir mis metas.

Tercero a mi familia, quien me apoya incondicionalmente.

AGRADECIMIENTOS

- AL Dr. Edgar Lucas Alvizuri Gómez, por ser mi asesor de tesis, quien me ha ayudado y encaminado en la realización de mi proyecto de investigación, gracias por su vocación de enseñanza.
- A la coordinadora Lic. Rosa Pajares Aguilar por permitirme realizar la investigación en el Centro Médico Parroquial San Francisco de Asís.
- A la Dra. Luz Arévalo quien me brindó su ayuda para realizar mi tema de investigación.
- Al director del Centro Medico Párroco Elías Zavaleta quien siempre me recibió con las puertas abiertas.
- A mis docentes que me orientaron a lo largo de mi trabajo de investigación.
- A la Universidad Inca Garcilaso de la vega, facultad de enfermería, siempre llevare en alto el honor de haber sido estudiante de tan ilustre institución.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. El método del estudio de investigación es el descriptivo - correlacional y de corte transversal, se trabajó con 263 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. Se aplicó las dos guías de entrevista, la primera fue elaborada y validada por la Lic. Ruth Magdalena Alvear Idrovo (2013) Cuenca Ecuador, adaptado por Bachiller Betty Gómez. Test PAC – AM: “Nivel del autocuidado del adulto mayor”, quien reporta una confiabilidad de 0.96; y el segundo por la Lic. En Enfermería Anally Fermina Maita Rojas (2008), que tuvo confiabilidad de 0.88. Los resultados arrojaron que el nivel de autocuidado que presentan los adultos mayores relacionados a las dimensiones como actividad física, alimentación, descanso y sueño, e higiene y confort, se observó que el 56.7% de adultos mayores muestran un nivel de autocuidado muy bueno, mientras que el 42.6% percibe el autocuidado en un nivel bueno, y solo el 0.8% manifiesta que el nivel de autocuidado es malo. Por tanto, podemos concluir que la tendencia es positiva, la tipificación del nivel predominante es el muy bueno. En cuanto a la prevención de accidentes en el hogar relacionados a las dimensiones como caídas, quemaduras e intoxicaciones, se observa que el 98.5% muestran un nivel muy adecuado y el 1.5% muestra que el nivel es bueno. Por tanto, podemos concluir que la tendencia es positiva, y la tipificación del nivel predominante es muy adecuada. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal. Se aconsejó realizar la promoción de prevención de accidentes permanente por el personal de enfermería, a través de charlas y recomendaciones, para mejorar la calidad vida.

PALABRAS CLAVE: autocuidado, prevención de accidentes, adulto mayor.

ABSTRACT

The present project had have as an objective to determinate the relationship that exist between the level of self care and the preventions of accidents at home of older adults who attend the San Francisco de Asís Parish Health Center, Lima, 2017. The method of the studying research is the descriptive - correlational and cross-sectional, it worked with 263 older adult who attend the San Francisco de Asís Parish Health Center, Lima, 2017. It applied two guide interviews; the first was elaborated and validated by the Lic. Ruth Magdalena Alvear Idrovo (2013), Cuenca Ecuador, adapted by Bachiller Betty Gómez. PAC Test - AM: "senior self-care level", who reports a confidence of 0.96; and the second by the Lic. In Nursing Anally Fermina Maita Rojas (2008), who had reliability of 0.88. For instance, the results showed that the level of self care that the older adult have are related to the dimensions such as physical activity, food, rest and sleep, and hygiene and comfort, it was observed that 56.7% of older adults show a very good level of self-care, while that 42.6% perceive self-care at a good level, and only 0.8% state that the level of self-care is bad. Therefore, we can conclude that the trend is positive; the typification of the predominant level is very good. Regarding the prevention of accidents in the home related to the dimensions such as falls, burns and poisonings, it is observed that 98.5% show a very adequate level and 1.5% show that the level is good. Therefore, we can conclude that the trend is positive, and the typification of the predominant level is very appropriate. Therefore, the main hypothesis is accepted. In addition, it was advised to carry out the permanent accident prevention promotion by the nursing staff, through talks and recommendations to improve the quality of life.

KEY WORDS: Self care, accident prevention, older people.

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	VIII
 CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1.- Descripción de la realidad Problemática	1
1.2.- Definición del Problema	4
1.3.- Objetivos de la investigación	5
1.4.- Finalidad e importancia.....	5
 CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1.- Bases Teóricas	7
2.2. Estudios previos	24
2.3. Marco Conceptual.....	30
 CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1.- Formulación de Hipótesis	33
3.1.1.- Hipótesis General	33
3.1.2.- Hipótesis Específicas	33
3.2.- Identificación de Variables	34
3.2.1.- Clasificación de Variables	34
3.2.2.- Definición Constitutiva de variables	34
3.2.3.- Definición Operacional de variable	35
 CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	
4.1.- Descripción del Método y Diseño	36
4.2.- Tipo y Nivel de Investigación	37
4.3.- Población, Muestra y Muestreo	37
4.4.- Consideraciones Éticas	39

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos41
5.2.- Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos42

CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 presentación, análisis e interpretación de datos43
6.2 Discusión58
6.3 Conclusiones61
6.4 Recomendaciones63

BIBLIOGRAFÍA64

ANEXOS68

MATRIZ DE CONSISTENCIA.

INSTRUMENTO

BASE DE DATOS DE VARIABLE 1

BASE DE DATOS DE VARIABLE 2

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

INTRODUCCIÓN

Este presente trabajo de investigación, sobre nivel de autocuidado y prevención de accidentes en el hogar en adultos mayores, Centro Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima 2017, ha permitido identificar y conocer el nivel de autocuidado de los adultos mayores, identificando las causas de accidentes más concurrentes, lo cual ayudará a crear estrategias de prevención de accidentes y la identificación de factores de riesgo, todo esto en el marco del primer nivel de atención que es la promoción de la salud. Utilizando estrategias preventivas eficaces para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del C.M San Francisco de Asís.

La Organización Mundial de la Salud, tiene como prioridad y objetivo principal La salud de la población, el autocuidado constituye la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud y así prevenir enfermedades mediante el conocimiento y práctica.

En la carta de Ottawa (1986), la salud se percibe no como un objetivo sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana que es el resultado del autocuidado, el cuidado a los demás, la capacidad de tomar decisiones y controlar su propia vida y de asegurar a la sociedad, ofreciendo a todos sus miembros la posibilidad de gozar de una buena salud”.

Según la teorista Dorotea Orem (2001), la teoría de la enfermería sobre el autocuidado, es definida como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Afirma que el autocuidado es una conducta que se aprende.

Es un concepto importante para el adulto mayor, porque lo involucra como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y de poder gozar de un buen estado de salud. El autocuidado permite mejorar la calidad de vida, a través del fortalecimiento de la autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable

Así, se pretende que el adulto mayor logre, en lo posible, una longevidad satisfactoria. Para conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor, éste debe asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud, es decir, practicar el autocuidado.

Los accidentes son definidos por Sandoval (2016), “cualquier suceso fortuito, que, provocado por una acción violenta y repentina de un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal”. De modo que la adopción de nuevos roles del adulto mayor en las actividades de rutina, de la vida diaria o cotidiana, lo predispone a experimentar riesgo a accidentes.

El adulto mayor posee riesgos para múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas, derivadas del proceso natural de envejecimiento, también está más expuesto a sufrir más accidentes, debido a que se observa en la sociedad un cambio en el rol del adulto mayor, pues muchas veces asumen el rol de “padres de sus nietos”, tal es así que un grupo considerable se dedica a tiempo completo a la crianza de los mismos e incluso otros se ven en la necesidad de trabajar, o realizar actividades para los que ya no se encuentran completamente aptos y a la vez los expone a diversos accidentes en el hogar que podrían afectar o ir en desmedro de su salud, de allí la necesidad de querer conocer sobre prevención accidentes.

Consideramos que este estudio es importante para la enfermería por que permitió conocer e identificar acontecimientos prevenibles, a través de estrategias de promoción, que ira de la mano junto al profesional de enfermería, motivando a los pacientes que asistan a los diferentes programas que se realizan, enfatizando prioritariamente la práctica del autocuidado como mecanismo para mejorar la valía personal y proporcionar la independencia total o parcial; viéndose esto reflejado en una mejor calidad de vida de los pacientes.

El presente trabajo de investigación se distribuye por capítulos de la siguiente manera:

El primer capítulo corresponde al planteamiento del problema donde se describe la realidad problemática, para proseguir con la formulación de las preguntas de investigación. Los objetivos y la justificación e importancia del problema.

En el segundo capítulo se incluyen los fundamentos teóricos de la investigación, las bases teóricas sobre la percepción de autocuidado y prevención de accidentes en el hogar en adultos mayores. Así como los estudios previos y el marco conceptual.

En el tercer capítulo se agrega la formulación de hipótesis, y la clasificación de variables, definición constitutiva de las variables investigadas.

En el cuarto capítulo se describe el método y diseño, así como el tipo y nivel de investigación. Se habla de la población, la muestra y técnicas de muestreo, sin dejar de mencionar las consideraciones éticas.

El quinto capítulo trata de las técnicas e instrumentos de recolección de datos incluyendo el procedimiento y la presentación de datos.

En el sexto capítulo corresponde los resultados, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, los últimos apartados de informe de tesis contienen la bibliografía y los anexos respectivos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Pérez (2014), El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno demográfico mundial. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que de 204 millones de personas de 60 años y más, que había en 1950 en el mundo, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional estará cerca de 1900 millones, lo cual revela un crecimiento sin precedentes en la historia de la humanidad y del proceso de envejecimiento.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2015) nuestro país no se encuentra fuera de esta realidad ya que el ritmo de crecimiento poblacional se viene acelerando desde hace una década atrás, lo que ha permitido realizar proyecciones, y se calcula que hacia el año 2025 la población correspondiente a la etapa de “Adulto Mayor” representará el 13.27% de la población total, asimismo la esperanza de vida alcanzará los 75 años. Ello

significa que en los próximos 20 años la población mencionada llegará casi a duplicarse.

La Dirección General Previsión y Promoción de la salud MINSA (2011) El envejecimiento de la población peruana, es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren una respuesta organizada y activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional, como tal es imperativo conocer cuál es su percepción del adulto mayor sobre su auto cuidado.

En el ámbito social se ha encontrado diversos “paradigmas y mitos” relacionados al proceso de envejecimiento. Algunos consideran que las personas adultas mayores que no tienen la capacidad física ni mental para realizar actividades independientemente, es más erróneamente se considera que ésta etapa es sinónimo de rigidez, enfermedad, discapacidad, entre otros. Contrariamente se encuentra opiniones que valoran las capacidades del adulto mayor, y en otros casos sobreestiman dichas capacidades, llegando así al extremo de no considerar la vulnerabilidad propia de la edad.

Apreciándose en la sociedad un cambio en el rol del adulto mayor ,es más, asumiendo muchas veces el rol de “padres de sus nietos”, tal es así que un grupo considerable se dedica a tiempo completo a la crianza de los mismos, por ejemplo se observa que ellos son los que llevan a los niños a las instituciones educativas , se ocupan de su alimentación, cuidado de los mismos y en el afán de no caer en la “inutilidad” en otras oportunidades se encuentran en la necesidad de trabajar, o realizar actividades para los que ya no se encuentran completamente aptos y a la vez los expone a diversos accidentes en el hogar que podrían afectar o ir en desmedro de su salud, de allí la necesidad de querer conocer sobre prevención accidentes.

Sandoval (2016), De modo que la adopción de nuevos roles del adulto mayor en las actividades de rutina, de la vida diaria o cotidianas, lo predispone

a experimentar riesgo a accidentes, entendiéndose tal como “cualquier suceso fortuito, que, provocado por una acción violenta y repentina de un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal”. Si bien son ciertas todas las personas se encuentran expuestas a presentar accidentes, tales como laborales, de tránsito y/o domésticos, sin embargo, estos pueden ser específicos de acuerdo también a las etapas de la vida. Es más, diversos autores consideran como población vulnerable a personas menores de 5 años y mayores de 60 años.

Según Varela, en el marco de las investigaciones gerontológicas, son escasas las relacionadas a esta temática. Asimismo, no existe una información sistematizada y confiable que refiera los riesgos más frecuentes a los que se expone actualmente el adulto mayor, ni qué actividades básicas de la vida diaria o de rutina (bañarse, vestirse, utilizar el retrete, movilizarse, contener esfínteres, alimentarse), así como instrumentales (cocinar, limpiar, lavar, uso de transporte público, auto administración de medicamentos, manejo de sus finanzas, entre otros); generan mayores riesgo, de modo que permita, sobre ésta base, generar planes de acción a nivel local que contemplen la capacitación de recursos humanos, la promoción de estilos de vida saludables, no sólo en el adulto mayor, sino también en su familia, mediante la elaboración de material educativo que fortalezca el aspecto del autocuidado, entre otros, sobretudo en el primer nivel de atención.

según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), en sus recomendaciones a los gobiernos respecto al mejoramiento de las condiciones de vida, considera que la atención primaria es la mejor estrategia para lograr la salud y bienestar de la población; principalmente enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En el Centro de salud parroquial San Francisco de Asís, lima 2017, en cuanto a la admisión de los pacientes, se encuentra estructurado con un cuaderno de registro de atención en el área de triage. Este registro permitió establecer la población de pacientes adultos mayores atendidos, resultando 822 pacientes adultos mayores que acudieron al centro de salud parroquial san francisco de asís. A la interacción con los adultos mayores se evidencian

expresiones como: “vivo con mis hijos y como ellos trabajan, crío a mis nietos”, “a veces me olvido y dejo la cocina prendida”, “hace poco me caí por eso ahora camino despacio”. En cuanto a la exposición a riesgos de accidentes en el adulto mayor se observó que dentro del domicilio no se cuenta con las condiciones adecuadas que brinden seguridad al adulto mayor (escasa iluminación, escaleras sin pasamanos, pisos desnivelados, obstáculos en el piso, etc.).

Ante la realidad expuesta surgen las siguientes interrogantes ¿Se conoce el nivel de autocuidado del adulto mayor, se pueden prevenir los accidentes más frecuentes en el adulto mayor en sus actividades cotidianas, sobre todo su auto cuidado?

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017?
2. ¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017?
3. ¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017.
2. Establecer la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima 2017.
3. Contrastar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017.

1.4. FINALIDAD E IMPORTANCIA

Este proyecto de investigación tiene gran importancia, ya que con lleva a brindar al profesional de enfermería y directivos del Centro de Salud San Francisco de Asís información actualizada relevante y específica sobre el nivel de auto cuidado y riesgos de accidentes en el hogar en el adulto mayor, favoreciendo el proceso de envejecimiento saludable y por ende mejorar la calidad de vida de los adultos mayores usuarios de los servicios de salud a nivel nacional.

Mediante la siguiente investigación se desea obtener información de los adultos mayores que acuden al Centro Médico Parroquial San Francisco de Asís, los cuales realizan sus actividades de rutina, además de la adaptación frente a los cambios producto del proceso de envejecimiento y de la asunción de nuevos

roles en la sociedad, por ello el presente estudio estará orientado a obtener los datos necesarios que permitan tener un diagnóstico real acerca del autocuidado y acerca de la prevención de accidentes en el ámbito domiciliario o doméstico a los que está expuesto el adulto mayor que realiza actividades básicas de rutina (bañarse, vestirse, utilizar el retrete, moverse, contener esfínteres, alimentarse), así como instrumentales (cocinar, limpiar, lavar, uso de transporte público, auto administración de medicamentos, manejo de sus finanzas, entre otros),

El presente estudio de investigación se sustenta en que los resultados del presente trabajo de investigación, que ayudaran a determinar con exactitud, la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores, de acuerdo a ello plantear estrategias y programas de educación para la salud del adulto mayor en todo el nivel educativo que involucre prioritariamente a los protagonistas y su familia en el marco del Modelo de Atención Integral, así mismo es el punto de partida para sensibilizar a la sociedad en general, ya que no es tanto el incremento de la expectativa de vida del adulto mayor sino el aumento de la expectativa de vida activa e independiente. Todo ello estará orientado a lograr una mejor calidad de vida en esta etapa, reforzando el nivel de atención primaria lo que concluirá con un cuidado eficaz brindada al usuario adulto mayor por parte del profesional de enfermería.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1 ADULTO MAYOR

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), “considera como personas mayores a los varones y mujeres que tiene 60 o más años de edad”.

Según MINSA (1999) A partir del año 1996, la Organización de Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo poblacional personas “Adultas Mayores”, de conformidad con la resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General, con la finalidad de evitar denominaciones diversas, como: anciano, viejo, senecto, gerente, entre otros.

Encinas (2009), La definición de la salud de las personas que envejecen no se expresa en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, es así que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha realizado la clasificación del Adulto Mayor en 3 grupos bien diferenciados, tales como:

Persona Adulta Mayor Auto Valente: es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aquellas actividades funcionales especiales para el autocuidado: comer, vestirse, desplazarse asearse, bañarse, continencia y realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como: cocinar limpiar comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.

MINDES (2003) Persona Adulta Mayor Frágil: Se define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociado con un aumento de la susceptibilidad de discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.

Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% de personas mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.

La clasificación mencionada anteriormente se encuentra determinada de acuerdo a la evaluación de la capacidad funcional de la persona adulta mayor.

Es por ello que es necesaria una Valoración Geriátrica integral (VGI), que “es un proceso diagnóstico, habitualmente interdisciplinario (involucra esencialmente al médico geriatra, profesional de enfermería y asistente social), que sirve para cuantificar capacidades y problemas del adulto mayor, tanto médicos, funcionales, como psicológicos y sociales con el objeto de lograr un plan integral de cuidados y seguimiento a largo plazo”.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

En la actualidad se maneja el término “Envejecimiento Poblacional” el cual se define como un proceso gradual en el que la proporción de adultos y

adultos mayores se incrementa en una población, mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes.

Rodríguez (2009), El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 204 millones en 1950 a 577 millones en 1998, se estima que para el año 2050 éste grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1,900 millones. Así en el período 1950 – 2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 141%, la población de 60 y más años, aumentó aproximadamente 218%, mientras que los de 80 y más años de edad lo hicieron en cerca de 385%.

Anzola (2013), En América Latina, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que el presentado en los países en desarrollo y por darse en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas y de géneros que en algunos casos, se acentúan. En ésta perspectiva los países de América Latina deberán atender las demandas de una población adulta mayor que tiene un tamaño bastante cercano al de los países desarrollados, pero deberá hacerlo con recurso mucho menores.

Como se sabe, el envejecimiento poblacional se debe a la disminución de las tasas de fecundidad, las que descienden en el Perú desde 1970 y a ritmo más acelerado a partir de 1980. Asimismo, ello ha determinado el aumento en la esperanza de vida al nacer, debido a la disminución de la mortalidad de la población en edad avanzada. La evolución de este indicador señala que de 55.5 años en promedio registrada en 1972, la esperanza de vida aumentó a 66.7 años en 1993 y según proyecciones oficiales, al año 2010 bordea los 71.2 años.

Castro (2011), Si bien la población peruana continúa siendo predominantemente joven, viene presentando un proceso de envejecimiento que además de cambiar progresivamente el perfil demográfico nacional, está

generando nuevas demandas sociales y una constante preocupación por parte de autoridades y planificadores del desarrollo del país.

Según el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), en el año 2012 la población estimada a nivel nacional fue de 26 millones 749 mil personas, de las cuales el 7.2% cuenta con 60 y más años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% el año 2025.

El envejecimiento en el Perú se produce con características diferenciadas hombres y mujeres. Debido a profundas inequidades estructurales los varones que actualmente cuentan con más de 60 años tuvieron acceso a los diferentes niveles de instrucción, lo que les permitió alcanzar una mejor calificación para insertarse en el mercado laboral en condiciones más ventajosas. Este hecho hizo que ellos accedieran en su mayoría a un trabajo formal y luego de un número de años laborando, tuvieron derecho a una pensión de jubilación y servicios de seguridad social, mientras que, en el caso de las mujeres adultas mayores, éstas en su gran mayoría fueron marginadas para acceder a la escolaridad, lo que posteriormente limitó sus posibilidades de calificarse para el trabajo y su participación en el sector formal. Su quehacer tuvo lugar sobre todo en la esfera doméstica, convirtiéndolas en personas económicamente dependientes.

Según Bullón (2013), En cuanto a la distribución geográfica de los adultos mayores, se presenta de manera similar a la del resto de la población del país. En las zonas urbanas reside cerca del 70% de la población adulta mayor y el resto en las rurales, siendo los departamentos donde se concentra una mayor proporción de ellos Lima (33.8%), La Libertad (5.0%), Piura (5.5%), Puno (6.0%) y Cajamarca (4.9%).

Información oficial reciente señala que el 46.1% de la población de 60 y más años habría padecido algún síntoma de enfermedad o accidente, mientras el 53.9% restante no habría padecido enfermedad alguna. Asimismo, de las personas mayores que padecieron enfermedad o accidente, el 83% tuvo acceso a los servicios de salud 40% se atendió en un servicio público, 40% en ESSALUD

y el 20% restante asistió a establecimientos del sector privado o a lugares no especializados.

En el aspecto laboral según el Censo Nacional de 1993 señala que la Población Económicamente Activa (PEA) de 65 y más años representa el 5% de la Población Económicamente Activa (PEA) total, siendo de 3.5% en zonas urbanas y de 1.5% en las rurales.

Vera (2007), Información más reciente para zonas urbanas, provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 1997, señala que la tasa de participación de este grupo poblacional es 39%, manteniéndose fuera de la actividad laboral el 61% restante de los cuales 40% son jubilados o pensionistas y el 13.4% presentan alguna enfermedad o discapacidad.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Universidad Nacional de Trujillo (2010), El envejecimiento puede definirse como “la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte” Una definición alternativa podría ser “un descenso en la capacidad para sobrevivir al estrés considerándolo como cualquier factor o proceso que tiende a desviar el ambiente interno de su equilibrio normal, con el punto final del deterioro homeostático en un ambiente interno incompatible con la vida”.

El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica. Erróneamente muchas personas consideran el envejecimiento como un estado patológico o una enfermedad; sin embargo, no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos; el envejecimiento y muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo de vida normal.

Ahora bien, se estudia el envejecimiento a partir de teorías biológicas, las cuales intentan describir y explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos, las teorías psicológicas las cuales describen y explican la conducta del adulto mayor en relación con otras personas

y las teorías sociológicas que centran su atención en los medios de adaptación del adulto mayor en ésta última etapa de su vida.

2.1.2. NIVEL DE AUTOCUIDADO

Medir salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social, y su percepción propia de sus capacidades para atenderse a sí mismo, es por eso que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su funcionabilidad. Hace ya largo tiempo quienes se ocupan de los crecientes problemas de los ancianos y enfermos crónicos han advertido la necesidad de disponer de mejores métodos para medir la capacidad funcional de esas personas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas mayores son un grupo heterogéneo, que incluye desde personas con buen estado de salud, hasta personas enfermas, pero con autonomía funcional, los instrumentos que evalúan funcionabilidad se ven limitados a detectar las personas que realmente tienen algún grado de dependencia (que pueden y que no pueden hacer), pero no miden como hacen lo que hacen, o lo que es lo mismo; nivel de autocuidado.

DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR.

Dentro de la capacidad de autocuidados en los adultos mayores se identifican las siguientes dimensiones:

ACTIVIDAD FÍSICA

García, menciona que el ejercicio y la actividad son importantes para el adulto mayor, como un medio para promover y preservar la salud. La actividad física mantenida a lo largo de la vida de forma continua, es un determinante del grado de funcionalidad física que observamos en esta etapa debido a que hay mayor tiempo libre y se puede aprovechar para leer, cultivar, coser, acudir a reuniones con amigos, vecinos o familiares.

D'Hyver, señala que las actividades de autocuidado en el adulto mayor relacionadas al ejercicio y la actividad física forman parte importante en la

prevención primaria, debido a que el adecuado uso de los sistemas musculoesqueléticos favorece a su vez el funcionamiento cardiovascular; la movilidad es un factor importante en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que, a su vez, serán reflejo de la calidad de vida que cada persona dese.

Al respecto Donoso, señala que un programa de acondicionamiento físico incluye actividades como aumento de la flexibilidad, fortalecimiento y resistencia cardiovascular; recomendando la natación, el baile y las caminatas; que deben durar por lo menos 30 minutos y practicarse tres veces a la semana, si es bien tolerado.

Según Alvear, en el adulto mayor la movilidad y funcionalidad está determinada por los cambios propios de la edad, estilos de vida actividad física, sedentarismo, nutrición, enfermedades y estereotipos negativos. El ejercicio físico es importante para todas las edades, incluso para las personas con enfermedades crónicas, porque la vida sedentaria puede conducir a la muerte por anulación de la función, acelerando el envejecimiento, constituyéndose en un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por lo que es básico realizar ejercicios diariamente por los beneficios físicos como psicosociales sobre la salud.

Santana, especifica que en el proceso de envejecimiento normal se producen cambios tanto en los músculos, huesos y las superficies articulares las que no se adaptan a los cambios provocando alteraciones en los cartílagos que contribuye para que los adultos mayores empiecen a disminuir la actividad física y la marcha. Dentro de la actividad física se consideran las actividades como nadar, correr, hacer ciclismo, ir al gimnasio u otros, los que al practicarlos favorece para la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía e independencia del adulto mayor.

ALIMENTACIÓN

Ofaman S. refiere que la alimentación es un proceso fisiológico importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con

un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades

El adulto mayor en el cuidado de su alimentación debe tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy frío), siendo importante que participen y disfruten de la alimentación y al mismo tiempo fomenten la comunicación familiar.

DESCANSO Y SUEÑO.

Biox C. Manifiesta que los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo vigilia – sueño o “reloj biológico”; conforme las personas envejecen la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y un aumento del tiempo del sueño liviano, como resultado de alteraciones o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño

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

HIGIENE Y CONFORT.

Valandía A. subraya que el aseo y confort de un adulto mayor, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar al aseo personal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza corporal y de mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort.

En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no resequen su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las partes del cuerpo.

ACCIDENTES EN EL HOGAR.

De la Puente (2015), Se define como “accidente cualquier suceso fortuito, que, provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal. La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable”.

Existen varios tipos de accidentes, entre los que se encuentran:

- ✓ **Accidentes en el hogar:** intoxicaciones, quemaduras, torceduras, caídas es más común.
- ✓ **Accidentes en el trabajo:** quemaduras, congelamiento, inmersión, muertes violentas, electrocución, etc.
- ✓ **Accidentes de tránsito:** Choques, muertes violentas, etc.

CAUSAS BÁSICAS Y CAUSAS INMEDIATAS

No deben confundirse las causas básicas con las causas inmediatas. Por ejemplo, la causa inmediata de un accidente puede ser la falta de una prenda de protección, pero la causa básica puede ser que la prenda de protección no se utilice porque resulta incómoda. Supongamos que a un tornero se le ha clavado una viruta en un ojo. Investigado el caso se comprueba que no llevaba puestas las gafas de seguridad. La causa inmediata es la ausencia de protección individual, pero la causa básica está por descubrir y es fundamental investigar por qué no llevaba puestas las gafas. Podría ser por tratar de ganar tiempo, porque no estaba especificado que en aquel trabajo se utilizaran gafas (falta de normas de trabajo), porque las gafas fueran incómodas, etc. Es pues imprescindible tratar de localizar y eliminar las causas básicas de los

accidentes, porque si solo se actúa sobre las causas inmediatas, según el Yankee Group, de Boston, los accidentes volverán a producirse.

2.1.3. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR DEL ADULTO MAYOR

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Partiendo de la premisa de que "las caídas se pueden prevenir", a continuación, se darán recomendaciones y medidas de autocuidado para prevenir las medidas ante los cambios relacionados con la edad:

Mantenga los anteojos y audífonos (si se usan) siempre a la mano, limpios y en buen estado. Si requiere bastones y andadores deben de ser de tamaño adecuado, seguros, y el usuario debe saber la correcta forma de usarlos.

- Evite mirar directamente a las luces, como por ejemplo las de los autos, al atravesar la calzada.
- Tenga cuidado al adaptarse a las nuevas gafas bifocales o lentes ahumados, o una operación de ojos, por la posibilidad de caídas. Los nuevos lentes suplementarios pueden provocar desorientación espacial y mareos.
- Participe en un programa de ejercicios para reforzar y mantener la fuerza, flexión, resistencia, agilidad, tiempo de respuesta, equilibrio y la confianza. El caminar también es una actividad que mejora el equilibrio y la marcha.
- Realice, siempre que sea posible, las actividades de la vida diaria. El ambiente familiar debe proporcionar apoyo psicológico, seguridad, confianza, y evitar la sobreprotección.
- Tenga una alimentación adecuada con un complemento nutricional de calcio (leche, queso, clara de huevo, yogurt, vitamina D, etc.); relacionado con la calcificación de los huesos. Los baños de sol también estimulan la producción de vitamina D, la cual a su vez estimula la absorción intestinal de calcio y su movilización a nivel óseo.
- Mantenga su peso ideal o el recomendado.

- Use vestidos cómodos y calzado o zapatilla adecuados, con suelas de goma antideslizante que le proporcionarán estabilidad.
- Asista a un control médico anual o cuando sea necesario para evaluar el área sensorial, cognitiva, neuromuscular, marcha y equilibrio. Así mismo, lleve un adecuado tratamiento de las enfermedades que conducen a las caídas como las de Parkinson, enfermedad vascular cerebral, artritis, neuropatías, enfermedades músculo-esqueléticas, cardiovasculares, vestibulares, sensoriales, problemas de los pies y demencias, entre otras.
- Evite cambios bruscos de posición de una postura sentada o acostada (al levantarse de la silla, de la cama). Evite también, mover la cabeza a los lados o hacia atrás bruscamente. Esto puede producir hipotensión y pérdida del equilibrio.
- Es muy importante que conozca la acción y los efectos adversos de diversos medicamentos potencialmente causantes de hipotensión y por ende predisponentes para las caídas, como los antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos, etc.
- Evitar el consumo de alcohol excesivo porque altera la percepción espacial, contribuyendo a que se produzcan las caídas

MEDIDAS EN EL MEDIO AMBIENTE

EN EL DOMICILIO

- Al levantarse de la cama si está oscuro, encienda primero la luz, que debe estar a su alcance, y recién después levántese. Los interruptores deben ser accesibles.
- No se levante rápidamente de la cama. Aprenda a levantarse progresivamente en tres tiempos; sentarse, poner los pies sobre el suelo y luego levantarse, para evitarla hipotensión postural.
- Si usa orinal, que esté cerca de la cama, evite desplazamientos nocturnos a los servicios higiénicos.
- Si hay alfombras, que estén fijas al suelo.
- Cuando se vista, evite colocarse los pantalones o zapatos estando de pie. Use zapatos cómodos, de tacón bajo, suela antideslizante (mejor de goma) y bien adaptados a sus pies.

- Adecue la altura de su cama desde su rodilla al suelo. Lo más seguro es 45 cm, así se puede levantar sin problemas, y los bordes del colchón deben de ser lo bastante firmes, y no blandos, para dar apoyo a la persona sentada, sin riesgo a resbalar.

EN EL BAÑO

- La taza del baño debe estar a una altura de 45cm. Si no es posible sobre elevarla con algún dispositivo, colocar asideros para sentarse y levantarse del inodoro. Papel higiénico al alcance de la mano e instale un sistema de alarma, como una campanilla.
- Báñese de preferencia en ducha, de preferencia sentada en una silla de plástico con respaldar y con asidero (agarradera).
- Coloque una superficie antideslizante o alfombrilla de goma en el baño o ducha. Igualmente, asideros (tanto transversales como horizontales) para ayudar a la movilización.
- La puerta del baño debe ser de aproximadamente, 90 cm de ancho y abrir / hacia fuera para maniobrar mejor (especialmente, si se utiliza andador o bastones).

EN LA COCINA

- Mantenga siempre el suelo seco y limpio.
- No maneje ollas pesadas.
- Reorganice los utensilios de la cocina para evitar el agacharse o tener que alzarse. Los armarios y utensilios deben ser de fácil acceso.
- Evite que haya objetos en el suelo que dificulten la movilidad.
- Coloque pisos antideslizantes en zonas de mayor riesgo: grifos, fregaderos, etc.
- Mantenga siempre la calma, aunque tenga mucho trabajo en la cocina.

EN EL RESTO DE LA CASA

- Eliminar todos los factores de riesgos de escaleras y pasillos, tomando las siguientes medidas:
- Instale luces en rodapiés y zócalos.

- Mantenga adecuada iluminación (usando bombillas de 100 watts) cerca de los peldaños de la puerta y los pasillos.
- Coloque interruptores de forma que tengan fácil acceso (desde la puerta de entrada y al comienzo y final de las escaleras).
- Señale de colores fuertes (rojo, amarillo) los lugares de peligro, como tramos desnivelados, parte superior e inferior de las escaleras, etc.
- Coloque pasamanos a ambos lados de las escaleras.
- Evite las escaleras si tiene leve inestabilidad. Si las usa, utilícelas acompañado. No olvide que las escaleras son el lugar habitual de ocurrencia de caídas.
- Evite suelos muy lustrosos irregulares o mojados. Emplee superficies antideslizantes en el suelo, retire los niveles altos, mantenga las alfombras bien sujetas, evite las alfombrillas sueltas que se deslicen, usar sillas con apoyo para los brazos.
- Evite objetos pequeños, cables y juguetes en el suelo.
- Evite subir a una silla, taburete o escalera para cambios de bombillas de luz o coger objetos. Al inclinar la cabeza hacia atrás puede provocar un desequilibrio postural, pudiendo causar también vértigo o mareo debido a reducción del flujo sanguíneo cerebral.
- Coloque su tendal para secar la ropa a la altura de la cabeza.
- Levántese o salga con calma cuando suene el teléfono y/o la puerta.
- La iluminación, en general, de su casa debe ser adecuada para que no se deslumbré u originen sombras. Aumente la iluminación en áreas de riesgos, como escaleras, baños, dormitorios.
- Trate de mantener las dimensiones adecuadas de pasillos y puertas, etc., siguiendo las normas arquitectónicas vigentes para adultos mayores y discapacitados e intentando que la disposición del mobiliario no obstaculice el paso.
- Use tiradores o jaladores con mango en las puertas, en lugar de perillas.
- Utilice sillones con brazos, de respaldo alto y que le permitan ponerse de pie sin esfuerzo.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

- Colocar en lo posible protecciones alrededor de aquellos objetos que se encuentran calientes y que resultan accesibles necesariamente.
- Seleccionar y utilizar objetos provistos de elementos de agarre aislante (mangos, asas, etc.), en buen estado.
- Utilizar guantes o manoplas aislantes para mover objetos calientes o manipular dentro de un horno encendido.
- Evitar las salpicaduras, usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos.
- Los mangos de sartenes, cacerolas y pucheros no deben sobresalir del mueble de cocina.
- Alejar a la población vulnerable (niños y adultos mayores) de la cocina y zona de planchar.
- Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de la población vulnerable
- Impedir que los niños jueguen con cerillas y mecheros.
- Manipule con cuidado cohetes, petardos y cartuchos y no los deje al alcance de los niños.
- Manipule con cuidado las baterías de los coches, por contener ácido sulfúrico.
- Manipule con cuidado cualquier producto químico, así como la sosa caustica o la cal viva.
- Utilizar bloqueador solar, antes de la exposición a rayos solares intensos.

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS POR ELECTROCUCIÓN

- No conectar aparatos eléctricos que se hayan mojado.
- Procurar no usar ni tocar aparatos eléctricos estando descalzo, aun cuando el suelo esté seco.
- No tener estufas eléctricas, tomas de corriente ni otros aparatos eléctricos al alcance de la mano en el cuarto de baño y a menos de 1 metro del borde de la bañera.
- Usar enchufes giratorios o de enclavamiento profundo para proteger a los niños.

- Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica desconectar el interruptor general situado normalmente en el cuadro general y asegurarse de la ausencia de tensión. Advertir a los demás acompañantes del riesgo para que no conecten mientras esté trabajando.
- Tanto las clavijas como los enchufes deben disponer de un conductor de "puesta a tierra". Este conductor deberá llegar a las carcavas de todos los aparatos electrodomésticos que no lleven grabado el símbolo de doble aislamiento.
- Comprobar que las tuberías de agua (caliente y fría), desagües del baño, grifo, lavadero, etc., estén conectados entre sí y a tierra mediante un conductor.

PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES

NORMAS GENERALES

- Guardar dichos productos en lugar seguro, fuera del alcance de la población vulnerable.
- Etiquetar debidamente los recipientes y a ser posible mantener los productos en sus envases originales. Presten cuidado a los envases que se parecen entre sí.
- Evite usar envases de productos alimenticios, o los utilizados para agua o bebidas refrescantes, para rellenarlos con contenidos tóxicos. Si llegan a usarse, trate de quitar la etiqueta original y no olvide colocar otra etiqueta que lo identifique correctamente.
- Seguir las instrucciones de uso del fabricante del producto.
- No almacenar conjuntamente distintos tipos de productos (alimenticios, tóxicos, etc.)

NORMAS ESPECÍFICAS

- Medicamentos: No almacenarlos en las mesillas de noche. Guardarlos bajo llave.
- Productos de limpieza: No mezclarlos indiscriminadamente, especialmente en el caso de la lejía y el ácido muriático (se produce un

fuerte desprendimiento de cloro, que es un gas tóxico). Igual ocurre con la mezcla de lejía y amoníaco.

- Insecticidas y productos de jardinería: No pulverizarlos sobre alimentos, personas o animales domésticos.
- No permanecer en habitaciones tratadas con insecticidas hasta transcurrido un tiempo prudencial.
- Pinturas, disolventes y adhesivos: Aplicar con buena ventilación; no lavarse con disolventes.
- No permanecer en las habitaciones recién pintadas o barnizadas hasta que desaparezca el olor del disolvente.
- Combustibles y productos de combustión: No situar calentadores a gas en cuartos de baño ni colocarlos mal ventilados.
- Las estufas y braseros no deben emplearse en locales sin ninguna ventilación.
- No mantener el coche en marcha en el interior de garajes pequeños y mal ventilados.
- Controlar la buena combustión de los braseros de carbón, cisco o picón.
- No emplear estufas o braseros en los dormitorios.
- Cerrar la llave del paso al finalizar la utilización del gas y siempre por la noche.
- Evitar las corrientes de aire sobre la llama que puedan apagarla.
- Vigilar los recipientes con líquidos sobre el fuego que, al hervir, rebosen apague la llama.
- Si percibe olor a gas no accione interruptores eléctricos ni encienda cerillas o mecheros: la chispa provocaría una gran explosión.

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADULTO MAYOR

Puesto que es menester del profesional de enfermería velar por el cuidado integral de las personas en sus diversas etapas de vida, incluyendo periodos de salud enfermedad. Dado a que el envejecer no es algo predeterminado el rol del enfermero(a) cobra mayor valor y sentido, por lo cual e su abordaje e interacción con el adulto mayor debe considerar diversos aspectos fundamentales tales

como: la individualidad de la persona, las pérdidas sufridas, el progreso de disminución en el funcionamiento general, la capacidad de adaptación a todos estos cambios. Todas las actividades de enfermera deben estar orientadas a favorecer el establecimiento de estilos de vida saludables.

El profesional de enfermería en el ámbito gerontológico se encuentra en la capacidad de desarrollar uno o más de los siguientes roles: educación, cuidado o asistenta directa, asesoría, planificación y coordinación de servicios, así como también enseñanza y evaluación de aquellas personas que ejecutan esos roles o de los que se preparan para realizarlos.

ENFERMERÍA PROMOVRIENDO EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN DOROTEA OREM

En función a diversas teorías que se han dado sobre el autocuidado, podemos considerar en resumen que “el autocuidado es asumir Voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud”.

Kosier (1999), El autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud. Dorotea Orem, en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Así mismo afirma que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. Ambos mencionados anteriormente, comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. Se consideran que se debe tener en cuenta las necesidades y potencialidades de las personas, considerándose las siguientes actividades primordiales:

- ✓ Promoción y fomento de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.
- ✓ Prevención de la enfermedad a través del control y disminución de factores de riesgo.

- ✓ Mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación.
- ✓ También incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico.
- ✓ Otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y mujer como ser holístico.

En vista que el abordaje al adulto mayor requiere de un trabajo organizado y en equipo, como lo señala Busse cuando afirma que el autocuidado y la gerontología se basan en enfoques multidisciplinarios y que el equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional está llamado a convertirse en agente facilitador de ese proceso. El adulto mayor no solo debe ser un destinatario pasivo de los servicios de salud, sino que debe convertirse en un elemento participativo. Así lo afirmó Halfdan Mahler, ex director general de la OMS: “es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental, o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismo” ⁽¹⁰³⁾. Así mismo, el autocuidado no es sólo una función de los profesionales, sino que involucra al adulto mayor, a la familia, a los vecinos y a la comunidad en general.

2.2. ESTUDIOS PREVIOS

2.2.1 A NIVEL INTERNACIONAL

Alvarado Astudillo Lucia Isabel Ecuador (2013), el estudio trata de la “Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. Cuenca, 2013”. El objetivo general fue determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos: enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas; en la Parroquia Sidcay, Cantón Cuenca. La metodología se trató de un estudio transversal; la población de estudio se estableció en los adultos mayores de la Parroquia Sidcay. Se trabajó con 489 adultos mayores. Para el levantamiento de datos se utilizó un cuestionario basado en la OMS y “Escala de Riesgo de Caídas de Downton”, los datos fueron tabulados y analizados en el programa SPSS 15.0, para variables demográficas se usaron porcentaje, frecuencia, y medidas de tendencia central,

para buscar asociación razón de prevalencia con intervalo de confianza de 95% y para significancia estadística el Chi cuadrado con valor p. los resultados del estudio comprendió, 489 adultos mayores de la Parroquia Sidcay. La prevalencia de caídas fue del 33,9%. Presentaron mayor prevalencia de caídas los >74 años (43,1%), de sexo femenino (40,9%), sin pareja (45,1%), y con alteraciones nutricionales (64,8%). El riesgo de caída según la escala de Dawton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. Las conclusiones de la investigación revelan que, si existe relación entre la prevalencia mundial de caídas en el adulto mayor con la Parroquia Sidcay, siendo los factores de mayor riesgo: >74 años, sexo femenino, que viven sin pareja, con alteraciones nutricionales, enfermedades crónicas, estado mental confuso, deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. Como sea revisado existe una población de adultos mayores en riesgo ya sea alto o bajo de caídas, esto supone la necesidad de integrar al cuidado de esta población ambiente seguros como los domicilios, que se adapten a las necesidades del usuario en el aspecto físico y así contribuir a disminuir las caídas.

Pérez-Rodríguez, Alberto Ulises México, (2014). El estudio trato de “Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco, México”. El objetivo general fue evaluar la presencia de factores de riesgo extrínsecos para caídas en la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” (RACA) del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familiar de Tabasco, en el año 2014. La metodología que se realizó fue un estudio descriptivo, en el que usando la “Guía de observación para la identificación de factores de riesgo extrínsecos para caídas” de la Organización Mundial de la Salud, se identificaron estos factores de riesgo en las áreas de atención y deambulación de adultos mayores de la RACA. Estos factores de riesgo fueron catalogados en: arquitectónicos, de mobiliario, de equipo y de proceso. La información se sistematizó utilizando Epi Info© 3,5,4 para Windows©, obteniéndose tablas de

distribución de frecuencias. Los resultados que se evaluaron 12/12 áreas de atención y deambulación de adultos mayores. Se identificaron 144 factores de riesgo extrínsecos: arquitectónicos 24%, de mobiliario 16%, de equipo 22% y de proceso 38%. Las áreas con mayor número de factores de riesgo identificados fueron: área común 10%, habitaciones (módulo 2) 10%, habitaciones (módulo 4) 9%, y pabellón de mujeres 9%. Los factores de riesgo más frecuentes en relación al total de áreas del centro asistencial fueron: ausencia de sistema de llamado 100%, falta de normas de seguridad 100%, no delimitación de áreas de piso mojado 100%, y carencia de sistema de mantenimiento de mobiliario y equipo 100%. Las conclusiones fueron, los factores de riesgo identificados fueron diferentes a los reportados en estudios similares. Se requiere implementar un protocolo de caídas en la institución.

Alba Rosa Colombia (2012), su estudio se trató de un artículo científico "Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores La agencia de autocuidado es la capacidad que posee un individuo para cuidar de sí mismo; en ella pueden influir unos elementos que son propios de la persona o del ambiente en que vive, llamados factores básicos condicionantes" el objetivo fue determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial, de Tunja, Boyacá, Colombia. La metodología del estudio fue descriptiva, de corte transversal, con 240 adultos mayores, realizado en julio de 2012. Se usó la Escala asa para valorar la agencia de autocuidado y la ficha de datos sociodemográficos y salud (DSDS). Los datos se analizaron en SPSS, versión 15.0. Los resultados arrojaron la media total ASA de los adultos mayores fue de 46,8, desviación estándar de 4,6; el 99,6% presentó "baja agencia de autocuidado", en un rango de 24 a 59 puntos. La edad media fue de 71,6, desviación estándar de 6,7; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. El 21,7% estaba afiliado a Caprecom. El 23,8% presentaba problemas renales; el 71,3% reportó deficiencias visuales; el 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y el 84,2% con pulso normal. El 72% del sexo femenino se ubicó en un rango de diámetro abdominal en riesgo (mayor de 80 cm). La conclusión fue que, los adultos mayores presentaron baja agencia

de autocuidado y factores básicos condicionantes que ameritan la atención por enfermería.

Colman Talavera José Alfredo Paraguay (2013), su investigación se trató de la “Participación del Profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial”. La metodología fue de enfoque cuantitativo no experimental – transversal, de nivel descriptivo. Participaron de la investigación usuarias/os Hipertensos que consultan en el Hospital Regional de Caazapá durante el mes de abril y mayo del 2013, de ambos sexos, mayoría del sexo femenino, con edades comprendidas entre 41 y 50 y más años de edad, la procedencia en mayoría rural, con diferente Nivel académico con una mayoría secundaria completa y terciaria no universitaria, de estado civil casada en mayoría. El instrumento aplicado para la recolección de datos fue el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Lo cual posibilitó lograr determinar la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables relacionadas con la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial (HTA). Los resultados de la investigación han concluido que la mayoría de la muestra encuestada respondió que los profesionales de Enfermería que prestan asistencia sanitaria en el Hospital Regional de Caazapá participan activamente en la promoción de hábitos de salud y autocuidado destinados a prevenir complicaciones a causa de la hipertensión arterial.

2.2.2 A NIVEL NACIONAL

Silva Fhon, Jack Roberto Perú (2012), En estudio se trató de “Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional”, el objetivo fue Determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. La metodología del estudio epidemiológico fue transversal de base poblacional, con una muestra por conglomerado de doble estadio de 240 sujetos, con edad superior de 60 años, de ambos los sexos, residentes en Ribeirão Preto. Los datos fueron colectados entre noviembre del 2010 y febrero del 2011 y se utilizaron los cuestionarios: perfil social, evaluación de caídas;

Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody. Fue adoptado el nivel de significancia de 0,05. Para la identificación de la ocurrencia de caídas y su relación con la capacidad funcional fueron utilizadas las pruebas de razón de prevalencia y regresión logística múltiple. Los resultados arrojaron que la edad promedio fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), el 25% con 80 años a más, predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Promedio 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más frecuente fue el patio y el baño. Hubo fuerte correlación entre nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales con la edad y no hubo relación entre los adultos mayores que sufrieron caídas con las variables sexo y edad. Se concluyó que hubo predominio de mujeres que sufrieron caídas relacionados a la independencia funcional, lo que puede ser prevenido con estrategias de promoción a la salud al adulto mayor, políticas para ofrecer mejor condición de vida a personas durante el proceso de envejecimiento.

Torres Blas, Johana Marisa Perú (2015), su investigación se trató de "Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de Barranco periodo enero a marzo 2015". El objetivo fue determinar el nivel de autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que acude al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco, enero a marzo 2015. La metodología de estudio fue cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal, se trabajó con 70 adultos mayores autovalentes que asistente regularmente al CIAM, para la recolección de datos. Se aplicó un cuestionario elaborado y validado por Camino María del pilar, quien reporta una confiabilidad de 0.61 y validez por juicio de expertos $p = 0.039$. los resultados arrojaron que el nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio (54.3%), bajo (24.3%) y alto (21.4%), destacando acciones como: realización de actividades físicas (65.7%), uso frecuente de zapatos cómodos (80%) y el no consumo de alcohol (90%); el nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos alcanzó un nivel medio (52.9%), bajo (27.1%) y alto (20%), las acciones que fomentan el autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), objetos de uso diario al alcance de la

mano (80%), pisos limpios no resbalosos (70%) y uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar (91.4%). Las conclusiones fue que el nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínsecos y extrínsecos.

Ellen Esquivel, Katherine Doreyda, Trujillo Perú (2015), en su trabajo de investigación titulada “Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar Centro de Salud Salaverry 2015”. El objetivo fue determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar. La metodología que se utilizó en el presente estudio descriptivo correlacional de corte transversal se realizó Participaron 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó el test de CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar. Los resultados arrojaron que el autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en P.

Salgado Montenegro, Flor Cecilia, Perú (2013), su estudio se trató del “cuidado del adulto mayor auto valente desde el modelo de Nola J. Pender - Chiclayo, Perú. 2013”, el objetivo fue Caracterizar, describir y analizar el cuidado del adulto mayor auto Valente desde el Modelo de Nola Pender. Fue respaldada por el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996) y estudiosos como: Anzola, Elías (1993); Leitón, Zoila (2003, 2012); y otros, que abordan la etapa de vida del adulto mayor. La metodología de la presente investigación de enfoque cualitativo, abordaje metodológico estudio de caso, Los sujetos de investigación fueron 13 adultas mayores autovalentes de 60 a 85 años y el escenario la Organización Social de Base del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”, del C.S José Olaya. Se utilizó el cuestionario socio - demográfico, entrevista semiestructurada a profundidad y cuestionario sobre conductas del adulto mayor autovalente en su cuidado. Los resultados de los datos obtenidos fueron tratados con el análisis temático de Burns (2005). Emergiendo 4 categorías: a) El adulto mayor frente a

experiencias previas de autocuidado; b) La incorporación a la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”: autoeficacia percibida para la acción; c) Enfermería, adulto mayor y familia: barreras percibidas para promocionar la salud; d) Los estilos de vida del adulto mayor como conducta promotora de salud. Se consideró los Principios de la Ética Personalista de Sgreccia (1996) y Criterios de Rigor Científico de Lincoln y Guba (1985). La conclusión que se obtuvo fue que las adultas mayores beneficiaron su salud desde su incorporación a la OSBAM y al sentir motivación para cuidar de la misma, mediante la adopción de comportamientos saludables, como actividad física y cuidado nutricional, a pesar de barreras percibidas para promocionar la salud.

2.3. MARCO CONCEPTUAL.

1. **Actividad Física.** Este vocablo etimológicamente que significa “actuar”. Las actividades son todas aquellas tareas o labores que cada individuo ejerce diariamente, están las actividades laborales, las actividades escolares, las actividades recreativas, las actividades físicas
2. **Accidente.** Cualquier suceso no planeado y no deseado que provoca un daño, lesión u otra incidencia negativa sobre un objeto o sujeto.
3. **Adulto mayor.** Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad.
4. **Alimentación.** acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológica o biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente.
5. **Anciano.** Que tiene una edad avanzada y está en el último período de la vida, que sigue a la madurez.
6. **Autocuidado.** El Autocuidado “propio” o “por uno mismo”, y cuidado significa “pensamiento”. Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente.
7. **Caídas.** Son los acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

- 8. Confort.** Es aquello que produce bienestar y comodidades. Cualquier sensación agradable o desagradable que sienta el ser humano le impide concentrarse en lo que tiene que hacer.
- 9. Descanso.** Es el reposo, la quietud o la pausa que se hace en medio del trabajo o de otra actividad
- 10. Dependiente.** Es un término con diversos usos que puede utilizarse para mencionar a la situación de un sujeto que no está en condiciones de valerse por sí mismo.
- 11. Eliminación.** Es el conjunto de procesos fisiológicos que permiten que los productos de desecho del organismo abandonen el cuerpo (eliminación urinaria, defecación, sudoración).
- 12. Envejecimiento.** Proceso biológico de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes.
- 13. Estado de Salud.** Se refiere a sus condiciones médicas (salud física y mental), sus experiencias en cuanto a reclamaciones, obtención de cuidados de salud, historia clínica, información genética, elegibilidad e incapacidad.
- 14. Familia.** Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.
- 15. Gerontología.** Estudio de la salud, la psicología y la integración social y económica de las personas que se encuentran en la vejez.
- 16. Hábitos.** En psicología el hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato
- 17. Higiene.** hábitos relacionados con el cuidado personal que inciden positivamente en la salud y que previene posibles enfermedades.
- 18. Hogar.** La palabra hogar se usa para designar a un lugar donde un individuo o grupo habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma.

- 19. Intoxicaciones.** Una intoxicación es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño. una reacción exagerada del organismo ante un agente que no necesariamente es dañino.
- 20. Jubilado.** Que ha alcanzado la situación de retiro o jubilación
- 21. Medicación.** Administración de uno o más medicamentos para curar o prevenir una enfermedad, o para aliviar un dolor físico.
- 22. Percepción.** La percepción es la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno.
- 23. Prevención.** Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.
- 24. Promoción.** Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.
- 25. Quemaduras.** Las quemaduras habitualmente ocurren por contacto directo o indirecto con calor, corriente eléctrica, radiación o agentes químicos. Las quemaduras pueden provocar muerte celular.
- 26. Senectud.** Período de la vida humana que sigue a la madurez
- 27. Sueño.** Estado de reposo de un organismo vivo caracterizada por ser un estado en el cual hay muy poca actividad fisiológica y muy baja respuesta a los estímulos externos.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 FORMULACION DE HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017

2. Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de Quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 201

3. Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017

3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

- ✓ Nivel de autocuidado.
- ✓ Prevención de accidentes en el hogar.

3.2.1 CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

- Variable 1 (independiente): nivel de autocuidado
- Variable 2 (dependiente): Prevención de accidentes en el hogar

3.2.2 DEFINICIÓN CONSTITUTIVA DE VARIABLES

VARIABLE 1: NIVEL DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem (2001), “el autocuidado es definido como es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de los adultos mayores en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud, haciendo necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados.

Orem, señala que el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

VARIABLE 2: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Sandoval (2016), define como “cualquier suceso fortuito, que, provocado por una acción violenta y repentina de un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal”. De modo que la adopción de nuevos roles del adulto mayor en las actividades de rutina, de la vida diaria o cotidiana, lo predispone a experimentar riesgo a accidentes.

3.2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
V1 NIVEL DE AUTO CUIDADO	- Actividad física	- Movimiento. - Círculo social. - Ejercicios y Caminatas.
	- Alimentación	- Cocina. - Régimen. - Tipos de alimentación. - Dieta.
	- Descanso y sueño	- Periodos - Siesta. - Horario. - Duerme.
	- Higiene y confort	- Confort. - Ducha. - elección de estado de agua y horario. - uso de toallas.
V2 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR	- Caídas	- Condiciones del piso o suelo. - Alfombras, escaleras, pasamanos. - Iluminación - Servicios - Antideslizantes - Uso de conectores
	- Quemaduras	- Material inflamable. - Utensilios de cocina - artefactos eléctricos - cocina - termas - conectores y protectores.
	- Intoxicaciones	- Productos de limpieza, - Uso de protectores - accesibilidad de protectores. - Conservación de protectore.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1.- DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO Y DISEÑO

En el presente trabajo de investigación describe lo que establecido por la universidad:

4.1.1 METODO:

El método utilizado en la investigación es descriptivo - correlacional porque consideró al fenómeno de estudio y sus componentes, midiendo conceptos y definiendo variables y buscando la relación entre ellas (Hernández, R, 2016).

4.1.2 DISEÑO:

El diseño utilizado en el estudio investigación es no experimental, “estos diseños se emplean para analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un

momento determinado” (Carrasco, 2005, p. 72). Transversal ya que su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede”

Leyenda:

M = Adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima 2017

Ox = Nivel de Autocuidado

Oy = Prevención de accidentes en hogar

r = Relación entre variables

4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

4.2.1 TIPO:

Es una investigación de tipo cuantitativo, porque usa la recolección de datos para probar hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico. (Hernández, R, 2016).

4.2.2. NIVEL:

El nivel de investigación es básico o pura, porque es meramente teórico, es una investigación correlacional, ya que asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

4.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

4.3.1. LA POBLACIÓN: La población de estudio fueron adultos mayores a partir de los 60 años de edad que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, se toma como referencia el registro de atención en el Centro de Salud en total del ejercicio del año 2016. Siendo en total 822 pacientes adultos mayores que fueron atendidos por distintas afecciones médicas quirúrgicos.

N = 822.

4.3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra estadística es una parte de la población, es decir, un número

de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. La muestra se obtiene con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población. (Gabaldón, 1969, p. 332).

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula propuesta por Arnal, del Rincón y Latorre (1992) que toma en cuenta el tamaño de la población, así como el nivel de confianza y margen de error.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N(p \cdot q)}{E^2(N - 1) + Z^2(p \cdot q)}$$

Donde:

- N = Tamaño muestral.
- Z² = Nivel de confianza elegido.
- p y q = Probabilidad de éxito y fracaso (valor = 50%).
- N = Población.
- E² = Error seleccionado.
- N = Tamaño de la población.

En nuestro estudio, para el cálculo de la muestra tenemos lo siguiente:

- Z² = 1,96 (95%)
- p y q = 0,5 (valor = 50%)
- N = 822
- E² = 0,05 (5%)

Por tanto:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (822) \cdot (0,5 \cdot 0,5)}{(0,05)^2 (822 - 1) + (1,96)^2 (0,5 \cdot 0,5)}$$

$$n = 262.0229$$

$$n = 263$$

De la aplicación de la fórmula se ha obtuvo el tamaño de la muestra 263 adultos mayores.

4.3.3. MUESTREO:

No probabilístico al azar simple, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes Adultos mayores de 60 años a más, que Acudan al C.M.P. "San Francisco de Asís", años independientemente del sexo, raza, condición social.
- ✓ Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Adultos mayores que Acepten voluntariamente realizar las guías de entrevista.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes menores de 60 años.
- ✓ Adultos mayores desorientados en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Adultos mayores que se nieguen a participar en la investigación.
- ✓ Adultos mayores con presencia de alteración en la audición.

4.4.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cumple con los criterios establecidos por el diseño de investigación cuantitativa de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, el cual sugiere a través se siguió el desarrollo de la investigación. Asimismo, se ha cumplido con respetar la autoría de la información bibliográfica, por ello se hace referencia de los autores con sus respectivos datos de editorial y la parte ética que éste conlleva.

Las interpretaciones de las citas corresponden al autor de las tesis, teniendo en cuenta el concepto de autoría y los criterios existentes para denominar a una persona "autor" de un artículo científico. Privacidad de los datos sujetos de estudio. Además de precisar la autoría de los instrumentos diseñados para el recojo de información, así como el proceso de revisión por juicio de expertos para validar instrumentos de investigación, por el cual pasaron todas

las investigaciones para su validación antes de ser aplicadas. En el presente trabajo de investigación, se aplicaron los principios bioéticos para los pacientes que acudieron al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, 2017 que permitió cumplir con el aspecto ético y moral de la investigación, que aseguraran la honestidad, legalidad, conducta honorable, justa, solidaria y competente del enfermero, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación de sus acciones. Tales principios consisten en lo siguiente:

- ❖ **principio de confidencialidad:** Es una norma moral por la que se debe respetó el derecho de la persona, que forma parte de la muestra, a que no se divulgó sus intimidades, razón por la que el cuestionario es de carácter anónimo.
- ❖ **Principio de Autonomía:** Se respetó a la capacidad de decisión de las personas que conforman la muestra de estudio, y su derecho a que se respete su voluntad (consentimiento informado) de participar o no en el proyecto de investigación.
- ❖ **Principio de no Maleficencia:** Se refiere a no provocar daño alguno, lo cual explica que la investigación no calificara a los sujetos participantes de la investigación, ni provocara acciones negativas hacia ellos.
- ❖ **Principio de Justicia:** Se refiere principalmente a la justicia distributiva, en la cual se estableció una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios de la participación, tomándose en cuenta la protección adecuada y correcta de los derechos y el bienestar de los pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud parroquial San Francisco de Asís, quienes fueron los participantes que conforman la muestra de investigación.

CAPITULO V

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

5.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

5.1.1. TÉCNICA. - La técnica que se utilizó en el presente estudio ha sido la entrevista a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud parroquial San Francisco de Asís, Lima 2017, que permitirá obtener información adecuada respecto del nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar.

5.1.2. INSTRUMENTO. - El instrumento que se utilizó fueron dos guías de entrevista sobre las variables, sus dimensiones y sus indicadores de estudio, que estaban compuestas por alternativas de respuesta. El primer instrumento un cuestionario ha sido elaborada por la Lic. Ruth Magdalena Alvear Idrovo (2013) Cuenca, Ecuador, TEST PAC-AM: "Nivel de autocuidado del adulto mayor"; y el segundo instrumento un instrumento ha sido elaborada por la Lic. Anally Fermina Maita Rojas (2008), Índice de Katz: sobre la prevención de riesgos en el hogar, los dos Instrumentos adaptados por Betty Gómez Melgarejo.

5.2 PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para su desarrollo de investigación se solicitó formalmente al Director Médico de Centro de Salud Parroquial, a fin de obtener la autorización de desarrollo del proyecto de investigación, para ello se adjuntó el proyecto el mismo estaba conteniendo los instrumentos para la recolección de datos.

Este instrumento permitió conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores. Estaba constituida por dos cuestionarios de múltiples respuestas, la primera para medir el nivel de autocuidado y la segunda para la prevención de accidentes en el hogar.

INSTRUMENTO PARA VARIABLE 1

NIVEL DEL AUTOCUIDADO

Elaborado por Lic. Ruth Magdalena Alvear Idrovo (2013) Cuenca Ecuador, adaptado por Bachiller Betty Gómez. **Test PAC – AM: “nivel del autocuidado del adulto mayor”**. En el presente estudio fue utilizado para medir el nivel de autocuidado de los adultos mayores y está constituido por 16 preguntas relacionadas a las actividades de autocuidado divididas en 4 dimensiones: actividad física, alimentación, descanso y sueño, higiene y confort.

Las opciones de respuesta para cada una de los ítems fueron: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “casi siempre”, “siempre”, con alternativas múltiples de respuesta según corresponda a las preguntas que se realizarán al adulto mayor en estudio. La valoración de los ítems se realizó de la siguiente manera:

Si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 16 - 36 puntos, la respuesta era considerada como nivel de autocuidado “malo”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 37 - 58 puntos, la respuesta era considerada como nivel de autocuidado “bueno”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 59 -80

puntos, la respuesta era considerada como nivel de autocuidado “muy bueno”. Alfa de Cron Bach.

Confiabilidad 0.86

Nivel	Variable 1
	Autocuidado
Malo	16 - 36
Bueno	37 - 58
Muy bueno	59 - 80

INSTRUMENTO PARA VARIABLE 2

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Lic. En Enfermería Anally Fermina Maita Rojas (2009), se utilizó Para la recolección como técnica la entrevista y como instrumento el formulario para encuesta, el índice de Katz que mide la prevención de riesgos en el hogar, el cual consta de: presentación, instrucciones, datos generales y contenido propiamente que consta de 27 preguntas cerradas dicotómicas. Que mide si conoce o desconoce, Los cuales fueron sometidos a una prueba estadística, para tal fin la prueba de Kuder Richardson.

Si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 0 – 8 puntos, la respuesta era considerada como prevención de accidentes en el hogar “inadecuado”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 9 - 17 puntos, la respuesta era considerada como prevención de accidentes en el hogar “adecuado”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 18 - 27 puntos, la respuesta era considerada como prevención de accidentes en el hogar “muy adecuado”. Coeficiente KR-20 de Kuder – Richardson.

Confiabilidad de 0.63.

Nivel	Variable 2	Dimensiones		
	Prevención de accidentes en el hogar	Prevención de caídas	Prevención de quemaduras	Prevención de intoxicación
Inadecuado	0 - 8	0 - 4	0 - 2	0 - 1
Adecuado	9 - 17	5 - 9	3 - 5	2 - 3
Muy adecuado	18 - 27	10 - 14	6 - 8	4 - 5

CAPITULO VI
RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

TABLA N° 1
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO

Tabla 1

Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de autocuidado

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	2	.8	.8	.8
Bueno	112	42.6	42.6	43.3
Muy Bueno	149	56.7	56.7	100.0
Total	263	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos (ver Apéndice...)

Gráfico 1

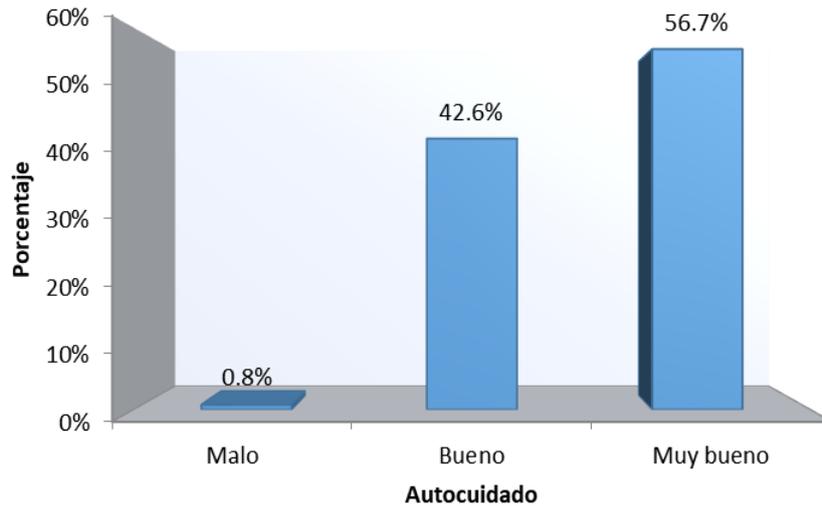


Figura 1. Distribución porcentual de los niveles de percepción sobre autocuidado

De la tabla 1 y figura1, se observa que el 56.7% el cual representa a 149 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima y que han sido encuestados en el presente año 2017, muestran un nivel de autocuidado muy bueno, mientras que el 42.6% percibe el autocuidado en un nivel bueno, y solo el 0.8% manifiesta que el nivel de autocuidado es malo. Por tanto, podemos concluir que la tendencia es positiva, la tipificación del nivel predominante es muy buena.

TABLA N °2

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Tabla 2

Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de prevención de accidentes en el hogar

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adecuado	4	1.5	1.5	1.5
Muy adecuado	259	98.5	98.5	100.0
Total	263	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos (ver Apéndice ...)

Gráfico 2

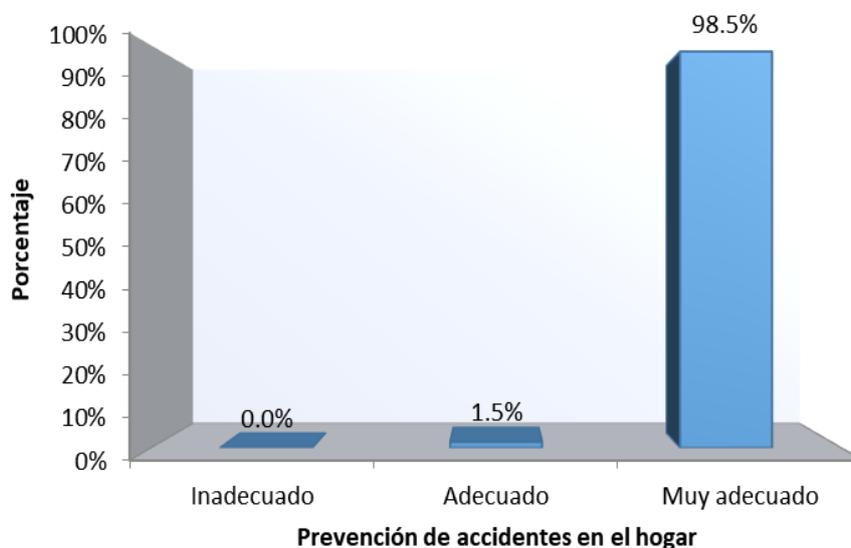


Figura 2. Distribución porcentual de los niveles de prevención de accidentes en el hogar

De la tabla 2 y figura 2, se observa que el 98.5% el cual representa a 259 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima y que han sido encuestados en el presente año 2017, muestran un nivel de prevención de accidentes en el hogar muy adecuado, y solo el 1.5% percibe que el nivel de prevención de accidentes en el hogar es bueno. Por tanto, podemos concluir que la tendencia es positiva, y la tipificación del nivel predominante es muy adecuada.

TABLA 3

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LAS DIMENSIONES DE LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Tabla 3

Distribución de frecuencias y porcentajes según las dimensiones de la prevención de accidentes en el hogar

Prevención de accidentes en el hogar	Prevención de caídas		Prevención de quemaduras		Prevención de intoxicación	
	n	%	n	%	n	%
Inadecuado	0	0.0%	0	0.0%	10	3.8%
Adecuado	4	1.5%	3	1.1%	22	8.4%
Muy adecuado	259	98.5%	260	98.9%	231	87.8%
Total	263	100%	263	100%	263	100%

Fuente: Base de datos (ver Apéndice...)

Gráfico 3

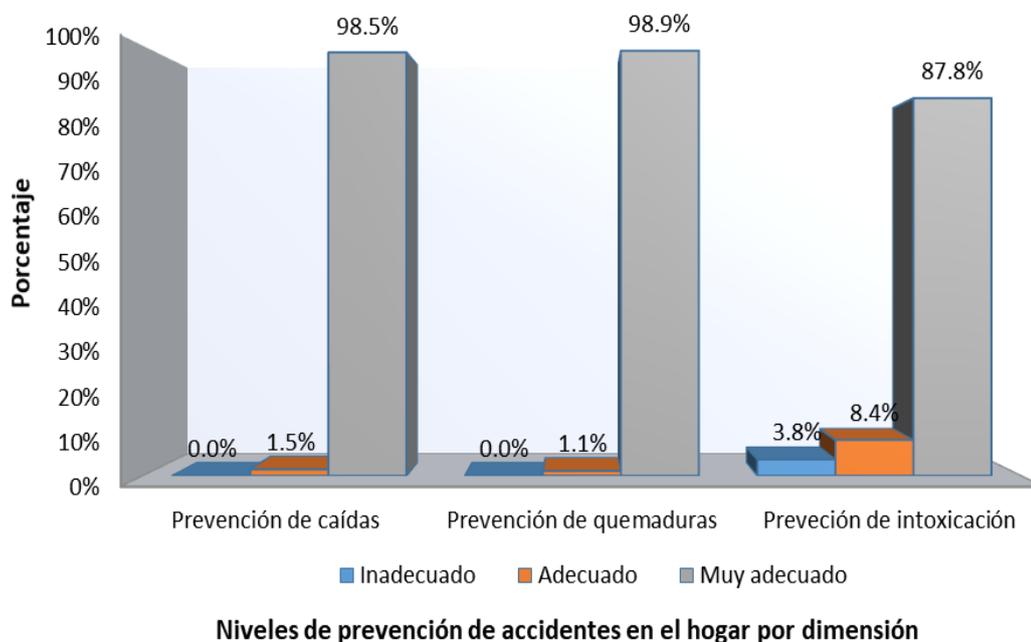


Figura 3. Distribución porcentual según las dimensiones de la prevención de accidentes en el hogar

De la tabla 3 y figura 3, se observa en los resultados que la percepción de la prevención de accidentes en el hogar, considerando cada una de las dimensiones que lo compone, logran alcanzar con mayor frecuencia el nivel muy

adecuado, siendo los de más altos porcentajes, los referidos a la prevención de caídas y la prevención de quemaduras, lo cual resulta coherente, toda vez que existe limitaciones en cuanto a la implementación de mecanismos de prevención respecto de este tipo de accidente. Es así que, en las dos primeras dimensiones la percepción respecto a los niveles de prevención de accidentes en el hogar se ubica en el nivel más alto superando en ambos casos el 98% de los participantes en la encuesta, que corresponde a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima.

TABLA N° 4

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE SOBRE NIVEL DE AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE ACAIDAS EN EL HOGAR

Tabla 4

Distribución de frecuencias y porcentajes según los niveles de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar

Autocuidado	Prevención de caídas en el hogar							Total
	Inadecuado		Adecuado		Muy adecuado			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Malo	0	0.0%	2	0.8%	0	0.0%	2	0.8%
Bueno	0	0.0%	2	0.8%	110	41.8%	112	42.6%
Muy bueno	0	0.0%	0	0.0%	149	56.7%	149	56.7%
Total	0	0.0%	4	1.5%	259	98.5%	263	100%

Fuente: Base de datos (ver Apéndice...)

Gráfico 4

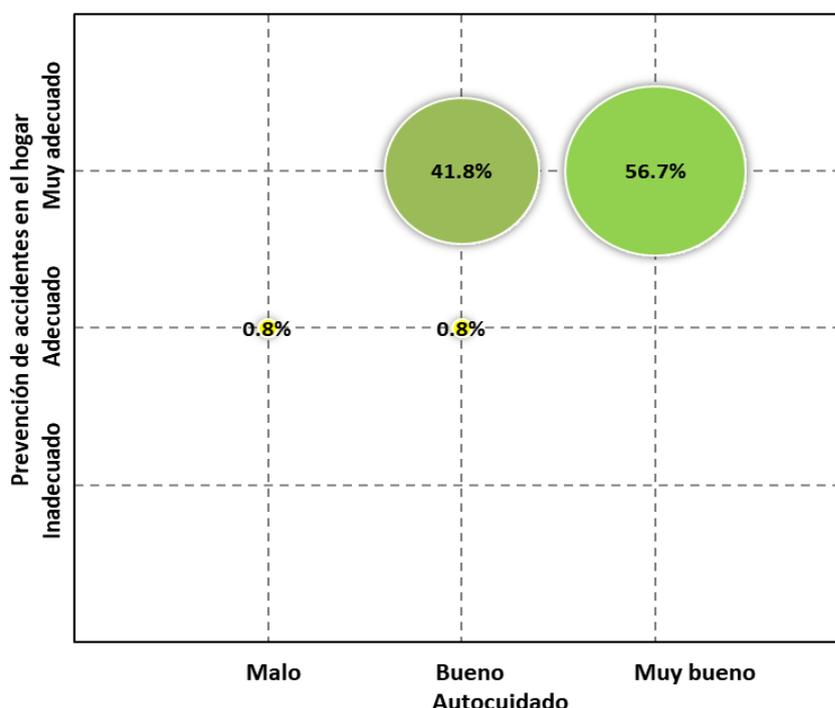


Figura 4. Distribución porcentual de los niveles de autocuidado y prevención en caídas en el hogar.

De acuerdo a la tabla 4 y figura 4, se verifica que el 41.8% de los encuestados que representan a 110 de los 263 adultos mayores encuestados que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, perciben que nivel de autocuidado que realizan es de nivel bueno, la prevención de accidentes en el hogar es de nivel muy adecuado, el 56.7% perciben que cuando el autocuidado es de nivel muy bueno, la prevención de accidentes en el hogar es muy adecuado.

Así mismo, solo el 0.8% de los participantes en el estudio, es decir dos adultos mayores manifiesta que aun cuando el autocuidado sea de una mala condición, la prevención de accidentes que suceden en el hogar se desarrolla en un nivel adecuado, del mismo modo este mismo porcentaje de elementos muestrales considera que cuando el autocuidado es bueno, la prevención de accidentes en el hogar es de nivel adecuado.

TABLA N° 5

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS NIVELES DE AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

Tabla 5

Distribución de frecuencias y porcentajes según los niveles de percepción sobre autocuidado y la prevención de quemaduras

Autocuidado	Prevención de quemaduras						Total	
	Inadecuado		Adecuado		Muy adecuado			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Malo	0	0.0%	2	0.8%	0	0.0%	2	0.8%
Bueno	0	0.0%	1	0.4%	111	42.2%	112	42.6%
Muy bueno	0	0.0%	0	0.0%	149	56.7%	149	56.7%
Total	0	0.0%	4	1.5%	259	98.5%	263	100%

Fuente: Base de datos (ver Apéndice...)

Gráfico 5.

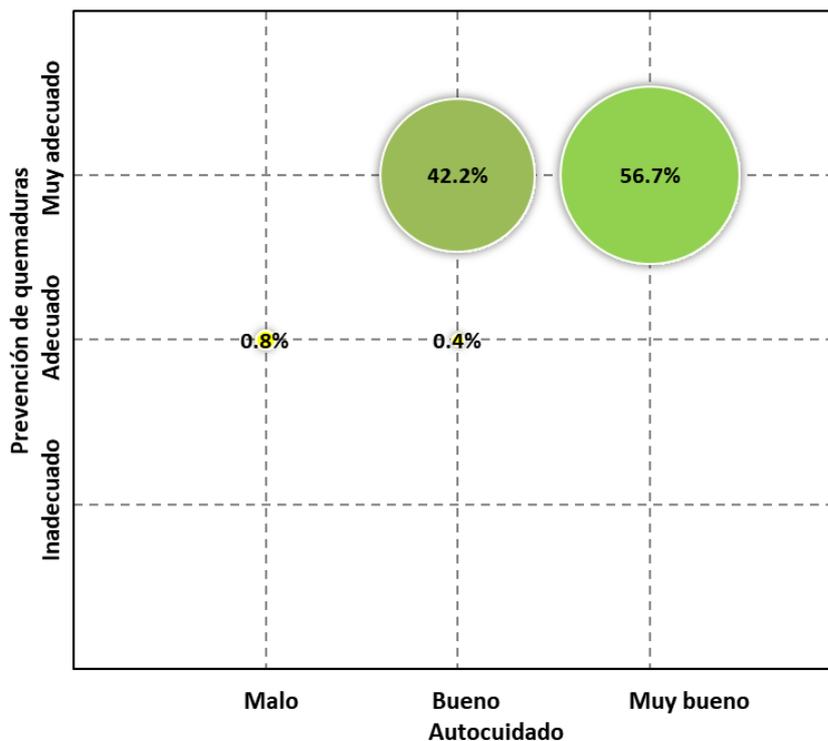


Figura 5. Distribución porcentual de los niveles de percepción sobre autocuidado y prevención de quemaduras.

De acuerdo a la tabla 5 y figura 5, se verifica que el 42.2% de los encuestados que representan a 111 de los 263 adultos mayores encuestados que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, perciben que cuando el autocuidado que realizan es bueno, la prevención de quemaduras en el hogar es muy adecuado, el 56.7% perciben que cuando el autocuidado es muy bueno, la prevención de quemaduras en el hogar es muy adecuado. Así mismo, solo el 0.8% de los participantes en el estudio, es decir dos adultos mayores manifiesta que aun cuando el autocuidado se desarrolle de una mala condición, la prevención de accidentes que suceden en cuanto a quemaduras es adecuada, del mismo modo el 0.4% de sujetos de estudio, considera que cuando el autocuidado es bueno, la prevención de quemaduras en el hogar es adecuado.

TABLA N° 6

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS NIVELES DE PERCEPCIÓN SOBRE AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES

Tabla 6

Distribución de frecuencias y porcentajes según los niveles de percepción sobre autocuidado y la prevención de intoxicaciones

Autocuidado	Prevención de intoxicaciones							Total
	Inadecuado		Adecuado		Muy adecuado			
	n	%	n	%	n	%	N	
Malo	0	0.0%	0	0.0%	2	0.8%	2	0.8%
Bueno	9	3.4%	19	7.2%	84	31.9%	112	42.6%
Muy bueno	1	0.4%	3	1.1%	145	55.1%	149	56.7%
Total	10	3.8%	22	8.4%	231	87.8%	263	100%

Fuente: Base de datos (ver Apéndice ...)

Gráfico 6

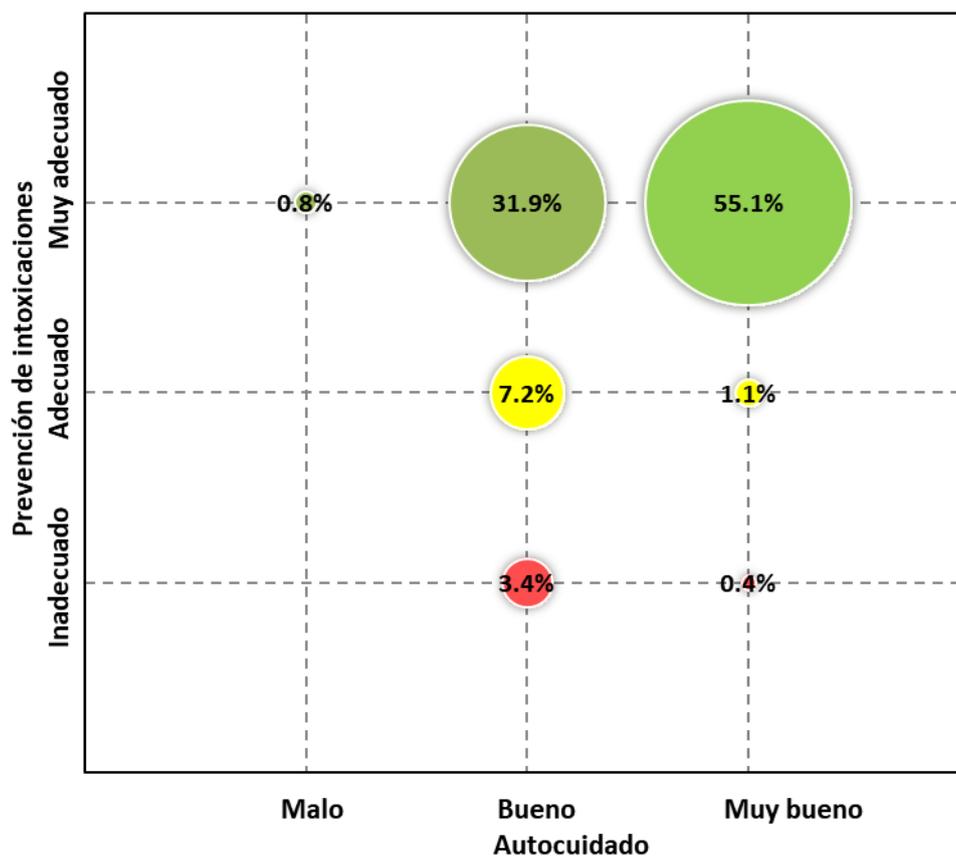


Figura 6. Distribución porcentual de los niveles de percepción sobre autocuidado y prevención de intoxicaciones

De acuerdo a la tabla 6 y figura 6, se verifica que el 31.9% de los encuestados que representan a 84 de los 263 adultos mayores encuestados que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, perciben que cuando el autocuidado que realizan es bueno, la prevención de intoxicaciones en el hogar es muy adecuado, el 55.1% perciben que cuando el autocuidado es muy bueno, la prevención de intoxicaciones en el hogar es muy adecuado. Así mismo, solo el 0.8% de los participantes en el estudio, es decir dos adultos mayores manifiesta que aun cuando el autocuidado se desarrolle de una mala condición, aún en esas condiciones la prevención de intoxicaciones que suceden en el hogar es muy adecuada. Además, el 7.2% de sujetos de estudio, considera que cuando el autocuidado es bueno, la prevención de accidentes en el hogar relacionado a las intoxicaciones es de nivel adecuado.

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

TABLA N° 7

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Tabla 7

Coeficiente de correlación y significación entre las variables percepción del autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar

Rho de Spearman		Autocuidado		Prevención de accidentes en el hogar		
	Autocuidado	Coeficiente de correlación	1,000		,678**	
		Sig. (bilateral)			,000	
		N	263		263	
	Prevención de accidentes en el hogar	Coeficiente de correlación		,678**	1,000	
		Sig. (bilateral)		,000		.
		N		263		263

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E)

De los resultados que se aprecian en la tabla 7, el grado de correlación entre las variables determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .678 lo cual significa que existe relación positiva y moderada entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05 , permite aceptar la hipótesis general. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

TABLA N° 8

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS SOBRE EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Tabla 8

Coeficiente de correlación y significación entre las variables percepción del autocuidado y la prevención de caídas

Rho de Spearman			Autocuidado	Prevención de caídas
	Autocuidado	Coeficiente de correlación		1,000
Sig. (bilateral)				,000
N			263	263
Prevención de caídas	Coeficiente de correlación		,441**	1,000
	Sig. (bilateral)		,000	.
	N		263	263

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E)

De los resultados que se aprecian en la tabla 8, el grado de correlación entre las variables determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .441 lo cual significa que existe relación positiva y moderada entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05, permite aceptar la primera hipótesis específica. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

PRUEBA DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

TABLA N° 9

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

Tabla 9

Coeficiente de correlación y significación entre las variables percepción del autocuidado y la prevención de quemaduras

Rho de Spearman			Autocuidado	Prevención de quemaduras
	Autocuidado	Coeficiente de correlación	1,000	,383**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	263	263
	Prevención de quemaduras	Coeficiente de correlación	,383**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	263	263

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E)

De los resultados que se aprecian en la tabla 9, el grado de correlación entre las variables determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .383 lo cual significa que existe relación positiva y baja entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05, permite aceptar la segunda hipótesis específica. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

PRUEBA DE LA TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

TABLA N° 10

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS SOBRE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES

Tabla 10

Coeficiente de correlación y significación entre las variables percepción del autocuidado y la prevención de intoxicaciones

Rho de Spearman			Autocuidado	Prevención de intoxicaciones
	Autocuidado	Coeficiente de correlación	1,000	,563**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	263	263
	Prevención de intoxicaciones	Coeficiente de correlación	,563**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	263	263
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).				

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E)

De los resultados que se aprecian en la tabla 10, el grado de correlación entre las variables determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .563 lo cual significa que existe relación positiva y moderada entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05, permite aceptar la tercera hipótesis específica. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

6.2 DISCUSIÓN

Encontramos en nuestra investigación que la percepción sobre el nivel del autocuidado es muy bueno en el 56,7% y la prevención de accidentes en el hogar de adultos mayores es muy adecuado en un 98,5% , coinciden con los resultados de investigaciones realizadas por ALVARADO ASTUDILLO LUCIA ISABEL, Ecuador (2013), acerca de la prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay, Cuenca, 2013 expresa que la prevalencia de caídas se dan en adultos mayores de 74 años (43,1%), de sexo femenino (40,9%), sin pareja (45,1%), y con alteraciones nutricionales (64,8%). El riesgo de caída es bajo (67,9%) de acuerdo a la escala de Dawton. Es decir, la prevalencia de caídas se da en adultos mayores de 74 años con enfermedades crónicas que tuvieron estado mental confuso por los medicamentos y en mayor escala en las que pertenecen al sexo femenino.

Por otro lado, si comparamos con los resultados PÉREZ-RODRÍGUEZ, ALBERTO ULISES, México (2014), en su trabajo de investigación “Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco, México”. Identificó que existen un promedio de 144 factores de riesgo extrínsecos que pueden provocar caídas en el hogar, considerando entre las principales las de tipo arquitectónicas 24%, de mobiliario 16%, de equipo 22% y de proceso 38%. Las áreas con mayor número de factores de riesgo son el área común 10%, habitaciones (módulo 2) 10%, habitaciones (módulo 4) 9%, y pabellón de mujeres 9%. Los factores de riesgo más frecuentes son la ausencia de sistema de llamado, falta de normas de seguridad, no delimitación de áreas de piso mojado, así como la carencia de sistema de mantenimiento de mobiliario y equipo en el hogar sino se cuenta con ciertos parámetros de prevención.

Así mismo ALBA ROSA, Colombia (2012), en su artículo científico Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores nos muestra el gran problema que existe en los adultos mayores que presentaron baja agencia de autocuidado el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. El 23,8% presentaba problemas renales; el 71,3% reportó deficiencias

visuales; el 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y el 84,2% con pulso normal y factores básicos condicionantes que ameritan la atención por enfermería por problemas de hipertensión. Se diferencia de la presente investigación que muestra un 98,5% de prevención de accidentes en el hogar, es decir su prevención es muy adecuada.

Por otro lado TORRES BLAS, JOHANA MARISA, Perú (2015), “Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de Barranco periodo enero a marzo 2015” en el cual el nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio (54.3%), bajo (24.3%) y alto (21.4%), destacando acciones como: realización de actividades físicas (65.7%), uso frecuente de zapatos cómodos (80%) y el no consumo de alcohol (90%); el nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos alcanzó un nivel medio (52.9%), bajo (27.1%) y alto (20%), las acciones que fomentan el autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), objetos de uso diario al alcance de la mano (80%), pisos limpios no resbalosos (70%) y uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar (91.4%). El nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínsecos y extrínsecos. Son importantes las medidas de prevención para evitar los accidentes. La presente investigación tiene un alto nivel de prevención de accidentes y se le considera muy adecuado.

Así mismo ELLEN ESQUIVEL, KATHERINE DOREYDA, Trujillo Perú (2015), en su trabajo de investigación denominado “Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar Centro de Salud Salaverry 2015”. El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3%, e inadecuado en un 45,7%, el grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13,8% que coincide con los resultados de la presente investigación en la que el nivel de autocuidado fue muy bueno en un 56,7%, el grado de apoyo familiar del adulto mayor fue moderado en un 80.9%, y bajo en un 5.3% en el caso de esta investigación los resultados muestran que

el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar.

El prevenir la salud del paciente anciano o llamado adulto mayor tiene que ver con diversas variables tanto en el aspecto psicológico, biológico y social, ya que la salud del adulto mayor es muy compleja y debe ser medido de acuerdo a su capacidad funcional y en la presente investigación el nivel de autocuidado que realizan es muy bueno y la prevención de accidentes en el hogar es muy adecuado en comparación a los que trabajaron en los antecedentes anteriores realizados en nuestro país. Por otro lado, en la prevención de quemaduras en el hogar es muy adecuado en la presente investigación en la que se puede concluir que cuando el autocuidado es bueno la prevención de quemaduras en el hogar es muy adecuado. Finalmente, el autocuidado del adulto mayor es primordial en las dimensiones de la actividad física, alimentación, descanso y sueño e higiene y confort, es muy importante el nivel de autocuidado, así como la prevención de los accidentes en el hogar tanto en el caso de las caídas, quemaduras e intoxicaciones que son las dimensiones de la presente investigación que tuvieron un resultado positivo y muy adecuado en el centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima.

6.3 CONCLUSIONES

PRIMERA

El grado de correlación entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .678, significa que existe relación positiva y moderada entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05 , permite la hipótesis general. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

SEGUNDA

El grado de correlación entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas, determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .441, significa que existe relación positiva y moderada entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05 , permite aceptar la primera la hipótesis específica. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

TERCERA

El grado de correlación entre el nivel de autocuidado y la prevención de quemaduras determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .383, significa que existe relación positiva y baja entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05 , permite aceptar la segunda la hipótesis específica. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

CUARTA

El grado de correlación entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones determinada por el coeficiente Rho de Spearman = .563, significa

que existe relación positiva y moderada entre las variables, y cuyo p-valor calculado es < 0.05 , permite aceptar la tercera hipótesis tercera. Por tanto, la percepción del autocuidado tiene una relación directa y significativa con la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, en el presente año 2017.

6.4 RECOMENDACIONES

-  **Primera:** A los directivos del C.M.P “San Francisco de Asís”, organizar seminarios, cursos de capacitación y talleres, a todo el personal de enfermería, sobre el tema de autocuidado en prevención de accidentes, a fin de estar capacitado para brindar una buena información y atención a los adultos mayores.
-  **Segunda:** Promover a través de charlas informativas sobre los cuidados preventivos ante caídas en donde viven como iluminación, uso de barandas de seguridad, adecuados calzado, así mismo promocionar el uso dispositivo de ayuda en las actividades para compensar sus incapacidades si tuviese y a la vez mejorar el grado de la confianza en sí mismos.
-  **Tercera:** Que el profesional de enfermería fortalezca la promoción y prevención de quemaduras, fomentando las campañas de información para minimizar los errores a la hora de enfrentar una quemadura, dejando de lado los remedios caseros que generalmente terminan por agravar las lesiones.
-  **Cuarta:** Comprometer al grupo de salud del Centro Medico Parroquial, a llevar acabo medidas preventivas con respecto a las intoxicaciones tanto de productos alimenticios, desinfectantes, disolventes y productos de combustión.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

ALBA ROSA Colombia (2012), en su artículo científico Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores

ALVARADO ASTUDILLO LUCIA ISABEL Ecuador (2013), prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. Cuenca, 2013

ANZOLA, ELÍAS - OPS. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Ed Paltex OPS. Washington 2013

BOIX C, LÓPEZ H, GARCÍA D, VILLENA A, PÁRRAGA I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. Aten Prim [Internet] 2009; 4 (10): 564 – 569. [Consultado 2015 Setiembre 20] Disponible en: <http://www.zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/trastornos->

BULLON ZEGARRA, CATERINE. “Percepción del Adulto Mayor respecto a la muerte”. Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro- Lima Octubre – noviembre 2013”.

BURKE. MARY: Enfermería Gerontológica: Cuidado Integral del adulto Mayor. 2ed.Ed Haurcout Brace. España 2008.

CASTRO, JESSICA; “Caídas en Ancianos: “Características, Factores de Riesgo y Morbimortalidad” Lima 2011.

COLMAN TALAVERA JOSÉ ALFRODYS Paraguay (2013) en su tesis “participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial”.

DE LA PUENTE, CARLOS; “Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto – Iquitos”, 2015.

D'HYVER, C. Autocuidado de la salud. Gerontología y geriatría: Un enfoque de riesgo. España; Mac Graw Hill; 2001.

DONOSO S. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. 2003 [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 14] Disponible en: <http://www.gerontologia.uchilesl/docs/cuidado.htm>

DIRECCIÓN GENERAL PREVISIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MINSA (2011) dirección general de previsión y promoción de la salud (OGPPS). “el anciano en su casa; las caídas. 5ta ed. Ed. Navarro. pp 50-60

ECHEVERRÍA DE LA CRUZ, YULI; Trujillo Perú (2014) en su tesis Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del adulto mayor con Hipertensión. Florencia de mora.

ELLEN ESQUIVEL, KATHERINE DOREYDA, Trujillo Perú (2015) en su trabajo de investigación titulada Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015.

FERRER, MARIO ISMAEL; HERRERA, MARÍA “Comportamiento de los accidentes en el hogar en los Adultos Mayores de un consultorio del Municipio de Camagüey”. Cuba2005.

FUNDACIÓN MAPFRE. “Estudio de Investigación sobre Seguridad en el Domicilio de personas Mayores”. Madrid.2008.

GARRET, C Y LLORENTE, D. “Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Fundamentos y procedimientos: accidentes y caídas. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid 2014.pp203-211.

GARCÍA L, RODRÍGUEZ C, GÓMEZ A. Enfermería del anciano. 2da Ed. España: Elsevier; 2001.

HODGES. Enfermería Gerontológica .2ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI),
(2015).

LAU, Norma "Significado y Práctica del Auto cuidado en Personas Adultas Mayores". Costa Rica, 2010.

MANRIQUE D. OP. Cit., p. 24 "el lugar y el no lugar para la muerte y su duelo" Colombia, Bogotá, 2006.

MIMDES. "Plan Nacional para las personas adultas mayores", 2013-2017.

DIRECCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES. Lima Perú, 2006.

OFMAN S, PEREYRA C. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Bol Psicol 2013; 108 (24): 91 – 93.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2006.

ORTIZ M, ORTIZ E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, 2007.

OREM D. Enfermería: conceptos de práctica. 2º ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2011.

PÉREZ, DAVID; GALINSKY, FERNANDO; MARTÍNEZ, AQUILES. "La atención de los acianos; un desafío para los años novena. OPS. Publicación Científica 546. Washington. 2009. pp156-158.

PÉREZ-RODRÍGUEZ, ALBERTO ULISES México, (2014) Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco, México

PIOLA, JULIO; SÁNCHEZ ALBERTO, "Intoxicaciones en ancianos atendidos el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños y Área Clínica Médica Personas Adultas Mayores" Argentina.2008-2010.

RODRÍGUEZ, ENCINAS. "Geriatría". 2ed.Ed Mc Graw Hill Interamericana. México, 2009.

- SANTANA C, BELLO D, DEL TORO M, SANTANA L, VALDÉS V.** Influencia del ejercicio físico desde los circuitos de abuelos en senescentes diabéticos.
- SALGADO MONTENEGRO, FLOR CECILIA,** Perú (2013) cuidado del adulto mayor autovalente desde el modelo de Nola J. Pender - Chiclayo, Perú. 2013.
- SIZA VELVA, BLANCA PIEDAD** Ecuador (2015), “intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús de Ambato, período septiembre del 2014 a febrero del 2015”.
- SILVA FHON, JACK ROBERTO** Perú (2012) En su artículo científico, Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional
- SANDOVAL, L; CAPUÑAY, J.** “Caídas en el adulto mayor”. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia (UPCH). Lima, 2006.
- TORRES BLAS, JOHANA MARISA** Perú (2015), Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de Barranco periodo enero a marzo 2015.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO.** “Perfil del Adulto Mayor en la Provincia de Trujillo. Perú (2010).
- VELANDIA A, RIVERA N.** Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Rev Salud Pública 2009; 11 (4): 538 – 543.
- VERA, MARTHA.** “Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor para sí mismo y para la Familia, Centro de Salud Clas Laura Caller Ibérico 2004 - 2007”. Lima 2007.
- VARELA, LUIS; ORTIZ, PEDRO; CHÁVEZ, HELVER,** “Características de los trabajos Científicos Nacionales en Geriatria y Gerontología. Perú. 2005.

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: PERCEPCIÓN SOBRE SU AUTO CUIDADO Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PARROQUIAL SAN FRANCISCO DE ASÍS, LIMA, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p style="text-align: center;">PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de accidentes en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017.</p>	<p>Tipo de investigación: estudio cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación: básico o pura.</p> <p>Diseño: El diseño de investigación es no experimental de corte transversal:</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> 01X M --> 02Y 01X <--> r 02Y </pre> </div>
<p style="text-align: center;">PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017? ¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017? ¿Qué relación existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017? 	<p style="text-align: center;">OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017 Establecer la relación que existe entre el nivel de autocuidado y prevención de quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. Contrastar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. 	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de caídas en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de Quemaduras en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. Existe una relación directa entre el nivel de autocuidado y la prevención de intoxicaciones en el hogar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Parroquial San Francisco de Asís, Lima, 2017. 	

METODOLOGÍA:

a) **Métodos:** descriptivo correlacional

b) **Técnica:** La entrevista

c) **Instrumento:** guía de entrevista consta de dos Cuestionario sobre nivel de autocuidado y cuestionario de prevención de accidentes en el hogar

Población: N= 822

Muestra: n= 262

Muestreo: no probabilístico

Estadístico Rho de Spearman

GUÍA DE ENTREVISTA

TEST DE PAC-AM (PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR).

Estimado Señor (a): La presente entrevista se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir la capacidad de Autocuidado en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas y le solicitamos su consentimiento para participar en la misma, comunicándole que los datos obtenidos serán confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración.

1: nunca 2: casi nunca 3: a veces 4: casi siempre 5: siempre

N°	PROPOSICIONES	1	2	3	4	5
ACTIVIDAD FÍSICA						
1	Ud. Puede movilizarse sólo sin ayuda					
2	Ud. Participa en el círculo, club del adulto mayor					
3	Ud. Practica ejercicios físicos sistemáticamente (Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)					
4	Ud. Camina 10 cuadras diario y/o sube escaleras					
ALIMENTACIÓN						
5	Ud. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda					
6	Ud. Tiene establecido un horario fijo para comer					
7	Ud. Prefiere los alimentos salcochados					
8	Ud. Ingiere la dieta indicada aunque no sea de su agrado					
DESCANSO Y SUEÑO						
9	Ud. Puede controlar su periodo de sueño					
10	Tiene hábito de descansar así no duerma después de comer					
11	Tiene un horario fijo para descansar					
12	Ud. Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)					

HIGIENE Y CONFORT						
13	Ud. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda					
15	Ud. Se baña diariamente, y a un horario establecido					
15	Ud. Acostumbra bañarse con agua tibia					
16	Ud. Usa una toallita independiente para secarse los pies					

Fuente: Elaborado por Lic. Ruth Magdalena Alvear Idrovo Cuenca Ecuador, adaptado por Bachiller Betty Gomez Mogrovejo.

NIVEL DEL AUTOCUIDADO

Para la recolección de datos se utilizó como técnica, la encuesta y como instrumento, la guía de entrevista elaborado por Lic. Ruth Magdalena Alvear Idrovo (2013) Cuenca Ecuador, en su trabajo de investigación sobre “percepción de ña capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa de IESS-CUENCA-2014”. utilizando el **Test PAC – AM**. Se utilizó el estadístico de Alfa de Cron Bach teniendo una Confiabilidad 0.86

En el presente estudio fue utilizado para medir el nivel de autocuidado de los adultos mayores y está constituido por 16 preguntas relacionadas a las actividades de autocuidado divididas en 4 dimensiones: actividad física, alimentación, descanso y sueño, higiene y confort.

Las opciones de respuesta para cada una de los ítems fueron: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “casi siempre”, “siempre”, con alternativas múltiples de respuesta según corresponda a las preguntas que se realizarán al adulto mayor en estudio. La valoración de los ítems se realizó de la siguiente manera:

Si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 16 - 36 puntos, la respuesta era considerada como nivel de autocuidado “malo”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 37 - 58 puntos, la respuesta era considerada como nivel de autocuidado “bueno”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 59 -80 puntos, la respuesta era considerada como nivel de autocuidado “muy bueno”.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

N°	PROPOSICIONES	SI (1)	NO (0)
PREVENCIÓN DE CAÍDAS			
1	Diga Ud. El piso o suelo de su casa es irregular		
2	Diga Ud. El piso o suelo de su casa es liso y lustroso		
3	Ud. Cuenta con alfombra o tapiz de piso en casa		
4	Ud. Suele utilizar escaleras en casa		
5	Ud. Dispone presencia de apoyo en escaleras/pasamanos		
6	Diga Ud. La iluminación adecuada en casa		
7	Diga Ud. El interruptor de luz en casa es accesible		
8	Diga Ud. los servicios higiénicos es accesible en casa		
9	Diga Ud. Cuenta con agarradores cercanos al wáter		
10	Diga Ud. Cuenta con alfombrillas antideslizantes para ducha		
11	Diga Ud. Cuenta con agarradores en ducha o bañera		
12	Diga Ud. utiliza silla para ducharse		
13	Diga Ud. Utiliza zapatos con suela antideslizante		
14	Diga Ud. Utiliza correctores visuales para desplazarse (anteojos)		
PREVENCIÓN DE QUEMADURAS			
15	Diga Ud. utiliza cocina a base de kerosene		
16	Diga Ud. Prepara cocina al menos una vez por semana		
17	Diga Ud. Alguna vez olvidó la cocina encendida (al menos una vez en los últimos seis meses)		
18	Diga Ud. Las vajillas y recipientes de cocina en buenas condiciones		
19	Diga Ud. Utiliza la plancha al menos una vez por semana.		
20	Diga Ud. Posee de terna eléctrica para la ducha		
21	Calienta en cocina el agua para ducharse.		
22	Diga Ud., utiliza protectores para la piel en época de verano		
PREVENCIÓN DE INTOXICACION			
23	Diga Ud. Utiliza productos de limpieza (al menos una vez por semana)		
24	Diga Ud. Utiliza de productos químicos de limpieza de ambientes de la casa		
25	Diga Ud. Utiliza protectores como guantes, mascarilla como protección para manipular productos químicos		

26	Diga Ud. Los productos de limpieza está alejado fuera del alcance y ubicación segura de productos químicos		
27	Diga Ud. La Conservación de frasco original en productos químicos lo rotula adecuadamente		

Fuente: Elaborado por Lic. Anally Fermina Maita Rojas, adaptado por Betty Gomez Mogrovejo.

NIVEL DEL AUTOCUIDADO

Para la recolección de datos se utilizó como técnica, la encuesta y como instrumento, la guía de entrevista elaborado por la Lic. Anally Fermina Maita rojas, en su trabajo de investigación titulado como “factores extrínsecos (condiciones de la vivienda y actividades de rutina) que predispone a presentar accidentes domésticos en el adulto mayor, usuarios de los servicios del centro de salud conde de la vega baja - 2009 LIMA – PERÚ. se utilizó el índice de Katz que mide la prevención de riesgos en el hogar, el cual consta de: presentación, instrucciones, datos generales y contenido propiamente que consta de 27 preguntas cerradas dicotómicas. Que mide si conoce o desconoce, Los cuales fueron sometidos a una prueba estadística, para tal fin la prueba de kuder Richardson, con una confiabilidad de 0.63.

Si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 0 – 8 puntos, la respuesta era considerada como prevención de accidentes en el hogar “inadecuado”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 9 - 17 puntos, la respuesta era considerada como prevención de accidentes en el hogar “adecuado”, si la sumatoria de los ítems se encontraba entre 18 - 27 puntos, la respuesta era considerada como prevención de accidentes en el hogar “muy adecuado”. Coeficiente KR-20 de Kuder – Richardson.

BASES DE DATOS BETTY GOMEZ_SAC

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
1	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
2	64	14	8	1	23	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
3	51	13	8	4	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
4	60	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
5	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
6	52	14	7	2	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
7	55	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
8	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
9	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
10	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
11	61	12	8	5	25	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
12	55	12	8	5	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
13	57	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
14	54	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
15	66	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
16	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
17	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
18	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
19	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
20	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
21	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
22	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
23	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
24	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
25	72	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
26	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
27	70	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
28	61	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
29	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
30	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
31	70	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
32	49	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
33	49	12	7	4	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
34	56	11	6	3	20	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
35	61	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
36	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
37	80	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
40	52	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
41	53	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
42	53	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
43	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
44	59	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
45	60	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
46	58	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
47	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
48	60	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
49	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
50	57	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
51	54	14	7	3	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
52	60	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
53	56	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
54	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
55	50	14	8	1	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
56	51	13	8	4	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
57	60	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
58	55	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
59	51	14	7	2	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
60	55	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
61	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
62	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
63	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
64	57	12	8	5	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
65	74	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
66	56	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
67	69	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
68	61	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
69	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
70	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
71	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
72	77	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
73	47	11	5	0	16	Bueno	Muy ad...	Adecuado	Inadecu...	Adecuado
74	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
75	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
76	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
79	72	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
80	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
81	70	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
82	61	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
83	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
84	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
85	70	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
86	56	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
87	47	14	7	3	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
88	51	13	8	4	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
89	54	13	6	2	21	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
90	49	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
91	49	12	7	4	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
92	42	11	6	3	20	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
93	61	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
94	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
95	80	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
96	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
97	61	12	8	5	25	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
98	55	12	8	5	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
99	57	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
100	54	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
101	66	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
102	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
103	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
104	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
105	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
106	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
107	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
108	73	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
109	72	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
110	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
111	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
112	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
113	60	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
114	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
115	56	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
118	66	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
119	53	13	6	1	20	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
120	51	12	8	5	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
121	58	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
122	60	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
123	47	12	8	3	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
124	49	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
125	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
126	73	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
127	52	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
128	52	13	8	4	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
129	60	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
130	55	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
131	52	14	7	1	22	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
132	54	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
133	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
134	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
135	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
136	61	12	8	5	25	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
137	55	12	8	5	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
138	57	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
139	54	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
140	66	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
141	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
142	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
143	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
144	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
145	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
146	71	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
147	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
148	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
149	61	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
150	72	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
151	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
152	70	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
153	61	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
154	66	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
157	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
158	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
159	51	14	8	1	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
160	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
161	59	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
162	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
163	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
164	59	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
165	59	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
166	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
167	57	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
168	55	14	6	5	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
169	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
170	54	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
171	54	14	7	3	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
172	20	5	3	4	12	Malo	Adecuado	Adecuado	Muy ad...	Adecuado
173	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
174	55	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
175	58	14	8	3	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
176	46	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
177	58	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
178	50	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
179	31	8	4	4	16	Malo	Adecuado	Adecuado	Muy ad...	Adecuado
180	42	9	7	4	20	Bueno	Adecuado	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
181	58	13	7	3	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
182	58	13	8	2	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
183	51	10	8	5	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
184	53	10	6	0	16	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Adecuado
185	46	14	8	1	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
186	64	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
187	54	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
188	60	12	8	5	25	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
189	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
190	55	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
191	60	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
192	70	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
193	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
196	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
197	72	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
198	61	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
199	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
200	80	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
201	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
202	55	14	8	3	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
203	52	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
204	53	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
205	53	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
206	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
207	58	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
208	60	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
209	52	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
210	63	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
211	54	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
212	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
213	54	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
214	59	14	7	3	24	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
215	61	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
216	56	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
217	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
218	50	14	8	1	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Inadecu...	Muy ad...
219	51	13	8	4	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
220	60	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
221	55	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
222	52	14	7	2	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
223	55	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
224	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
225	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
226	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
227	61	12	8	5	25	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
228	72	18	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
229	56	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
230	69	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
231	61	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
232	59	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

	AC	Pc	Pq	Pi	PAH	AC_N	Pc_N	Pq_N	Pi_N	PAH_N
235	54	14	8	3	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
236	50	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
237	40	8	8	3	19	Bueno	Adecuado	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
238	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
239	56	14	8	3	25	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
240	61	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
241	56	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
242	56	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
243	58	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
244	59	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
245	62	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
246	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
247	65	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
248	52	14	7	2	23	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Adecuado	Muy ad...
249	55	13	7	4	24	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
250	68	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
251	58	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
252	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
253	61	12	8	5	25	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
254	51	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
255	54	14	8	5	27	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
256	46	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
257	64	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
258	67	14	8	5	27	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
259	60	14	8	4	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
260	58	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
261	55	14	8	4	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
262	47	13	8	5	26	Bueno	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...
263	60	13	8	5	26	Muy bu...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...	Muy ad...

CONFIABILIDAD DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: NIVEL DE AUTOCUIDADO																	
Sujetos de investigación	IT 1	IT 2	IT 3	IT 4	IT 5	IT 6	IT 7	IT 8	IT 9	IT 10	IT 11	IT 12	IT 13	IT 14	IT 15	IT 16	Sumatoria
Sujeto 1	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	54
Sujeto 2	5	3	4	4	5	5	3	4	3	5	4	4	4	4	5	4	66
Sujeto 3	5	4	5	4	5	5	3	4	3	5	5	5	4	3	4	4	68
Sujeto 4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	65
Sujeto 5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	62
Sujeto 6	4	4	5	3	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	67
Sujeto 7	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	59
Sujeto 8	5	4	5	4	5	5	3	4	4	5	5	5	5	4	5	3	71
Sujeto 9	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	4	5	4	73
Sujeto 10	5	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	72
Sujeto 11	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	58
Sujeto 12	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	5	4	3	4	62
Sujeto 13	4	4	5	5	4	5	3	5	4	5	4	4	4	4	4	4	68
Sujeto 14	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	5	3	60
Sujeto 15	5	4	4	4	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	3	68
Sujeto 16	4	4	5	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	56
Sujeto 17	5	2	4	2	5	5	2	2	2	4	4	2	4	2	4	2	51
Sujeto 18	4	4	5	5	4	4	4	5	2	4	5	4	4	4	4	2	64
Sujeto 19	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	3	4	2	66
Sujeto 20	4	2	5	2	4	5	2	2	2	5	4	3	4	4	3	2	53
Sujeto 21	5	2	5	2	4	4	3	2	2	4	2	4	4	2	4	2	51
Sujeto 22	5	2	5	2	5	5	2	2	2	5	5	4	4	2	4	4	58
Sujeto 23	5	2	4	4	5	5	2	4	2	4	5	3	3	5	2	5	60
Sujeto 24	4	2	2	2	2	5	3	2	2	4	2	4	2	2	5	4	47
Sujeto 25	4	2	4	2	4	4	2	2	2	3	4	3	4	3	4	2	49

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	25	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	25	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,859	16

VARIABLE 2: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

Sujetos de investigación	IT1	IT2	IT3	IT4	IT5	IT6	IT7	IT8	IT9	IT10	IT11	IT12	IT13	IT14	IT15	IT16	IT17	IT18	IT19	IT20	IT21	IT22	IT23	IT24	IT25	IT26	IT27	Sumatoria		
Sujeto 1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	22		
Sujeto 2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	16	
Sujeto 3	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	19	
Sujeto 4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	16	
Sujeto 5	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	18
Sujeto 6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	25
Sujeto 7	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	21
Sujeto 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27
Sujeto 9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	24
Sujeto 10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	16
Sujeto 11	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	20
Sujeto 12	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	21
Sujeto 13	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21
Sujeto 14	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	17
Sujeto 15	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	22
Sujeto 16	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	16
Sujeto 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
Sujeto 18	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	13
Sujeto 19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	23
Sujeto 20	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	21
Sujeto 21	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	18
Sujeto 22	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
Sujeto 23	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	12
Sujeto 24	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
Sujeto 25	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	14
21	14	13	14	15	16	10	12	13	14	14	25	25	22	21	20	18	21	23	24	14	24	24	25	16	15	15				

Acieros/Total	0.700	0.467	0.433	0.467	0.500	0.533	0.333	0.400	0.433	0.467	0.467	0.833	0.833	0.733	0.700	0.667	0.600	0.700	0.767	0.800	0.467	0.800	0.800	0.833	0.533	0.500	0.500	14.760	Varianza total
1-p	0.300	0.533	0.567	0.533	0.500	0.467	0.667	0.600	0.567	0.533	0.533	0.167	0.167	0.267	0.300	0.333	0.400	0.300	0.233	0.200	0.533	0.200	0.200	0.167	0.467	0.500	0.500		
p*q	0.210	0.249	0.246	0.249	0.250	0.249	0.222	0.240	0.246	0.249	0.249	0.139	0.139	0.196	0.210	0.222	0.240	0.210	0.179	0.160	0.249	0.160	0.160	0.139	0.249	0.250	0.250	5.809	Suma de los productos (p*q)

Número de ítems	27
N-1	26

$$r_n = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

27	14.760	5.809	→ KR-20	0.630
26	14.760			

En donde:
 r_n = coeficiente de confiabilidad.
 N = número de ítems que contiene el instrumento.
 V_t = varianza total de la prueba.
 $\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

**TABLAS DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN LA
COLUMNA DE NIVELES Y RANGOS**

Nivel	Variable 1
	Autocuidado
Malo	16 - 36
Bueno	37 - 58
Muy bueno	59 - 80

Nivel	Variable 2	Dimensiones		
	Prevención de accidentes en el hogar	Prevención de caídas	Prevención de quemaduras	Prevención de intoxicación
Inadecuado	0 - 8	0 - 4	0 - 2	0 - 1
Adecuado	9 - 17	5 - 9	3 - 5	2 - 3
Muy adecuado	18 - 27	10 - 14	6 - 8	4 - 5

TABLA 1

Prevalencia según el tipo de respuesta respecto de la dimensión prevención de caídas

Ítems	Prevalencia del “Si”		Prevalencia del “No”	
	N	%	N	%
1	255	97.0%	8	3.0%
2	259	98.5%	4	1.5%
3	262	99.6%	1	0.4%
4	218	82.9%	45	17.1%
5	246	93.5%	17	6.5%
6	246	93.5%	17	6.5%
7	259	98.5%	4	1.5%
8	252	95.8%	11	4.2%
9	261	99.2%	2	0.8%
10	260	98.9%	3	1.1%
11	261	99.2%	2	0.8%
12	260	98.9%	3	1.1%
13	260	98.9%	3	1.1%
14	261	99.2%	2	0.8%
Total de muestra		263		

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E)

De acuerdo a la tabla 1, de Prevalencia según el tipo de respuesta respecto de la dimensión prevención de caídas, se observa que en la pregunta del ítem 11, Diga Ud. Cuenta con agarradores en ducha o bañera, respondieron los adultos mayores encuestados que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, que el 99.2% refieren que sí cuentan con agarradores.

Así mismo, solo el 0.8% de los participantes en el estudio, es decir dos adultos mayores manifiesta que no, la prevención de accidentes que suceden en el hogar se desarrolla en un nivel adecuado, del mismo modo este mismo porcentaje de elementos muestrales considera que cuando el autocuidado es bueno, la prevención de accidentes en el hogar es de nivel adecuado.

TABLA 2

Prevalencia según el tipo de respuesta respecto de la dimensión prevención de quemaduras

Ítems	Prevalencia del “Si”		Prevalencia del “No”	
	N	%	N	%
1	5	0.2%	258	98%
2	261	99.2%	2	0.8%
3	258	98.1%	5	1.9%
4	256	97.3%	7	2.7%
5	257	97.7%	6	2.3%
6	253	96.2%	10	3.8%
7	259	98.5%	4	1.5%
8	252	95.8%	11	4.2%
Total de muestra			263	

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E).

De acuerdo a la tabla 2, sobre la Prevalencia según el tipo de respuesta respecto de la dimensión prevención de quemaduras, se observa que en el ítem 1, Diga Ud. utiliza cocina a base de kerosene, solo el 2% de los encuestados que representan a 5 de los 263 adultos mayores encuestados que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima, refieren que, si utilizan, mientras que el 98% refieren que no. Se perciben que cuando el autocuidado que realizan es bueno, la prevención de quemaduras en el hogar es muy adecuada.

TABLA 3

Prevalencia según el tipo de respuesta respecto de la dimensión prevención de intoxicación

Ítems	Prevalencia del “Sí”		Prevalencia del “No”	
	N	%	N	%
1	252	95.8%	11	4.2%
2	219	83.3%	44	16.7%
3	230	87.5%	33	12.5%
4	230	87.5%	33	12.5%
5	243	92.4%	20	7.6%
Total de muestra		263		

Fuente: Resultado de correlación de variables (ver Apéndice E)

De acuerdo a la tabla 3, sobre Prevalencia según el tipo de respuesta respecto de la dimensión prevención de intoxicación, se observa que en el ítem 3, Diga Ud. Utiliza protectores como guantes, mascarilla como protección para manipular productos químicos, se verifica que el 87.5 % de los encuestados que representan a 230 de los 263 adultos mayores encuestados que acuden al Centro de Salud Parroquial “San Francisco de Asís” de Lima Cercado, si utilizan, mientras que el 12.5% refieren que no utilizan.

Así mismo el ítem 5, sobre Diga Ud. La Conservación de frasco original en productos químicos lo rotula adecuadamente el 92.4% refiere que sí, y solo el 7.6% refiere que no. Se puede observar que las condiciones de prevención de intoxicaciones que suceden en el hogar son muy adecuadas.



PARROQUIA
“San Francisco de Asís”

CONSTANCIA DE PACIENTES DEL AÑO 2016

El año 2016, se realizó el registro anual de pacientes en general que asistieron al Centro Médico Parroquial San Francisco de Asís.

Este informe se realizó por la coordinadora Lic. Rosa Pajares Aguilar, en coordinación con el área de administración. El cual se registró 822 adultos mayores, que fueron atendidos en el área de medicina general.

Se brinda la información de estadística para fines de estudios, solicitado por el bachiller de enfermería Betty Gomez Mogrovejo, quien solicita realizar su proyecto de investigación en nuestra institución.



Rosa Pajares Aguilar
Coordinación