

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL  
APOYO FAMILIAR.CENTRO DE SALUD SALAVERRY 2015**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA

**AUTORAS:**

Bach. ELLEN ESQUIVEL, KATHERINE DOREYDA

Bach. PADILLA GUIBOVICH, KAREN ESTEFANIA

**ASESORA:**

Ms. Enf. RAMOS PACHECO YDELSA ARMINDA

**TRUJILLO – PERÚ  
2015**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL APOYO  
FAMILIAR.CENTRO DE SALUD SALAVERRY 2015**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA

**AUTORAS:**

Bach. ELLEN ESQUIVEL, KATHERINE DOREYDA

Bach. PADILLA GUIBOVICH, KAREN ESTEFANIA

**ASESORA:**

Ms. Enf. RAMOS PACHECO YDELSA ARMINDA

**TRUJILLO – PERÚ  
2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios, porque sin él nada es posible, por haberme dado salud y la sabiduría para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Angélica, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, su paciencia, por la motivación constante que me ha brindado permitiéndome ser una persona de bien, más que nada, por su amor y comprensión.

A mi padre Carlos, por los ejemplos de perseverancia, superación y constancia que lo caracterizan, por estar a mi lado cuando lo he necesitado y más que nada por el esfuerzo que su día a día por cada uno de sus hijos.

**KATHERINE.**

## DEDICATORIA

A Dios, por darme cada día  
la vida y la oportunidad de  
poder realizar mis objetivos

A mi hija María Fernanda que  
siempre fue mi fuerza y motivación  
para poder vencer cada obstáculo  
y ahora guía mis pasos desde el  
cielo

A mis padres Pedro y María quienes  
me inculcaron principios y valores;  
permitiendo realizarme obteniendo mi  
profesión

**KAREN.**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios que con su luz divina nos ha guiado para no desmayar por este camino que hoy vemos realizado.

A nuestra querida asesora Ms. Enf. Ydelsa Ramos Pacheco, por su orientación y asesoría determinantes para el desarrollo de este trabajo de investigación.

**KATHERINE Y KAREN**

## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO .....	iii
TABLA DE CONTENIDOS .....	iv
LISTA DE TABLAS .....	v
LISTA DE GRÁFICOS .....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	01
II. MATERIAL Y MÉTODO .....	36
III. RESULTADOS .....	45
IV. DISCUSIÓN .....	52
V. CONCLUSIONES .....	60
VI. RECOMENDACIONES .....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
ANEXOS .....	75

## **LISTA DE TABLAS**

### **TABLA N° 1**

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SALAVERRY. 2015

### **TABLA N° 2**

GRADO DE APOYO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SALAVERRY. 2015

### **TABLA N° 3**

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACION CON SU GRADO DE APOYO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD SALAVERRY 2015

## **LISTA DE GRAFICOS**

### **GRAFICO N° 1**

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SALAVERRY. 2015

### **GRAFICO N° 2**

GRADO DE APOYO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SALAVERRY. 2015

### **GRAFICO N° 3**

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACION CON SU GRADO DE APOYO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD SALAVERRY 2015

## RESUMEN

El presente estudio descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar. 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, encontrándose los siguientes resultados: 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  $P < 0.05$ .

**Palabras claves:** autocuidado, apoyo familiar, adulto mayor.

## ABSTRACT

This descriptive correlational cross-sectional study was conducted in order to determine the relationship between self-care of the elderly with family support. They participated 94 seniors who attended the Health Center Salaverry during the months of May to July 2015 who answered two instruments: CYPAC test-AM (Capacity and Perception of Self-Care for the Elderly) and the Scale of Family Support, finding the following results: self-care of the elderly treated at the health center of Salaverry was adequate 54.3% and inappropriate 45.7%. The degree of family support of the elderly was higher 13.8%, moderate 80.9% and low 5.3%. Self-care of the elderly was significantly related to the degree of family support. For statistical analysis the chi-square test was used, setting the significance level at  $P < 0.05$ .

**Keywords:** self, family, elderly support.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso de cambios continuos que se dan en el organismo del ser humano a lo largo de la vida, con variaciones en su aparición, y que ocasionan un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo, sus condiciones, y calidad de vida. (1, 2)

La distribución de la población mundial según las edades está pasando por una profunda transformación, pues a medida que la mortalidad y la fertilidad han ido descendiendo, la distribución se está modificando gradualmente en favor de las edades más avanzadas. Todas las regiones del mundo están experimentando este cambio, así tenemos que en los últimos años, 737 millones de personas tienen 60 años o más lo que constituyen la "población de edad avanzada" del mundo. Se prevé que este número se incrementará a 2 millones más para el 2050, por lo que las personas adultas mayores superarán en número a la población infantil. (3)

En los países desarrollados el porcentaje de personas mayores también es elevado, así tenemos que en Europa, uno de cada cinco personas tiene 60 años o más. En Asia, América Latina y el Caribe la relación es uno de cada diez, y uno de cada 19 en África. Si se compara, se observa que el envejecimiento de la población está incrementando

más rápido en los países en desarrollo que en los países desarrollados, donde el envejecimiento de la población está más avanzado (4, 5).

Como consecuencia de ello, la población adulta mayor en el mundo se irá concentrando cada vez más en los países en desarrollo; por lo que, para el 2050, se prevé que el 79% de las personas mayores de 60 años vivirán en países en desarrollo. (6, 7, 8)

El Perú no es ajeno a este cambio. La progresiva transformación que viene experimentando la estructura etaria de la población peruana es un fenómeno que compromete a todos los grupos poblacionales y resulta más evidente en los adultos mayores. En 1993, la población de 60 y más años representaba el 7.0 % de la población total, es decir, más de un millón y medio de personas. En el año 2007, la población estuvo constituida por 2 millones 495 mil personas que representaba el 9.1% de la población total. De mantenerse las tendencias actuales, para el año 2025 se alcanzaría una cifra de 4 millones 429 mil personas, lo que representaría el 12.4% del total de población. (9, 10, 11)

Actualmente, el 7% de la población peruana está integrada por personas de 60 años de edad a más; así mismo se reporta que uno de los departamentos que concentran mayor población de adultos mayores es La Libertad (153,700), por lo cual se necesita de una política de promoción y protección de salud para este grupo humano (1, 12).

El inicio de la vejez se considera a partir de los 60 años según lo determinó la Asamblea Mundial de Envejecimiento en el marco del Plan de Acción de Viena (1982), a esta etapa de la vida se le denomina también adulto mayor (AM) a manera de contrarrestar lo peyorativo del término vejez. En el Perú, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA), la etapa del adulto mayor se refiere a las personas de ambos sexos de sesenta años a más. Asimismo, en esta etapa de la vida se ha rebasado la barrera imprecisa de la mediana de edad y se entra en un período, que si bien puede acarrear angustias, problemas físicos, emocionales y económicos, aporta una serie de compensaciones como una mayor y profunda experiencia, una visión y sentido diferente de la vida. (13, 14, 15)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos". El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. (16, 17, 18)

Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera que desde el punto de vista funcional, la persona adulta mayor

puede ser autovalente, frágil y postrada o terminal. Persona adulta mayor autovalente, es aquella capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria, es decir esenciales para su autocuidado. Persona mayor frágil, aquella con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Persona mayor dependiente o postrada, aquella con pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita el desempeño de sus actividades diarias. (19)

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad. Es posible observar en los adultos mayores: mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte; mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas; manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades; mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo; y cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos. (5)

En nuestro país, el Ministerio de Salud del Perú, desde el año 2003, viene desarrollando el modelo de atención integral en salud enfocado por etapas de vida, formando parte de este, el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que en el nivel de atención

primaria, está orientado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; el desarrollo de este modelo es aún gradual y se vienen realizando diversas actividades de diagnóstico situacional y capacitación al personal en las diferentes direcciones de salud. Por otro lado, el “Plan Nacional Para Las Personas Adultas Mayores 2013-2017” menciona que según la normativa N° 28803 uno de los derechos de los adultos mayores es recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima. (6, 13)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), ha planteado dentro de sus lineamientos de política del sector, atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable, para lo cual ha reorientado los servicios de salud de atención integral al adulto mayor, con énfasis en las actividades preventivo - promocionales. De acuerdo a ello, se pretende que este grupo poblacional adopte conductas favorables para la salud, que lo hagan más saludables e independientes. En este sentido, se señala al autocuidado como concepto educativo para el desarrollo de estas conductas saludables, mediante la satisfacción de sus necesidades básicas, como la adecuada alimentación, medidas de higiene, habilidades para establecer relaciones sociales, actividad física requerida, recreación y manejo del tiempo libre, dialogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto (20, 21, 22).

Etimológicamente el término autocuidado está conformado de dos palabras: “Auto” del griego auto que significa "propio" o "por uno mismo", y “Cuidado” del latín cogitatus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo (23).

Según Coppard, el autocuidado “son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales. Así mismo, el MINSA define el Autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables. (24, 25, 26)

Diferentes definiciones de autocuidado son dadas en contextos culturales y sociales específicos. En los países del Continente Americano, el autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral. La habilidad para desempeñar el

autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado (27, 28, 29).

Dorothea 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”. Además, señala que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. De acuerdo con esta autora, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales (30, 31, 32).

Durante esta etapa del ciclo vital la práctica del Autocuidado juega un papel indispensable, implica que el adulto mayor asuma voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, y mantener una calidad de vida durante los años que logre vivir (21, 33).

En el ser humano, la actividad física es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. La actividad física puede reducir el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento. Asimismo, es importante señalar que muchos de estos beneficios requieren que la participación sea regular y continua, y que esos beneficios pueden revertirse rápidamente si se retorna a la inactividad. Por lo que el hecho de realizar una actividad física ligera o moderada durante al menos 30 minutos al día beneficiará al funcionamiento físico del anciano, especialmente en los que nunca han realizado ejercicio de forma regular (34).

La nutrición es una de las necesidades humanas básicas que suministran esta energía y mantiene la vida. La nutrición es importante en los ancianos, más aun si la mayoría de ellos tiene por lo menos una enfermedad, además de los cambios propios del envejecimiento. Es difícil formular recomendaciones nutricionales para los adultos mayores porque es un grupo heterogéneo, por lo que se debe considerar sus características individuales, así como: el peso, los procesos patológicos, antecedentes, actividad física y patrones culturales entre otros (35).

Así mismo el sueño es una necesidad humana básica y fundamental para el bienestar de toda persona. Es un periodo de inconciencia relativa, parece ser el momento en que el organismo se repara y recupera. Se señala que las personas adultas mayores normalmente duermen entre 6 o 7 horas, siendo considerado el sueño alterado o insuficiente una de las quejas más frecuentes entre los adultos por lo que los profesionales sanitarios deben ofrecerles recomendaciones para conciliar el sueño teniendo en cuenta factores indirectos tales como: la jubilación, la soledad, ansiedad, depresión, estrés, falta de ejercicios, la inmovilización y las enfermedades crónicas (35, 36).

Por otro lado, la piel sana sin alteraciones cumple diversas funciones: es la primera línea de defensa del cuerpo contra las infecciones y lesiones de los tejidos; regula la temperatura corporal y es órgano sensorial. Además, es un medio para la eliminación de desechos y participa en el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos. A medida que la edad del adulto aumenta ocurren cambios en su piel y anexos que pueden alterar o disminuir sus funciones. Por lo tanto, es necesario que el adulto mayor conserve buenas prácticas de higiene (30, 37, 38).

Uno de los síndromes más frecuentes en el adulto mayor es la incontinencia urinaria de forma regular, produciendo un gran malestar, problemas de higiene y psicológicos, como la depresión, la ansiedad y el

aislamiento. Sin embargo, una vejez normal no está asociada a la incontinencia, sino que responde a casos de enfermedades mentales asociadas a demencias y a patologías que son susceptibles de tratamiento. Por lo tanto, sin importar la edad, la capacidad cognitiva o estado funcional, con frecuencia la incontinencia puede ser curada, mejorada y siempre tratada (37).

A su vez, los cambios globales relacionados con el envejecimiento también comprenden modificaciones intestinales ocasionando estreñimiento, flatulencia y dolor abdominal. Aunque los adultos mayores a menudo se quejan de estreñimiento, éste no es debido necesariamente, al proceso de envejecimiento en el intestino. Entre los tres principales problemas anormales del intestino durante la vejez tenemos: el estreñimiento, la enfermedad diverticular y el cáncer de colon. El manejo del estreñimiento depende de la causa subyacente. A falta de problema de fondo orgánico en los adultos mayores, se debe orientar sobre las medidas dietéticas, ingesta de líquidos, ejercicios y reeducar la función del intestino (39).

Los adultos mayores son un grupo de riesgo en el manejo de la medicación por el esquema o situación de salud que los caracteriza como son las pluripatologías y predominio de padecimientos crónicos. Esta situación de salud demanda tratamientos prolongados y variados, lo que se traduce en utilización de polifarmacia; de acuerdo a lo que se ha

reportado en la literatura los adultos mayores tienen prescritos de uno a once medicamentos. Sin embargo, otros reportes señalan hasta 18 medicamentos prescritos (40).

Otro factor importante que incrementa el riesgo en el manejo de la medicación en este grupo poblacional es el proceso de deterioro progresivo que acontece durante el envejecimiento y afecta la función de múltiples órganos y sistemas, lo que genera diferentes alteraciones como déficit visual, auditivo, en la capacidad física, en el estado cognitivo, cambios en los estilos de vida, algún grado de dependencia, entre otras. Todas estas alteraciones tienen repercusiones en la autoadministración de medicamentos ya sea por dosis inadecuada (mayor o menor a la prescrita), incumplimiento en los horarios, errores en el procedimiento de administración, entre otros (40, 41).

En cuanto al control de salud, el adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que nacemos y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida, la mala salud no es una consecuencia del envejecimiento sino que las investigaciones han demostrado que el 70% del deterioro físico en el envejecimiento está relacionado con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes de tamizaje preventivos: (Examen Médico Periódico) auto examen de

mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca medición de temperatura entre otros. La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un Examen Médico Periódico a las Personas Mayores supuestamente sanas al menos una vez al año. Aunque la frecuencia de éste se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del Adulto Mayor (42).

Los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan su predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol, entre las que se incluyen la desnutrición y las enfermedades hepáticas, gástricas y del páncreas. Las personas mayores también presentan un mayor riesgo de caídas y lesiones relacionadas con el alcohol, así como posibles peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos (41, 43)

Por otro lado, los valores físicos, afectivos y actitudinales del adulto mayor deben ser respetados y aceptados por la familia, sabiendo que con ello se va a contribuir a que él tenga calidad de vida, a que tenga bienestar, satisfacción, brindándole guía u orientación en aquellos casos que estos valores atenten contra su vida, salud o su bienestar, basado siempre en el afecto y el respeto mutuo; enseñándole cuando se equivoca, porque él está en capacidad de aprender y corregirse, adecuarse al cambio, a la realidad en la que se encuentre; dado que la presencia o falta de estos valores, así como también el grado de ayuda de

otras personas. Para su existencia se convierten en esta etapa en el objetivo de primordial importancia para el adulto mayor (44).

En el adulto mayor, las actividades de autocuidado son plenamente viables y se justifican con los planteamientos de Maslow, quien sostiene que la mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas sino también para transmitir las a otros, contradiciendo uno de los grandes mitos que giran en torno al envejecimiento, y mantienen la idea de que en la vejez es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable o participar activamente en el propio autocuidado (11).

Teniendo en cuenta que el autocuidado es el medio que fomenta al máximo el que las personas adultas mayores asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar; el equipo de salud juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje y, mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud, lograr que la persona sea autovalente en estos aspectos (45).

El profesional de enfermería es, dentro del equipo de salud, el que cumple la función holística respecto al adulto mayor, lo asesora, evalúa su medio domiciliario, controla los medicamentos, evalúa su limitación funcional, analiza los contactos con los organismos comunitarios, con

familiares y vecinos, valora el potencial de accidentes, el grado de soledad, etc.; ayudando de esta forma, al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder (45).

Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que el adulto mayor adopte comportamientos favorables para la conservación de la salud, lo que implica preparar a los adultos mayores, intelectual y emocionalmente, para que adopten una actitud y conducta favorables; y esto es posible a través de un dialogo educativo. Por ello, responsabilidad del facilitador, en este caso, el profesional de enfermería, es crear las condiciones para que ocurra este dialogo educativo, a fin de que se cumpla la tarea de ayudar a la persona para que se estimule todas sus potencialidades y ser capaz de asumir la responsabilidad de su propia existencia (30).

Es decir los profesionales de enfermería deben fomentar a que los adultos mayores practiquen un estilo de vida saludable, así como al desarrollo del autocuidado, promover el consumo responsable de la medicación prescrita, y la colaboración en la atención familiar del adulto mayor y del cuidador principal en relación a la asistencia que necesita el paciente y, en definitiva, prestar los cuidados idóneos en los principales problemas geriátricos evitando en lo posible las complicaciones. (1)

Orem, señala cinco premisas básicas para encaminar al profesional de Enfermería con el fin de conseguir el autocuidado: Los seres humanos necesitan estímulos que actúen sobre ellos y su entorno para seguir vivos; la actividad del hombre se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás; las personas experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismos; la actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades; y los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda (46).

Se sostiene que el autocuidado en el adulto mayor suele estar relacionado con apoyo que éste puede recibir de su familia. Desde hace más de tres décadas se viene acumulando evidencia acerca de la manera como el medio ambiente social contribuye a potenciar o debilitar la resistencia del ser humano ante la adversidad. Cassel (1976) reportó información sobre la relación positiva del apoyo social con el riesgo a la mortalidad, con la salud física y mental. A partir de este momento viene afirmándose que las personas que sufren cambios sociales y culturales, así como aquellas que viven en contextos con alta desorganización social y altos índices de pobreza, presentan un mayor riesgo de adquirir gran número de enfermedades. Situaciones que coinciden con ausencia de vínculos sociales estables y carencia de recursos válidos, se concluye por tanto que los vínculos y las relaciones sociales promueven la salud,

protegen los seres humanos de enfermedades y fortalecen acciones de autocuidado (47, 48).

Se afirma que la familia es la base de la sociedad, y su participación en el cuidado activo de los adultos mayores es muy importante. La familia ha sufrido cambios estructurales a lo largo de la historia debido a su adaptación al contexto sociocultural. Debido a ello, se han ido generando diferentes conceptos que pretenden enmarcarlo desde el punto de vista psicológico, pedagógico, sociológico y antropológico (49, 50).

Para un sociólogo, la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que para un antropólogo, la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. La familia, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derecho interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación, mientras que la Psicología entenderá por familia, a la célula básica de desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas; y para un economista, la familia significará unidad básica de producción y generación de riqueza de la sociedad (48).

Existen organismos y declaraciones, que por su carácter internacional, respaldan aproximaciones ampliamente difundidas del concepto de familia. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1998), artículo 16.3 que “la familia es el elemento natural o fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. Al respecto, en el Perú, la Ley General de Educación N° 28044, en su artículo 54, señala que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, responsable en primer lugar de la educación integral de los hijos (51, 52).

Otros, definen a la familia como un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o adopción; constituyendo una sola unidad doméstica; interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas de marido y mujer, madres y padres, hijo e hija y hermana, creando y manteniendo una cultura común. Por tanto, es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. Ya que ésta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales. Con todas sus limitaciones, la familia, desempeña un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo del adulto mayor (53).

La familia se concibe como un todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos

propios y diferentes a los que explican la del sujeto aislado. La familia es un sistema, en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazar como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano (54).

Como sistema responde al principio de no sumatividad, en cuanto a que el todo es mayor y diferente de la suma de sus partes, por lo cual no puede ser descrita solamente por la adición de los rasgos individuales de sus miembros. Por lo tanto la observación de la familia se debe dirigir hacia la comprensión de sus interacciones y no a la conducta individual de cada uno de sus miembros. Los patrones de interacción que caracterizan a cada familia son secuencias comunicativas repetitivas en el tiempo que se van convirtiendo en “reglas” y posteriormente en “normas” a medida que avanza el ciclo de la familia. Estas normas sirven para evaluar la conducta de sus miembros en concordancia con la cultura y el medio social en el que se desarrolla la familia. Siendo la familia un sistema, conformado por un grupo de personas interrelacionadas, un cambio en uno de ellos afecta a los demás y al grupo familiar en una cadena circular de influencia, por lo cual se asume que el origen de la causa o causas de las dificultades familiares puede llevar a diferentes resultados y el mismo resultado puede surgir de distintos orígenes (54, 55).

La familia es una escuela, la base de todo aprendizaje, es la formadora, forjadora y transmisora de valores y principios, los cuales cada integrante sabrá ponerlos en práctica a lo largo de su vida. Además abastece las necesidades de afecto de cada uno de sus miembros, todo esto vital para el bienestar de cada miembro de la familia. El ambiente familiar es el espacio que nos permite afianzar los lazos afectivos y de protección. Es importante conocer que el valor de la familia se fundamenta en la presencia física, mental y espiritual de las personas en el hogar, con disposición a la conversación y a la tolerancia, labrando los valores en la persona misma, transmitirlos y enseñarlos. El valor nace y se desarrolla cuando cada uno de sus miembros asume con responsabilidad el papel que le ha tocado desempeñar en la familia, procurando el bienestar, desarrollo y felicidad de todos los demás (24, 56, 57).

Existen varios tipos de familia, todas reconocidas como tales entre ellas están: la familia nuclear la que incluye padre, madre e hijos; la familia mono parental que se constituye por uno de los padres de sus hijos; familia extensa o consanguínea incluye a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos; y otras. Siendo la familia el origen de toda agrupación humana y el eje principal de cuidados y afectos, esta se vuelve imprescindible en la vida del adulto mayor, ya que es una etapa en la cual se vuelve dependiente de la familia la que tiene el deber de velar por el y brindar todos los cuidados necesarios para mantener un estado de salud óptimo (58).

En el Perú, El Ministerio de Educación (2004), define los siguientes tipos de familia: Familia nuclear: compuesta por dos adultos que ejercen el papel de padres y sus hijos. Familia extensa: conformada por todo un grupo de individuos que incluye abuelos, padres, hijos, nietos y personas acogidas (yernos, nueras, cuñados, tíos, empleados, unidos sobre base económica y afectiva). Familia monoparental: estructurada sobre la base de la existencia de una sola figura parental, asumida bien sea por un adulto o, en ocasiones, por un menor de edad que asume el rol de uno de los padres. Y neofamilia: son personas que se unen por vínculo afectivo o conveniencia y que comparten un mismo espacio físico u hogar (59).

Diferentes autores como lo señala Olson (1980) han acudido a diversos criterios para dividir por etapas el ciclo vital de la familia: siendo estos los cambios en el tamaño de la familia; los cambios por edad basados por la edad del hijo mayor; los cambios en los roles familiares; los cambios en las transiciones que están sufriendo las familias, entre otros. Cualquier clasificación responde a una necesidad de la familia y se constituye en una etapa de desarrollo que moviliza transformaciones ya sea en la estructura como también en la cosmovisión familiar (60).

Las transformaciones generalmente se evocan por dos tipos de eventos: los normativos y los no normativos. Los normativos, ocurren en la mayoría de familias, como son el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la entrada de este hijo a la escuela, la adolescencia, la edad adulta,

el nacimiento del primer nieto, la jubilación, la vejez y la muerte. Los eventos no normativos, están mediados por conflictos, enfermedad, separación conyugal, cambios económicos, catástrofes naturales. Estos eventos se asocian con cambios en la funcionalidad familiar, si se tiene en cuenta que el desarrollo de cada miembro de la familia se moldea y a la vez es moldeado por las particularidades de los demás y que la historia generacional se construye por la influencia de las experiencias evolutivas de cada generación con los ancestros mediatos y lejanos (54).

Son diversas las funciones de la familia sin embargo una de las más importantes es la protección psico –afectiva la cual garantiza la construcción de los vínculos emocionales y el desarrollo del individuo; encontrándose esta función estrechamente vinculada a la comunicación, la cohesión, la adaptabilidad y la afectividad (61).

Ante ello se puede afirmar que a nivel mundial es la familia del adulto mayor la que debe brindar las garantías necesarias para que él tenga una vida tranquila, rodeada de afecto y cuidados propios de su edad, tanto su cónyuge, hijos y demás familiares son los llamados a cuidar de él y ser su fuente de apoyo, esto tiene gran significado en su vida. Así como en su debido momento el ahora adulto mayor dio todo su esfuerzo y capacidad para velar por la integridad de su familia es momento de retribuir todo ese amor y dedicación, y la manera perfecta es

brindarles un entorno familiar lleno de afecto, comunicación, independencia y respeto (62, 63).

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes, en esta etapa la reducción de actividad social, incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo, con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. En el núcleo familiar se producen cambios especialmente en ámbitos como las funciones de la persona, la relación y la comunicación con el adulto mayor (63).

Así mismo se reporta que el apoyo familiar del cuidador principal es en muchas ocasiones un factor asociado a que los pacientes mejoren sus acciones de autocuidado, siendo la relación que se establece entre el cuidador-paciente fundamental para la génesis y evolución de problemas de salud en éste último (64).

La teoría de apoyo familiar sostenida por Faucett y Wall (1991), considera a la familia como un sistema de apoyo positivo promotor, útil. Este apoyo se da en forma de bienes y servicios, información, protección a los efectos de stress y ayuda en crisis, los niveles bajos de apoyo están asociados a la disminución del bienestar (65).

Es importante entender que para muchas familias no es fácil la convivencia con un adulto mayor y a menudo ven esta situación como un problema, porque involucra y exige cambiar muchos hábitos, como la alimentación, las horas de descanso, etc., ya que el adulto mayor requiere de cuidados específicos, esto necesita la participación y el compromiso de todos los miembros de la familia. Es la familia el ámbito de los afectos, de la solidaridad y la democracia de sus relaciones por eso que todos sus integrantes deben comprometerse en el autocuidado de los adultos mayores (66).

En la actualidad, se puede observar que a pesar de que el adulto mayor tiene el derecho a vivir en un ambiente familiar de paz esto no se cumple en todas las familias, porque existen muchas familias en donde ellos son maltratados y discriminados, llegando incluso a dejarlos abandonados en asilos, se olvidan que es en esta etapa de la vida donde ellos necesitan más que nunca el amor y cuidados de su familia, y que es importante para la vida del adulto mayor la protección que recibe de su grupo familiar. En ciertas familias se olvidan del derecho que tiene el adulto mayor, como todo ser humano, a expresarse y tomar de decisiones por él, abandonándolo en sitios como los asilos, dando la prioridad del autocuidado a terceras personas, sin importar lo que siente o piensa el adulto mayor frente a decisiones tan relevantes en su vida (67)

Resumiendo se puede afirmar que a través del apoyo familiar se cubre la satisfacción de las necesidades tanto biológicas como psicológicas y sociales del adulto mayor. De allí que la familia juega un papel importante, además de que proporciona un espacio que contribuye a percibirse de forma útil, a la autoestima y a la imagen positiva que tiene el adulto mayor de sí mismo (26).

Por el contrario, la ausencia de vínculos sociales estables y la carencia de recursos válidos en las personas que viven cambios sociales y culturales bruscos, tienen mayor riesgo de adquirir un gran número de enfermedades; es decir, la presencia de vínculos significativos y relaciones sociales cercanas pueden promover la salud y proteger a los adultos mayores contra la enfermedad y en ciertas circunstancias, pueden prevenir la muerte. Se sostiene que si bien el deterioro se asocia a una menor convivencia con los amigos y familia, así como una menor percepción de apoyo y ayuda material, sólo la adaptabilidad familiar y por ende el apoyo familiar percibido sirven para predecir una mejor calidad de vida con acciones de autocuidado (24).

De allí que se afirme que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud y acciones de autocuidado debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en

nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal (26).

Al respecto se menciona que la funcionalidad de una red de apoyo social en la vejez está dada por la presencia de los apoyos sociales y del cumplimiento de sus funciones, entre las cuales de los tipos de apoyo que se pretende evaluar en el adulto mayor (68).

El Apoyo material, tangible o instrumental constituye la prestación de ayuda material directa o servicios. El apoyo instrumental hace referencia al uso de las relaciones sociales como medio para conseguir objetivos y metas, entre las cuales se encuentran el acompañamiento y colaboración en diversas tareas de la cotidianidad, las cuales se relacionan con el bienestar porque ayudan en la reducción de recargas en las tareas del geronte, lo que le permite mantener mayor tiempo libre que puede dedicarle a actividades de esparcimiento e integración social y crecimiento personal. De igual forma con el cumplimiento de esta función se abarcan todas las necesidades económicas que requiere el geronte, tales como la alimentación, la vivienda, los servicios médicos, el vestuario, y demás necesidades básicas. Cabe resaltar que este tipo de apoyo es muy efectivo cuando la persona que lo recibe como una ayuda adecuada o por el contrario tomado como una amenaza cuando siente afectada su libertad o genera sentimientos de estar en deuda (69).

El Apoyo informacional o estratégico, es la información suministrada y los diversos consejos que proporcionan ayuda ante situaciones estresantes o problemas sin resolver, siendo difícil separarlo del apoyo emocional, puesto que el consejo es percibido como una expresión de cariño y preocupación. Mientras que el apoyo valorativo es aquel que refuerza en el adulto mayor su autoestima, aptitudes positivas hacia sí mismo y auto respeto; caracterizado por la percepción de la capacidad funcional, ánimo y adaptación a las enfermedades crónicas. (69, 70)

El Apoyo emocional, afectivo o expresivo es una de las funciones más importantes, refiriéndose específicamente al área afectiva y englobando aspectos como compartir sentimientos, pensamientos y experiencias , disponibilidad para hablar con alguien , necesidad de expresarse emocionalmente de una forma confiable e íntima, sentimientos de ser querido y amado, de pertenencia y cuidado; siendo este apoyo expresivo un medio a través del cual el individuo satisface las necesidades emocionales y afiliativas. El apoyo emocional supone por tanto un aumento en el autoestima al sentirse valorado, respetado y aceptado por los demás, cumpliendo un papel importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar (67, 71).

Cabe señalar que el cumplimiento eficaz de cada uno de las responsabilidades que la red de apoyo sostiene para con el geronte, es

de gran relevancia ya que contribuye en el mejoramiento de su calidad de vida. Sin embargo más que cumplir a cabalidad con las funciones otorgadas, lo verdaderamente importante es lo que percibe el receptor de este apoyo (2, 72).

Entre los referentes empíricos que sustentan la presente investigación se puede citar a:

Wang M. et al (USA, 2015) en su trabajo: "Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses" con el objetivo de explorar la función familiar en los adultos mayores, estudiaron a 50 personas mayores de 65 años. Los resultados revelan que la buena función de la familia se correlacionó significativamente con el cuidado y bienestar del adulto mayor. (73)

Thanakwang K. (USA, 2015) en su trabajo titulado: "Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand" con la finalidad de examinar la relación entre el apoyo familiar y el bienestar de los adultos mayores; los resultados revelaron que el mayor apoyo emocional e instrumental recibido de miembros de la familia se asociaron significativamente a una mayor sensación de bienestar psicológico (74).

Manosalva K. (Perú, 2015) en su trabajo “Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT”; encontraron que 78% de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20% bueno y el 2% malo. (75)

Carbajal G. et al. (Perú, 2014) en su trabajo intitulado: “Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor” con el objetivo de determinar la relación entre el grado de depresión y el apoyo familiar percibido por el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Wichanza; encontrando que el 45.7% de los adultos mayores mostraron moderado apoyo familiar, 34.3% alto apoyo familiar y 20% bajo apoyo familiar (76).

Castro L. et al. (Perú, 2014) en su trabajo: “Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto mayor en el Hospital Walter Cruz Vilca, centro poblado Miramar, Trujillo – 2014. “, al estudiar 50 Adultos Mayores que pertenecen al programa del Adulto Mayor; encontraron que respecto al grado de apoyo familiar en el 56% de adultos mayores fue alto, en el 24% fue moderado y en el 20% bajo (77)

Lopes M. et al. (Brasil, 2013) en su trabajo titulado: “Evaluación de la funcionalidad y de atención de necesidades de las personas de edad avanzada” con el objetivo de evaluar la funcionalidad de los ancianos basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento. Se encontró las necesidades de alimentación (18,7%), habitación (19,2%) y salud

(26,0%) no están atendidas. Funciones de orientación preservadas en el 83,4%; el 58% de los ancianos indica una intensidad de dolor que demanda cuidados; el 73,3% de los ancianos no demuestra dentición funcional. Niveles de desempeño superiores al 80% en las actividades de participación: lavarse (82,6%), actividades relacionadas al proceso de excreción (92,2%), vestir, comer, beber (89%). (78)

Arias M. et al. (Perú, 2013) en su investigación: “Apoyo familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacámac” encontraron que ambas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí. (79)

Dale B. et al. (Norway, 2012) en su trabajo titulado: “Capacidad de autocuidado entre el hogar-vivienda las personas mayores en las zonas rurales en el sur de Noruega” con el objetivo de describir la capacidad del autocuidado entre las personas adultos mayores y de relacionar los resultados a las condiciones generales de vida, sentido de la coherencia, el estado nutricional proyectado, la salud percibida y la salud mental. Se encontró que un total de 780 (76.4%) personas tuvieron una mayor capacidad de autocuidado y 240 (23.6%) capacidad de autocuidado inferior. La capacidad de autocuidado se encontró que estaba estrechamente relacionado con los temas relacionados con la salud, la

agencia de autocuidado, sentido de la coherencia, el estado nutricional y de salud mental. (80)

Fernández R.et al. (Colombia, 2011) en su investigación: “Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores” con la finalidad de determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores de Tunja, Boyacá, Colombia. Se encontró que la media total de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) 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. (56)

Millán I (Cuba, 2010) en su trabajo titulado: “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad” con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano. (33)

Machado F. (Brasil, 2010) en tu trabajo de investigación: “El rendimiento y la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria: un estudio de personas mayores dependientes” con la finalidad de comparar la capacidad y el rendimiento de las personas mayores dependientes en la realización de actividades básicas de la vida diaria (AVD), teniendo en cuenta los factores ambientales que influyen en su independencia dentro de la familia. Se encontró que 55.05% de los ancianos fueron considerados como dependientes para AVD. La diferencia entre la capacidad y el rendimiento fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en la mayoría de las tareas y acciones de la vida cotidiana. Factores ambientales mostraron una amplia divergencia entre apoyo y actitudes de la familia. Mientras que el apoyo familiar es favorable en el 96,6% de los casos, las actitudes no son favorables en el 55%. (81)

Warren J. et al. (USA, 2008) en su trabajo: “Families, social support, and self-care among older African-American women with chronic illness” con la finalidad de estudiar el apoyo social proporcionado por los miembros de la familia a mujeres mayores afroamericanas, hallando que el apoyo que brinda los familiares no se relacionó a las prácticas de autocuidado. (82)

Leiton Z. (2003), en Trujillo en su trabajo de investigación “Depresión en los Adultos Mayores relacionado con sexo, participación y apoyo familiar”. Refiere que el 82.5% de los que no presentaron depresión correspondió a los que tuvieron alto apoyo familiar, mientras que los altos

porcentajes de los que presentaron depresión moderada 31.6% correspondió a los que tuvieron moderado apoyo familiar , y los que tuvieron depresión severa 66.7% tuvieron bajo apoyo familiar. (83)

Actualmente en el Perú se viene experimentando un incremento de la población adulta mayor y en consecuencia un aumento de la demanda de atención en la salud de este grupo etareo. Las Políticas del Ministerio de Salud buscan impulsar un envejecimiento activo y saludable mediante lineamientos y estrategias, para mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores en relación a su entorno. (84)

La etapa poblacional del adulto mayor es diferente a las otras etapas de la vida, ya que son un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado los aspectos propios del envejecimiento, la alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y la mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, situándolos así en una posición de vulnerabilidad; pues también se une a lo antes mencionado la falta de recursos económicos, el débil soporte familiar y social, exacerbándose así la situación de desprotección, lo que contribuye al deterioro de la salud de estas personas (20).

En el Departamento de La Libertad, en la ciudad de Trujillo, encontramos al Distrito de Salaverry que cuenta entre sus habitantes con adultos mayores cuyas edades oscilan entre los 60 a 85 años, siendo en su mayoría autovalentes; sin embargo, presentan enfermedades crónico

degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes, entre otras. Las cuales demuestran déficit de autocuidado, mal estado de higiene corporal y oral; regular estado nutricional, escaso conocimiento sobre una alimentación sana y nutritiva; también recurren a la automedicación; en su mayoría poseen un bajo nivel educativo y cuentan con escasos recursos económicos. Llevan una vida sedentaria, no realizan actividad física, permaneciendo en su hogar todo el día, ya sea realizando tareas domésticas: cocinando, lavando o cuidando a sus nietos. Algunos de los adultos mayores refieren sentirse desprotegidos y tristes porque extrañan a sus familiares (85).

La investigación se justifica porque el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo acelerado y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y de disminución de cuidado. Por esta razón, se hace necesario que los profesionales de la salud entre ellos la Enfermera, oriente sus cuidados fomentando una cultura de autocuidado de la salud, propiciando un entorno seguro, libre de riesgos, facilitando el aprendizaje y mediante la educación sanitaria para lograr que la persona adulta mayor sea autovalente.

Por otro lado, para la disciplina de enfermería la presente investigación aportará al incremento del cuerpo de conocimiento a través de la validación de las base del autocuidado. Mientras que de manera práctica los resultados del presente estudio estarán orientados a

proporcionar a las autoridades y al equipo de salud del C.S. de Salaverry, información actualizada y relevante sobre el grado de autocuidado que tienen los adultos mayores, a fin de que se diseñen y/o desarrollen actividades preventivo -promocionales dirigidas a la comunidad y a este grupo poblacional, favoreciendo así un envejecimiento activo y saludable.

Ante lo cual planteamos el siguiente problema

**¿Qué relación existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar Centro de Salud Salaverry 2015?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar Centro de Salud Salaverry 2015

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de autocuidado del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Salaverry 2015
  
- Identificar el grado de apoyo familiar del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Salaverry 2015

## **HIPOTESIS**

- H1: El nivel de autocuidado del adulto mayor se relaciona con el apoyo familiar recibido por el adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Salaverry 2015.

## II- MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. MATERIAL:

#### AMBITO DEL ESTUDIO:

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud de Salaverry.

#### TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo descriptivo, correccional y de corte transversal.

Descriptivo porque se hace una descripción sobre el autocuidado del adulto mayor y el apoyo familiar que reciben, correlacional porque se relaciona dos variables, de corte transversal ya que la información obtenida se dará en un determinado periodo de tiempo el mismo no influirá en la modificación de los componentes de la variable (86).

M: X1 -----> X2

Dónde:

M: Adultos mayores

X1: Autocuidado

X2: Apoyo familiar

## UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo estuvo constituido por 140 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Salaverry durante los meses de mayo, junio y julio del 2015.

## MUESTRA:

La muestra fue de 94 adultos mayores, cifra obtenida de la aplicación de la fórmula para estudios de una sola población finita (81).

El cálculo se realizó de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2(pe.qe)}{E^2}$$

## Dónde:

n : Tamaño de la muestra

$Z_{\alpha}$  : Coeficiente de confiabilidad

pe : Frecuencia de aparición del fenómeno

qe : 100 - pe

E : Error tolerado

N : Población muestral

nf : Tamaño final de la muestra

**Reemplazando valores:**

$Z_{\alpha}$  : 1.96 (para un nivel de precisión del 95%)

$p_e$  : 0.752 (para una frecuencia del factor estudiado 75.2%)

$q_e$  : 0.248

$E$  : 5%

$N$  : 140

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.752 \cdot 0.248}{(0.05)^2}$$

$$n = 286.58$$

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$nf = \frac{286.58}{1 + 286.58/140}$$

$$nf = 94$$

### **UNIDAD DE ANALISIS:**

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los adultos mayores participantes que cumplieron los criterios de inclusión.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Adulto mayor orientado en tiempo, espacio y persona
- Adulto mayor que acepte participar en la investigación

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Adulto mayor con limitaciones para comunicarse (sordo, mudo o quechuahablante).

### **VARIABLES – DEFINICIONES OPERACIONAL**

#### **Variable X1: Autocuidado del adulto mayor**

**Definición conceptual:** La capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables. (24, 25, 26)

**Definición operacional:** Se evaluó según el **TEST DE CYPAC-AM** (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) modificado por las autoras. Según las siguientes categorías: Actividad física y recreación, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud, hábitos tóxicos y valores y creencias.

Se clasificó según la siguiente escala:

Entre 21 y 28 puntos: Nivel de autocuidado adecuado

Menos de 21 puntos: Nivel de autocuidado inadecuado

### **Variable X2: Apoyo familiar**

**Definición conceptual:** Ayuda brindada por la familia para que los pacientes mejoren sus acciones de autocuidado, estableciéndose la relación cuidador-paciente, siendo esta fundamental para la génesis y evolución de problemas de salud en éste último, cubriendo la satisfacción de las necesidades tanto biológicas como psicológicas y sociales del adulto mayor. (26)(64)

**Definición operacional:** Se determinó según la Escala de Apoyo familiar que comprende las siguientes dimensiones de apoyo: afectivo, valorativo, informativo e instrumental. Se registró como:

Bajo grado de apoyo familiar (10 - 18 puntos),

Moderado grado de apoyo familiar (19 - 25 puntos),

Alto grado de apoyo familiar (26 - 29 puntos).

### **PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Inicialmente se coordinó con las autoridades del Centro de Salud de Salaverry a fin de obtener permiso para la realización de la presente investigación. Posteriormente se seleccionó de manera aleatoria a 94 adultos mayores que acudieron para su atención al mencionado establecimiento de salud durante los meses de junio y julio del 2015.

Cada uno de los adultos seleccionados recibieron información sobre el propósito del estudio solicitándoseles su participación en la investigación, como prueba de su aceptación tuvieron que firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo 1).

Con dicho consentimiento se procedió a entregárseles dos instrumentos tipo cuestionario que tuvieron que resolverlo en un tiempo promedio de 30 minutos. (Anexo 2 y 3)

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente investigación se utilizó dos instrumentos:

TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor), tomado de Israel E. Millán Méndez; instrumento modificado por las autoras que evalúa 9 categorías: actividad física y recreación, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de salud, hábitos tóxicos, valores y creencias. El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems. Si tres ó más respuestas son positivas y ninguna respuesta es negativa; se consideró el autocuidado para esa categoría adecuado y se le dio una puntuación de 3. Si dos o más respuestas son intermedias(a veces); se consideró el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le dio una puntuación de 2. Si

más de una respuesta es negativa; se consideró el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le dio una puntuación de 1.

Interpretación del Test.

Entre 21 y 28 puntos: Nivel de autocuidado adecuado.

Menos de 21 puntos: Nivel de autocuidado inadecuado.

**ESCALA DE APOYO FAMILIAR:** Instrumento de apoyo familiar tomado de Leiton Zoila (2003). Consta de 4 partes en base a las dimensiones de apoyo familiar: apoyo afectivo (3 ítems), apoyo valorativo (3 ítems), apoyo informativo (1 ítems) y apoyo instrumental (2 ítems) que fueron valoradas de la siguiente forma: Siempre (S) = 3 puntos, A veces (AV) = 2 puntos, Nunca (N) = 1 punto. La escala tuvo un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles: Bajo grado de apoyo familiar (10 - 18 puntos), Moderado grado de apoyo familiar (19 - 25 puntos), Alto grado de apoyo familiar (26 - 30 puntos). (83)

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:**

El instrumento TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) modificado por las autoras fue aplicado a una muestra de 15 adultos mayores del Centro de Salud de Salaverry obteniéndose como resultado un Alfa de Cronbach de 0.77, lo que equivale a decir que es confiable. Estos adultos fueron excluidos de formar parte de la muestra en estudio. Cabe señalar que la Escala de Apoyo familiar se encuentra validada arrojando un Alfa de Cronbach de 0.89 (87)

### **PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS**

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de los participantes, a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho a retirarse de la misma en caso lo consideren conveniente y si durante la ejecución del estudio decidan ya no proseguir. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dio a conocer a otras personas su identidad como participantes.

### **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS**

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el Programa SPSS Versión 17.0. Para las inferencias estadísticas se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado, fijando el nivel de significancia en  $P < 0.05$ , registrándose como:

- $p > 0,05$ : No existe diferencias estadísticamente significativas.
- $p < 0,05$ : Existe diferencias estadísticamente significativas.
- $p < 0,01$ : Existe diferencias muy significativas
- $p < 0,001$ : Existe diferencias altamente significativas

# **RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN  
EL CENTRO DE SALUD DE SALAVERRY 2015**

<b>NIVEL DE AUTOCUIDADO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ADECUADO	51	54.3
INADECUADO	43	45.7
TOTAL	94	100.0

Fuente: Aplicación de instrumento N°1

### GRAFICO N° 1

#### NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE SALAVERRY 2015



Fuente: Tabla N°1

**TABLA N° 2**

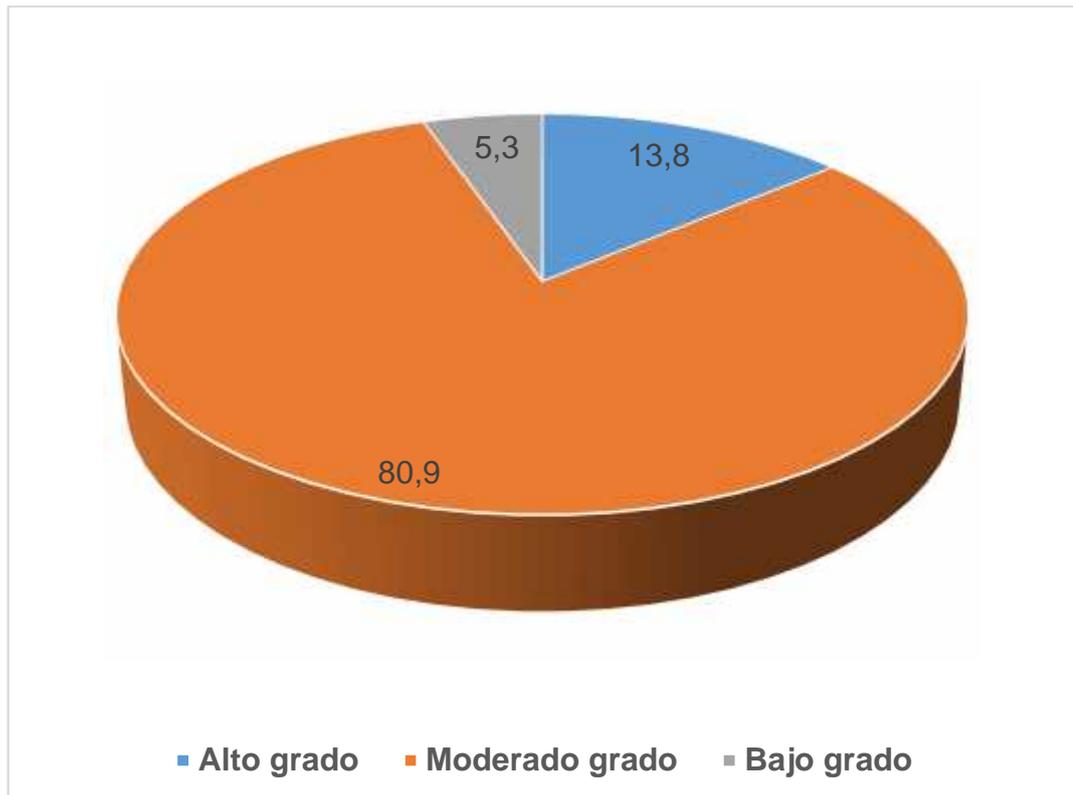
**GRADO DE APOYO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN  
EL CENTRO DE SALUD DE SALAVERRY 2015**

<b>GRADO DE APOYO FAMILIAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alto grado	13	13.8
Moderado grado	76	80.9
Bajo grado	5	5.3
Total	94	100.0

Fuente: Aplicación de instrumento N°2

## GRAFICO N° 2

### GRADO DE APOYO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE SALAVERRY 2015



Fuente: Tabla N°2

**TABLA N ° 3**

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACION  
CON EL GRADO DE APOYO FAMILIAR CENTRO DE SALUD  
SALAVERRY 2015**

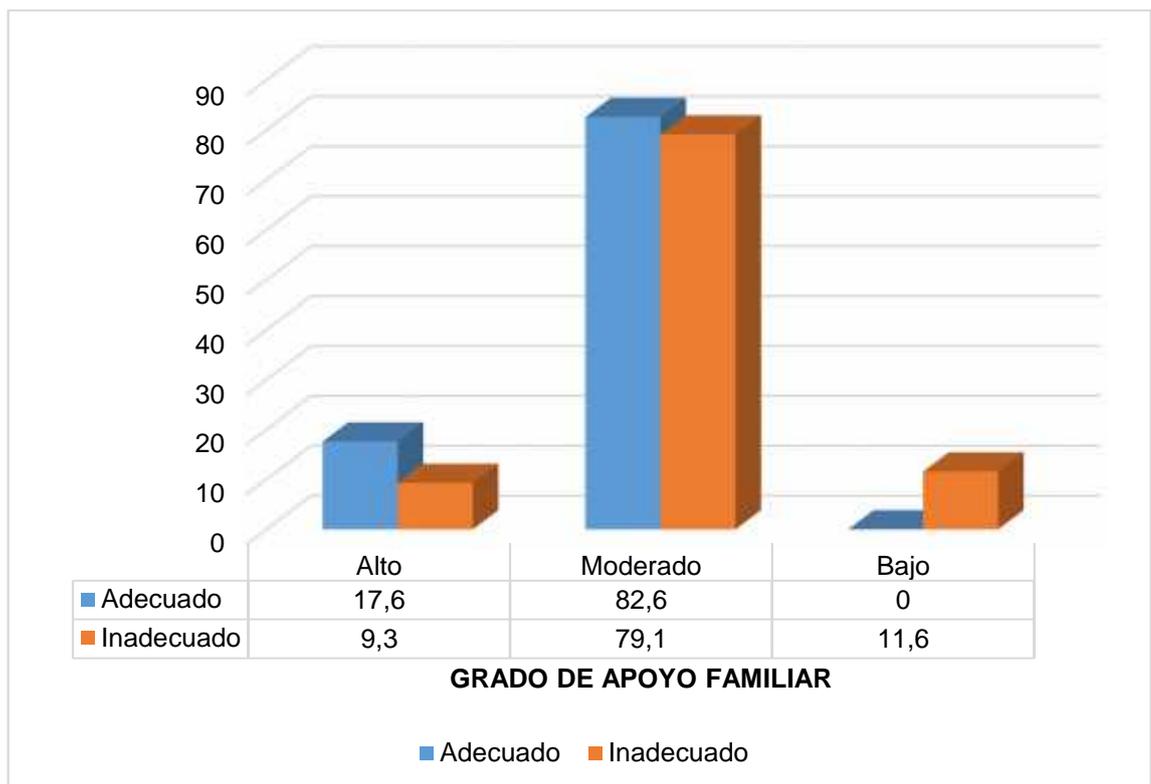
TIPO DE AUTOCUIDADO	GRADO DE APOYO FAMILIAR						TOTAL	
	Alto		Moderado		Bajo		n	%
	n	%	N	%	n	%		
<b>Adecuado</b>	9	17.6	42	82.4	0	0.0	51	54.3
<b>Inadecuado</b>	4	9.3	34	79.1	5	11.6	43	45.7
<b>TOTAL</b>	13	13.8	76	80.9	5	5.3	94	100.0

Fuente: Tabla N°1 y N°2

P<0.05

**GRAFICO N ° 3**

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACION  
CON EL GRADO DE APOYO FAMILIAR CENTRO DE SALUD  
SALAVERRY 2015**



Fuente: Tabla N°3

### III. DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se evidencia el nivel de autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry, se encontró que el 54.3% presentaban autocuidado adecuado y 45.7% autocuidado inadecuado.

Los hallazgos encontrados se asemejan a los de Dale B. et al. (Norway, 2012) quienes en su trabajo titulado: “Capacidad de autocuidado entre el hogar-vivienda de las personas mayores en las zonas rurales en el sur de Noruega” quienes al estudiar 1,020 adultos mayores encontraron que 76.4% de ellos mostraban autocuidado adecuado mientras que el resto 23.6% autocuidado inadecuado. (80)

Por otro lado difieren de Millán I (Cuba, 2010) quien en su trabajo titulado: “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”, encontraron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano. (33)

Los resultados encontrados en esta investigación reflejan un porcentaje considerable de adultos mayores con autocuidado inadecuado, lo cual posiblemente estaría relacionado a su mismo deterioro fisiológico natural del organismo, factores sociales y/o enfermedades entre otros.

Se debe mencionar que el autocuidado inadecuado encontrado entre los adultos en estudio puede estar relacionado al desconocimiento que presentan estas personas sobre los estilos de vida saludable; por lo que se hace necesario que el personal de enfermería como parte de su labor, brinde educación sanitaria a este grupo poblacional.

Cabe destacar que la educación sanitaria en la última etapa de la vida, en los distintos niveles de prevención, contribuye a la consecución de objetivos como son el de mejorar su calidad de vida y mantener al adulto mayor en su medio ambiente habitual, favoreciendo la adaptación, integración familiar y la reinserción social en lugar de interrumpirla; propiciando, en este colectivo, hábitos de vida saludables y dotándoles de recursos a través de la información y el proceso de aprendizaje, que les permita llevar una vida más saludable y con mayor independencia. (88)

La educación sanitaria persigue además que el adulto mayor sepa cómo contribuir a mantener su nivel de salud, ocupar su tiempo,

preocuparse, o mejor, ocuparse de algo (su propio cuidado); en definitiva, se trata de dotarle de un rol de responsabilidad en el mantenimiento de su salud. Asimismo, no debe considerarse únicamente al adulto mayor como receptor de la educación sanitaria, pues también puede intervenir como sujeto activo de la misma, potenciando de esta manera su propia autoestima, identidad y el sentimiento de utilidad social, al dotarle de una verdadera responsabilidad. (88)

En la Tabla 2 se describe el grado de apoyo familiar del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry, donde se halló que 13.8% mostraron alto grado de apoyo familiar, 80.9% regular y 5.3% bajo.

Los hallazgos encontrados se asemejan a los de Manosalva K. (2015) quien en su trabajo “Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT”; encontraron que 78% de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20% bueno y el 2% malo. (75) A su vez, Carbajal G. et al. (2014) en su trabajo intitulado: “Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor” con el objetivo de determinar la relación entre el grado de depresión y el apoyo familiar percibido por el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Wichanza;

encontrando que el 45.7% de los adultos mayores mostraron moderado apoyo familiar, 34.3% alto apoyo familiar y 20% bajo apoyo familiar (76).

Sin embargo, difieren de Castro L. et al. (2014) quienes en su trabajo: “Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto mayor en el Hospital Walter Cruz Vilca, centro poblado Miramar, Trujillo – 2014”, al estudiar 50 Adultos Mayores que pertenecen al programa del Adulto Mayor; encontraron que respecto al grado de apoyo familiar en el 56% de adultos mayores fue alto, en el 24% fue moderado y en el 20% bajo (77). Así mismo, difiere del estudio de Leitón Z (2003) quien en su investigación: “Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con participación social, apoyo familiar y actividad laboral en el centro del adulto mayor del sector Buenos Aires-Trujillo”, halló que el 60.3% de los adultos mayores presentaron alto grado de apoyo familiar y 39.7% bajo grado de apoyo familiar. (83)

Según nuestros resultados claramente se observa que la mayoría de los adultos mayores experimentaban regular grado de apoyo familiar, lo que sin duda no es lo ideal, pero contar parcialmente con apoyo de la familia ayuda en algo al adulto mayor quien por su misma edad le es más difícil realizar sus actividades diarias.

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos culturales e

igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. (89) La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se hace compleja porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. (90)

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida. (91)

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal que incluye algún miembro de la familia, amistades en las que se confía y personas que se acaban de conocer pero que están dispuestas a ayudar; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones. (91)

En la Tabla 3 se analiza la relación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de autocuidado del adulto mayor, se encontró entre los adultos mayores que presentaron nivel de autocuidado adecuado que el 82.4% contaban con grado de apoyo familiar moderado y 17.6% con alto grado de apoyo. Mientras que en el grupo de adultos mayores con autocuidado inadecuado, el 79.1% tenían grado de apoyo familiar moderado, 11.6% bajo grado de apoyo familiar y 9.3% alto grado de

apoyo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0.05$ ).

Los hallazgos encontrados se asemejan a los de Wang M. et al (2015) quienes en su trabajo: "Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses" con el objetivo de explorar la función familiar en los adultos mayores, estudiaron a 50 personas mayores de 65 años. Los resultados revelan que la buena función de la familia se correlacionó significativamente con el cuidado y bienestar del adulto mayor. (73) De igual forma, Thanakwang K. (2015) en su trabajo titulado: "Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand" con la finalidad de examinar la relación entre el apoyo familiar y el bienestar de los adultos mayores; los resultados revelaron que el mayor apoyo emocional e instrumental recibido de miembros de la familia se asociaron significativamente a una mayor sensación de bienestar psicológico (74).

Por el contrario difieren de Warren J. et al. (2008) quienes en su trabajo: "Families, social support, and self-care among older African-American women with chronic illness" con la finalidad de estudiar el apoyo social proporcionado por los miembros de la familia a mujeres mayores afroamericanas, hallando que el apoyo que brinda los familiares no se relacionó a las prácticas de autocuidado. (82) De igual forma, Arias M. (2013) en su investigación: "Apoyo familiar y Prácticas

de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacámac” encontraron que ambas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí. (79)

Los hallazgos de nuestra tabla muestran que el apoyo familiar se relacionó al autocuidado en el adulto mayor, siendo la frecuencia de autocuidado adecuado mayor entre aquellos con bueno o regular apoyo familiar. La explicación de esta relación posiblemente se deba a que todo individuo que cuenta con familiares que se preocupan de él se tienen motivados a cuidarse y cumplir con ciertas recomendaciones para el cuidado de su salud; por el contrario la falta de apoyo condicionaría en el adulto tristeza, aislamiento y sentimientos negativos como que estorba o que es una carga familiar.

Al respecto se sostiene que el apoyo familiar es considerado la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal. (92)

#### IV. CONCLUSIONES

1. El nivel de autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado 54.3% e inadecuado 45.7%.
2. El grado de apoyo familiar del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue moderado 80.9%, alto 13.8% y bajo 5.3%.
3. El autocuidado del adulto mayor se relacionó significativamente al grado de apoyo familiar ( $P < 0.05$ ), se encontró entre los adultos mayores que presentaron nivel de autocuidado adecuado que el 82.4% contaban con grado de apoyo familiar moderado y 17.6% con alto grado de apoyo.

## V. RECOMENDACIONES

- Planificar el trabajo con las familias de los adultos mayores, a través de grupos de apoyo, con el fin de informar y orientar sobre el cuidado que implica la etapa de la tercera edad.
  
- Realizar futuras investigaciones a partir de la presente, que involucren al Adulto Mayor y su Familia en el área de Enfermería Comunitaria.
  
- Capacitar a los profesionales de la salud para asumir acertadamente su rol de facilitadores en la promoción de la salud de los adultos mayores con el fin de asumir el cuidado de su salud.
  
- Educar y concientizar a la población en todos los niveles de educación con la finalidad de que adquieran y practiquen estilos de vida saludable para que su calidad de vida sea óptima

## VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Cachi H, Cosar J, Torres C. Factores relacionados con la participación de personas de edad en un club del adulto mayor. Rev enferm Herediana. 2012; 5(1):36-41.
2. Gafas C. Reflexiones para la búsqueda de una longevidad satisfactoria desde la perspectiva de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2008; 7(4):15-9.
3. Benítez R. “El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica” en CEPAL. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de la tercera edad. CELADE- División de Población CEPAL. Santiago de Chile. 2005. pp. 25-58.
4. Miller T. La nueva era demográfica en América Latina y El Caribe: La hora de la igualdad según el reloj poblacional. Documento de referencia DDR/2. CEPAL. 2014
5. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. 2007.
6. Ministerio de la Salud. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. Perú. Disponible en URL: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN\\_AM\\_2013-2017.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf). Fecha de acceso abril 2015.

7. Naciones Unidas. Estudio Económico y Social Mundial 2007: Desarrollo de un Mundo que envejece. New York: Departamento de Información Pública; 2007 Disponible en: [http://www.futuros21.info/uploads/wess07factsheet\\_sp.pdf](http://www.futuros21.info/uploads/wess07factsheet_sp.pdf). Fecha de acceso abril 2015.
8. Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2009; 17(5/6): 419- 426.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Perú Lima: INEI; 2008. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/Anexos/libro.pdf>. Fecha de acceso abril 2015.
10. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. 4ªed. Barcelona (España): Masson y Salvat; 1993.
11. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. av.enferm. 2012; 30(1): 23-31.
12. Acuña P, Adrianzén S, Almeyda K, Carhuancho J. Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Horiz. méd. 2012; 12(3):20-24
13. Ministerio de Salud. La salud integral: compromiso de todos. El modelo de atención integral en salud. Lima: MINSA; 2003.

14. Gómez P. Culminación del curso vital. Para una antropogerontología. *Gazeta de Antropología*, 2005; 11; 15-21.
15. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima - Perú; 2007. Disponible en:<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>. Fecha de acceso abril 2015
16. Anzola E. Enfermería Gerontológico: Conceptos para la práctica. Washington, D.C: OPS. E.U.A; 1993.
17. OMS/OPS en el Perú. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. / Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. -- Lima: MIMDES, 2003. 174 p.
18. Romero A. Dirección General de Personas Adultas Mayores. Por un envejecimiento activo, productivo y saludable. Cartilla 1. Lima - Perú: Editorial Impactum Creativos; 2004.
19. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS; 1993.
20. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú; 2005. Pp. 31.
21. Tobon O. El autocuidado una habilidad para vivir. *Rev. Col.* 2008; 15(2):152-6

22. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Editorial sinco editores; 2006.
23. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.* 2010; (19): 25-9.
24. Carmona S. El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar en la vejez. *Revista Kairós Gerontología* 2011; 14(1): 27-41
25. Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Barcelona: Masson – Salvat Enfermería; 2001. Disponible en: <http://webs.ono.com/usr0007adolf/agencia.pdf>. Fecha de acceso Setiembre 2015.
26. Coppard L. La Autoatención de la salud y los ancianos. Washington, D.C: OPS; 1993.
27. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
28. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
29. Romero I, Dos Santos A, Aparecida T, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010; 18(6).

30. Leiton, Z. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Lima: Editorial OMS; 2005.
31. Marriner A. et al Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Editorial Harcourt Brace S.A; 2000.
32. Martínez M, Canalajas M, Vera M, Cid M, Salinas C, Otero A. Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz. NURE Inv. 2010; 7(47):125-32.
33. Millán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev. cuba. Enferm 2010; 26(4):202-234.
34. Organización Mundial de la Salud. Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales en los adultos mayores. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004.
35. Larouse. LAROUSE de los mayores. Barcelona: Editorial SPES; 2002.
36. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado en las personas adultas mayores. Cartilla no 9. Lima: editorial ministerio de la mujer y desarrollo social; 2008.
37. Ministerio de Salud de Chile. Manual de autocuidado. Santiago de Chile. Disponible en: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_autocuidado.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_autocuidado.pdf). Fecha de acceso abril 2015.

38. Gutiérrez J, Pérez T, Fernández M, Alonso M, Iglesias M, Solano J. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. *Mapfre Medicina*, 2001; 12: 271
39. Manuel J. Boggio. Las prácticas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor. Editado por la Revista Electrónica de PortalesMedicos.com.2010.
40. Moreno M, Garza L, Interrial M. Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. *Cienc. enferm.* 2013; 19(3): 11-20.
41. Leighton F, Urquiaga I. Alimentación, antioxidantes y envejecimiento. OPS/OMS Pontificia U. Católica de Chile Santiago de Chile. 2004
42. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol* 2011; 29(1): 5-11
43. Leighton F, Urquiaga I. Poli fenoles del vino y salud humana. Publicado en *Antioxidantes y calidad de vida. Órgano de Difusión del South American Gropu for free Radical Research* 2003; 7:5-13
44. Kozier K. Fundamentos de enfermería: concepto, proceso y práctica. Volumen I, España, Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1998. pp. 679, 695.

45. Simón A. Enfermería Gerontológica. México D.F. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.
46. Marriner A y Col. Modelos y teorías de enfermería. 4a ed. España: Harcourt Brace de España. S.A; 1999.
47. Gracia E. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. España, 2002. p.63
48. Vélez Y. Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes. Tesis de Bachiller. Universidad Tecnológica De Pereira 2007.
49. Lafosse S. Desafíos para la familia en tiempos de cambio. Revista de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 1996. pp.140
50. Serrano J. El papel de la familia en el envejecimiento activo. Instituto internacional de estudios sobre la familia. Disponible en URL: <http://www.thefamilywatch.org/Informe20132.pdf>. Fecha de acceso abril 2015
51. Ministerio de Educación. Ley General de Educación. Ley Nro. 28044. URL. [http://www.minedu.gob.pe/p/ley\\_general\\_de\\_educacion\\_28044.pdf](http://www.minedu.gob.pe/p/ley_general_de_educacion_28044.pdf). Fecha de acceso abril 2015
52. Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal de los derechos humanos. <http://www.filosofia.org/cod/c1948dhu.htm>. Fecha de acceso abril 2015

53. Guerrini A. La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. Edición N° 57 -2010
54. Hernández A. Familia, Curso vital y Psicoterapia Sistémica Breve. Cali, Editorial El Búho. 1997
55. Gómez C. Diagnóstico de salud familiar. Fundamentos de medicina familiar 7ª Ed. 2008; pp. 103-140.
56. Fernández R, Manrique F. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Av. Enferm 2011; 29(1):30-41
57. García A. El valor de la familia. Disponible en URL: [http://www.mercaba.org/FICHAS/e-cristians/valor\\_de\\_la\\_familia.htm](http://www.mercaba.org/FICHAS/e-cristians/valor_de_la_familia.htm). Fecha de acceso abril 2015
58. Enciclopedia británica en español, 2009. Familia: Concepto. Tipos y evolución. Disponible en [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec\\_42\\_LaFam\\_ConcTip&Evo.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf). Fecha de acceso abril 2015
59. Ministerio de Educación. Plan Nacional de Fortalecimiento a las familias 2013-2021. Disponible en URL: <http://www.mimp.gob.pe/files/planes/plan-nacional-fortalecimiento-familias-2013-2021.pdf>. Fecha de acceso abril 2015
60. Estremero J, Gacia X. Familia y ciclo vital familiar. Disponible en URL:

<http://www.revistas.uchile.cl/files/journals/2/articles/300/submission/layout/300-1209-1-LE.pdf>. Fecha de acceso abril 2015.

61. Pi A, Cobian A, Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. MEDISAN 2009; 13(6):58-62
62. Espin A. ¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes. Disponible en URL: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como\\_cuidar\\_mejor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf). Fecha de acceso mayo 2015.
63. Placeres J, De León L, Delgado I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. 2011; 33(4): 472-483.
64. Gómez E, López I, Herrera A, Flores G, Higuera G, Repullo A. Repercusión del apoyo informal en la salud de nuestros pacientes urológico. Asociación Española De Enfermería En Urología 2009; 12(9):25-31.
65. Faucett J, Wall A. Family Theory development in nursing. F.A. Company Philadelphia; 1993. Pp. 46-48
66. Silva L. Modelo psicosocial y envejecimiento. Análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad. Revista Chilena de Terapia Ocupacional 2007; 2(2):59-63.
67. Ruiz F, Hernández C. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Archivos en Medicina Familiar 2009; 11(4): 147-149

68. Lizcano C. Fortalecimiento de los lazos afectivos entre los adultos mayores del C.B.A De Floridablanca y su familia. Rev Cubana Enfermer 2012; 26(4): 222-234.
69. Suarez M. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev. Méd. La Paz 2011; 17(1):312-18.
70. Ostolaza K, Pera, C. Apoyo Familiar en el Mantenimiento del Adulto Mayor. Trabajo de Investigación Bibliográfica. Perú. 2008.
71. Cervantes L. Apoyos en los hogares con al menos un adulto mayor en el Estado de México. Papeles de población 2013; 19(75): 63-92
72. Cervera L, Hernández R, Pereira I. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. AMC 2008; 12(6):111-6.
73. Wang M, Huang Y. Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses. Geriatr Gerontol Int. 2015; 5(2)11-19.
74. Thanakwang K. Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand. Psychogeriatrics 2015; 22(7):528-33.
75. Manosalva K. Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT-2015. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2015.

76. Carbajal G, Moya S. Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor. Tesis de Bachiller. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. 2014.
77. Castro L, Muñoz S. Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto mayor en el Hospital Walter Cruz Vilca, centro poblado Miramar, Trujillo – 2014. Tesis de Bachiller. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo Perú. 2014.
78. Lopes M, Escoval A, Pereira D, Pereira C, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. Rev. latinoam. Enferm 2013; 21(spe):52-60
79. Arias M, Ramirez S. Apoyo familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacámac. Tesis de Bachiller. Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza. 2013.
80. Dale B, Söderhamn U, Söderhamn O. Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. Scand J Caring Sci. 2012; 26(1):113-22.
81. Machado F. Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes. Belo Horizonte; s.n; 2010. 130 p.
82. Warren J, Prohaska T. Families, social support, and self-care among older African-American women with chronic illness. Am J Health Promot. 2008; 22(5):342-9.

83. Leiton. Tiznado J. Y Mercado Y. Factores biopsicosociales y su relación con el nivel de depresión en adultos mayores del centro del adulto mayor, Es salud de la Esperanza Trujillo; 2008
84. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. OPS. 2009.
85. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud. Salaverry. La Libertad. 2014.
86. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. 4a ed. México: Editorial McGraw- Hill Interamericana; 2006. Cap.7. Pp. 208 – 211.
87. Palomar J, Matus G, Victorio A. Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. Universitas Psychologica 2013; 12(1), 129-137.
88. Pérez A. Enfermería Geriátrica. Madrid - España: Editorial Síntesis, S.A. de C.V; 2005.
89. Ministerio de Educación Superior. Funcionamiento de las Cátedras del adulto mayor. Regulaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
90. Mirón J. Nivel socio sanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual en Salamanca. Mapfre Medicina 2005; 16(2): 122-3.
91. Fernández R, Manrique F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm. glob. 2010; (19):11-6.

92. Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. 2008. España. Disponible en: [http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498872439\\_content.pdf](http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498872439_content.pdf). Fecha de acceso agosto 2015.

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ANEXO 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación sobre el autocuidado del adulto mayor y la adaptabilidad familiar. Esta investigación es realizada por las Srtas: Katherine Ellen Esquivel y Karen Padilla Guibovich.

Usted fue seleccionado de manera aleatoria para participar en esta investigación. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 150 personas. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que responde un cuestionario. Participar en este estudio le tomará aproximadamente 30 minutos.

Su participación en este estudio no ocasionará riesgo para su salud. Los beneficios esperados de esta investigación sería planificar charlas educativas sobre los cuidados que deben tener los adultos mayores.

Cabe señalar que su identidad como participante será protegida, no figurando en el cuestionario aplicado su nombre. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Por otro lado, usted no recibirá incentivo económico por su participación.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento

Fecha\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**ANEXO 2**

**TEST DE CYPAC-AM MODIFICADO**

**(Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).**

**Autor:** Isabel Millan Mendez y

Modificado por las autoras

**Instrucciones:** este cuestionario es personal y anónimo, tiene el propósito de conocer la Capacidad y Percepción del Autocuidado del Adulto Mayor. A continuación se le formulara algunas preguntas, deberá contestar con la mayor sinceridad, según crea conveniente.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**A. Actividad Física y recreación**

1. Puede movilizarse sin ayuda \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ No\_\_\_

2. Participa en el programa de adulto mayor \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

3. Practica ejercicios físicos con frecuencia \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)

4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

5. Realiza con frecuencia paseo con familia — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

6. Pertenece a un grupo social o cultural en su comunidad — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

## **B. Alimentación**

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda — Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Tiene establecido un horario fijo para comer ————— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Prefiere los alimentos sancochados que fritos ————— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Si padece de alguna enfermedad ingiere la dieta indicada — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

## **C. Eliminación**

1. Puede controlar la orina y la deposiciones — Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Defeca a un horario regular — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones ————— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

## **D. Descanso y Sueño**

1. Puede controlar su período de descanso y sueño ————— Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer - Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo ————— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Procura dormir diariamente las horas necesarias ————— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

## **E. Higiene y Confort**

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Acostumbra bañarse con agua tibia \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

#### **F. Medicación**

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla - Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

#### **G. Control de Salud**

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_
4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

(autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

5. Si padece alguna patología acude al médico especialista — Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

#### **H. Hábitos tóxicos**

1. Tiene usted el hábito de fumar o beber \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ No\_\_\_
2. Puede controlar el hábito de fumar o beber que tiene \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

3. Intenta usted dejar de fumar o beber ——— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

### **I. Valores y creencias**

1. Cree usted en algún grupo religioso ————— Si\_\_\_ No\_\_\_

2. Considera los valores morales y espirituales importantes para usted— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

3. Se siente en paz consigo mismo y los demás. ——— Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**ANEXO 3**

**ESCALA DE APOYO FAMILIAR**

Tomado de Leytón Zoila (2003)

Instrucciones: Este cuestionario es personal y anónimo, tiene el propósito de conocer el grado de cuidado familiar que percibe el adulto mayor. A continuación se le formulara algunas preguntas referentes al cuidado familiar que percibe, deberá contestar con la mayor sinceridad, según crea conveniente.

SEXO: Femenino ( )      Masculino ( )

ITEMS	SIEMPRE (3)	A VECES (2)	NUNCA (1)
<b>APOYO AFECTIVO</b>			
1) Recibe caricias , besos abrazos palabras			
2) Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema preocupación o necesita algo			
3) Se siente que entre usted y sus familiares existe, la confianza suficiente para guardar un secreto.			
<b>APOYO VALORATIVO</b>			
4) Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares.			
5) Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.			
6) Considera que sus familiares están			

orgullosos de usted.			
<b>APOYO INFORMATIVO</b>			
7) Sus familiares les dan o facilitan información, noticias, consejo u orientación de su interés.			
<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>			
8) Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros.			
9) Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.			

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ANEXO 4

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

**ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.779	36

**ESTADÍSTICOS TOTAL-ELEMENTO**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	¿Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
V2	65.87	172.552	329	.773
V3	64.73	183.352	.201	.789
V4	65.00	172.857	323	.774
V5	63.93	135.495	138	.906
V6	65.13	174.981	285	.775
V7	65.20	186.743	.322	.794
V8	65.47	163.695	586	.762
V9	66.00	175.857	265	.776
	65.93	170.638		.769

V10			651	
V11	65.60	174.686	233	.776
V12	65.80	167.029	548	.766
V13	65.67	168.095	581	.766
V14	64.93	167.067	626	.765
V15	65.27	169.210	466	.769
V16	65.47	168.981	609	.767
V17	65.47	170.410	521	.769
V18	65.67	178.095	047	.781
V19	65.80	173.886	310	.774
V20	65.67	164.810	670	.762
V21	65.53	166.695	709	.764
V22	65.40	175.257	172	.778
V23	65.60	164.971	678	.762
V24	65.73	168.495	548	.767
V25	65.80	168.743	784	.766
V26	65.73	167.781	692	.765
V27	65.60	171.971	612	.770
V28	65.73	169.210	762	.766
V29	65.40	169.543	518	.768
V30	65.53	172.552	452	.772
V31	65.33	173.667	395	.773

V32	64.73	164.495	675	.762
V33	64.60	172.971	327	.774
V34	64.60	167.829	614	.766
V35	66.33	179.524	000	.780
V36	66.33	179.524	000	.780
V37	66.07	175.638	225	.777