



Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Enfermería

Carrera Enfermería

**“Autocuidado en Adultos Mayores para un Envejecimiento
Saludable”**

Autor: Palacios Valencia María Carolina.

Tutor: Lic. Lourdes Maribel Bello Carrasco. Mg.

Manta, Febrero 2019



Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Enfermería

Carrera Enfermería

**“Autocuidado en Adultos Mayores para un Envejecimiento
Saludable”**

Autor: Palacios Valencia María Carolina.

Tutor: Lic. Lourdes Maribel Bello Carrasco. Mg.

Manta, Febrero 2019

Certificación del Tutor

En la calidad de docente tutor(a) de la facultad de enfermería de la universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Certifico que la señorita egresada **Palacios Valencia María Carolina**, con **C.I. 131257780-0** realizó su trabajo final de titulación en Distrito de Salud 13D02 de la Ciudad de Manta, sobre el tema de investigación “**Autocuidado en Adultos Mayores para un Envejecimiento Saludable**” cumpliendo con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto, bajo mi asesoría, análisis, coordinación y colaboración, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a la señorita Palacios Valencia María Carolina estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2018 (2), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Manta, Febrero, 2019.

Certifico.

Lcda. Lourdes Maribel Bello Carrasco. Mg
Tutora

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL, REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN

Facultad De Enfermería

**Título: “Autocuidado en Adultos Mayores para un Envejecimiento
Saludable”**

Trabajo Final de Titulación

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

Licenciada En Enfermería

Aprobada Por:

Presidente Del Tribunal

Profesor Miembro

Profesor Miembro

Lcda. Alexandra Hernández de Santos

Lo Certifica

Secretaria De La Facultad

Declaración de Autoría

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, los análisis realizados y las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva, y el patrimonio del mismo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Manta, Febrero de 2019.

Palacios Valencia María Carolina.

C.I. 131257780-0

Dedicatoria

“Alimenta tu fe en Dios y tus miedos se morirán de hambre.”

Este proyecto se lo dedico con mucho cariño a mi madre la Sra. Francia Teresita Valencia y mi padre el Sr. Luis Manuel Palacios por ser mi pilar fundamental en mi vida brindándome su amor incondicional y apoyo siempre en los buenos y malos momentos gracias a ellos ahora estoy cursando una etapa muy importante en mi vida, gracias a ellos soy una persona de bien y conozco el valor de la vida.

A Dios por ser la luz en mi camino en todo momento, por haberme brindado las fortalezas necesarias para cumplir mis metas.

A mis hermanas que de una u otra manera estuvieron conmigo apoyándome para poder cumplir este gran sueño que lo convertí en meta y dedicar un momento de sus valiosas vidas para darme consejos, ánimos y las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mi novio, ya que siempre estuvo ahí en los momentos difíciles para ayudarme y aconsejarme para lograr mis metas.

A todos ustedes les ofrezco un gran homenaje en reciprocidad al invaluable apoyo que me han brindado.

Agradecimiento

“La gratitud tiene que ver con la educación, pero también con el estado del alma.”

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mi Novio que siempre estuvo brindándome su apoyo incondicional para seguir adelante con mi trabajo de investigación.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, a la Facultad de Enfermería por ayudarme a preparar como profesional y alcanzar mi meta establecida.

A mi tutora Lic. Lourdes Maribel Bello Carrasco. Mg que con sus buenos consejos he emprendido este proyecto de investigación para la obtención de mi título profesional.

Pero, sobre todo, gracias a mis Padres que con su paciencia, comprensión y solidaridad que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo. A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

Certificación del Tutor	I
Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí	II
Certificación Del Tribunal, Revisión Y Sustentación	II
Facultad De Enfermería	II
Trabajo Final de Titulación	II
Declaración de Autoría	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Resumen	VI
Summary	VII
Justificación	1
Introducción	3
Planteamiento del Problema	4
Formulación del Problema.	8
Objeto de Estudio	8
Campo de Acción	8
Tareas de Investigación	8
Objetivos de la Investigación	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
CAPÍTULO I	10
Marco Teórico	10
1.2. Envejecimiento saludable	16

1.3. Teorías del Envejecimiento	19
CAPÍTULO II	31
Diseño Metodológico	31
2.1. Tipo de Estudio	31
2.2. Métodos de Investigación	31
2.3. Población y muestra	33
2.4. Caracterización del contexto de Estudio	33
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
CAPITULO III	74
3.1. Diseño de la propuesta	74
3.2. Introducción	74
3.3. Justificación	75
3.4. Objetivos	76
3.5. Beneficios	76
3.6. Ubicación	76
3.7. Tiempo	76
Conclusiones	92
Recomendaciones	95
Referencias Bibliográficas	96
Anexos	101

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla 1: Edad y Sexo	35
Tabla 2: Nivel de Educación.....	37
Tabla 3: Etnia.....	40
Tabla 4: Dificultad para sentarse.....	43
Tabla 5: Dificultad para agacharse arrodillarse o encorvarse.....	45
Tabla 6: Dificultad para caminar.....	48
Tabla 7: Uso de instrumento de apoyo para caminar.....	51
Tabla 8: Tipo de Instrumento de apoyo.....	54
Tabla 9: Instrumento de apoyo para ducharse.....	56
Tabla 10: Dificultad para acostarse o levantarse de la cama.....	58
Tabla 11: dificultad para vestirse.....	61
Tabla 12: Dificultad para Bañarse.....	63
Tabla 13: Uso de instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico.....	65
Tabla 14: Ayudar a ingerir alimentos.....	68
Tabla 15: Correlaciones no paramétricas.....	71
Tabla 16: Instrumento de apoyo.....	72
Tabla 17: Correlaciones.....	73

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso natural, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Las personas adultas mayores sanas conservan su funcionalidad, pero al presentarse un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas crean una dependencia (Lara, et al., 2012) tuvo como **objetivo**. Describir el autocuidado y su relación con el proceso de envejecimiento en centros ambulatorios pertenecientes al distrito 13D02 de Manta.

La **metodología** de tipo descriptivo y prospectivo de corte transversal de campo cuasi experimental y como técnicas de recolección de datos se aplicaron encuestas validadas por MSP. OMS, El análisis de datos mediante paquete estadístico SPSS23 y la interpretación con Rho Sperman, obteniendo como **resultados** que de un total de 72 adultos mayores encuestados el 88.6% son de sexo femenino y el 11.4% son masculinos, Como el coeficiente de Rho de Sperman fue de $p < 0.01$ por tanto el nivel de significancia es menor a ($p = 0,05$) esto significa que existe relación entre las variables de estudio. **Conclusiones** La utilidad de la prueba de coeficiente de correlación de rangos de Spearman aporta una respuesta cuantificable a la relación que en momentos determinados pueda existir entre dos variables, siendo esta un punto de partida para pronósticos y predicciones en problemas prácticos de salud. Y así ejecutar estrategias que mejoren la calidad de vida de vida de adulto mayor

Palabras claves: envejecimiento, autocuidado, enfermería, calidad de vida, salud

SUMMARY

Aging is a natural, continuous and irreversible process in which there is a progressive loss of adaptive capacity. Healthy older adults retain their functionality, but when their physical capacity and physical functions deteriorate, they create a dependency (Lara, et al., 2012). Describe self-care and its relationship with the aging process in outpatient centers belonging to district 13D02 of Manta. The **methodology** of descriptive and prospective type of cross section of quasi-experimental field and as data collection techniques were applied surveys validated by MSP. WHO, Data analysis using statistical package SPSS23 and interpretation with Rho Sperman, obtaining as **results** that of a total of 72 older adults surveyed 88.6% are female and 11.4% are male, Like Sperman's Rho coefficient was $p = <0.01$ so the level of significance is less than ($p = 0.05$) this means that there is a relationship between the study variables. **Conclusions** The utility of the Spearman rank correlation coefficient test provides a quantifiable response to the relationship that at certain moments may exist between two variables, being this a starting point for predictions and predictions in practical health problems. And so execute strategies that improve the quality of life of older adult life

Keywords: aging, self-care, nursing, quality of life, healt

Justificación

El envejecimiento es un proceso natural, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Las personas adultas mayores sanas conservan su funcionalidad, pero al presentarse un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas, se vuelven más vulnerables a las enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlo a la fragilidad y la dependencia (Lara, et al., 2012).

A pesar de esto los adultos mayores tienen mucho por contribuir, tienen sabiduría y experiencia, al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices.

En cuanto al aporte teórico, sustentada en un modelo teórico metodológico, orientado al proceso educativo de los adultos mayores que pertenecen al club de centros de salud el distrito 13 D02, la investigación se sustenta bajo teorías de enfermería de Orem del autocuidado, las teorías inherentes al tema, por otra parte, la relevancia en el área de las ciencias de la salud se orienta a concientizar al profesional de enfermería, a que faciliten unos servicios de cuidados y de enseñanza del autocuidado que estén destinados a minimizar el curso de procesos patológicos al grupo gerontológico, por lo tanto; la atención debe centrarse en mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

El presente proyecto investigativo se considera de gran importancia, debido a que la tercera edad es una etapa clave de la vida a la cual muchas personas quisieran tener el privilegio de poder llegar y sumergirse en ella de la mejor forma gozando de los privilegios de poder contar con las herramientas para estar bien y gozar de una calidad de vida óptima y saludable, sin embargo a pesar de los deseos en muchos la realidad termina siendo otra y muchos

adultos mayores enfrentan lo opuesto a lo que quisieran fuesen sus deseos y en parte esto ocurre por la falta de conocimiento, y acción preventiva para llevar tal etapa de sus vida y así llevar un envejecimiento saludable.

Según (INEC,2013) los registros del Ministerio de Salud Pública en Ecuador, la población de la tercera edad también se incrementó en cantidad, representando alrededor del 10% del total de habitantes en el país, siendo la diabetes y la hipertensión las dos enfermedades más prevalente de los adultos mayores en el país, participando con más de la cuarta parte del total de afectados, donde han tenido un crecimiento otras patologías no infecciosas como la osteoporosis y las afecciones de la salud mental.

Como estudiante de Enfermería aspirante a Titulación considero importante el desarrollo de la presente investigación puesto que está dirigido a promover la participación del Profesional de Enfermería en autocuidado del adulto mayor para un envejecimiento saludable como pilar fundamental que puedan disfrutar de una vida plena llena de amor, afecto y comprensión, aspectos básicos que con el pasar de los días son descuidados y debilitan el lazo familiar con estos grupos de tercera edad Centros de Atención Ambulatorios.

Introducción

La presente investigación se enfoca en un estudio en torno al autocuidado del adulto mayor para un envejecimiento saludable, se puede considerar muy relevante dentro de la praxis profesional del cuidador formal en Ciencias de la Salud conocido con el rol de Enfermero, puesto a que en el día a día en el desempeño profesional se encuentran brindándole esa atención primaria a través del cuidado a muchas personas que han logrado llegar esta etapa de la vida conocida como tercera edad, y que acuden a algún centro de salud por presentar alguna afección de salud, la cual asocian a manifestaciones clínicas producto del envejecimiento y la edad.

De acuerdo a lo manifestado se puede expresar que el envejecimiento se logra considerar como ese proceso correspondiente a la última etapa de la vida del ser humano, razón por la cual en sustento es pertinente citar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) al indicar “se considera Adulto mayor a todo aquel individuo mayor de 60 años de edad a quien se le llamará persona de la tercera edad”.

A lo largo de la historia de la humanidad se ha podido observar que la vejez es una etapa de vida a la cual muchas personas han tenido la oportunidad de llegar y experimentar, originándose en ella una serie de transformaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, producto de los años y experiencias vividas a lo largo de sus vidas, las cuales muchas veces pasan a quedar en los alegres o nostálgicos recuerdos, producto de las resignaciones y el sedentarismo que muchos adultos mayores comienzan a experimentar al manifestar que sus vidas ya no son iguales por la nueva presencia de alguna enfermedad, la cual muchas veces no saben cómo enfrentar, la pérdida de seres queridos o amistades de sus tiempos contemporáneos a ellos, las jubilaciones de un sistema de trabajo, puesto a que al ser de la tercera edad ya son considerados como seres prioritarios.

De acuerdo a lo planteado entorno al autocuidados del adulto mayor para un envejecimiento saludable, es determinante la función del profesional de la Enfermería, ya que al hablar del cuidado y vida saludable, la enfermería ocupa un rol protagónico en el apoyo de un paciente que requiera de las indicaciones y herramientas necesarias para obtener la búsqueda del bienestar para sí mismo, por ende es necesario destacar que la tercera edad se convierte en una etapa de la vida, en la cual los individuos que llegan a esta requieren de mayor apoyo e interés de la sociedad hacia la atención en los cambios que muchos adultos mayores comienzan a experimentar en esta etapa de la vida.

Planteamiento del Problema

En relación a lo expresado es de vital importancia resaltar que de acuerdo a estudios sobre esta etapa de la vida, en la cual la ciencia cada vez más profundiza se puede observar que al pasar de los años son más los seres a nivel mundial que llegan a vivir y ser parte de la tercera edad, y en sustento de esto se puede resaltar el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018 que en sus datos y cifras expresa.

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

La investigación abordada en sustento y argumentación de lo expresado a través de los puntos iniciales procede a resaltar estudios previos que sirven como fuentes documentales para acentuar la importancia de la misma, razón por la cual se resaltan trabajos de grados realizados tanto a nivel internacional como nacional y entre ellos resaltan los siguientes.

(Medina y Yuquilema 2015) realizan un estudio titulado “Conocimientos y Prácticas de Autocuidado para Pacientes que asisten al Club de Adulto Mayor Francisco Jácome. Y tuvo como objetivo evaluar los conocimientos y prácticas en el autocuidado de pacientes que asisten al Club del Adulto Mayor “Francisco Jácome”, que de los 50 adultos mayores encuestados, se obtuvo los siguientes resultados: 50% tienen 65 a 69 años, perteneciendo el 76% al género femenino, 34% con instrucción primaria, 36% con secundaria, su cuidador es un familiar cercano en el 80% de los casos, 62% sufren de hipertensión arterial y diabetes, 46% consumen antihipertensivos, 66% se auto medicó, sin tener conocimiento de los efectos secundarios de estas enfermedades, 92% tienen dificultad para moverse, 66% utilizan algún mecanismo para desplazarse, 80% tienen limitaciones visuales, 42% tienen problemas para la deglución de alimentos.

De estos solo 22% recibieron la consejería especializada de enfermería y el apoyo emocional, lo cual evidenció un bajo nivel de satisfacción del paciente con el conocimiento que le proporcionaron los profesionales de enfermería en la atención en el centro de salud, por este motivo 58% se deprimen con frecuencia y se sienten solos, como principal afectación psicológica de la muestra seleccionada, generándose las siguientes prácticas de las personas de la tercera edad; 38% nunca realizan actividad física, 44% no se asean todos los días, 14% no se lavan los dientes todos los días, solo 24% visitaron el centro de salud y odontológico con frecuencia, 20% siempre acuden a establecimientos de recreación y 14% se cortó las uñas con frecuencia; por estas razones se planteó como propuesta la planificación y ejecución de un programa educativo a favor de las personas de la tercera edad, con el objeto de mejorar los hábitos alimenticios, de actividad física, del aseo y la visita al establecimiento de salud.

Por otra parte (Can et. Alt, 2015) en su investigación titulada Autocuidado en las personas mayores realizada en México, tuvo como como objetivo identificar si existe relación entre el autocuidado y las personas adultas mayores que asisten al Centro de rehabilitación y Educación Especial,

en el cual evidencio el siguiente resultado, 32 sujetos de estudio son del sexo femenino y 18 del sexo masculino; del 100 % de la población del género masculino, 44.44 % muestra tener la percepción de autocuidado inadecuado; y del 100 % de la población del género femenino, 68 % presenta la percepción de parcialmente inadecuado. En la percepción del estado de salud, 60 % considera tener una percepción de autocuidado de la salud parcialmente adecuada, 34 % un nivel de autocuidado inadecuado, 3% sin capacidad de autocuidado, el nivel de autocuidado refleja 3 % y el déficit total de autocuidado indica 0 %.

Mientras que (Castiblanco M y Fajardo G 2016) en su investigación titulada capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor realizada en Ibagué, Colombia, tuvo como objetivo Evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario, en el cual evidencio el siguiente resultado, la mayor proporción de los adultos mayores son del sexo femenino (76%), el rango de las edades oscilan entre los 65 y 75 años con un 43,1% seguido por un 33.3% con un rango de edad de entre los 75 y 85 años. El 51% de los adultos mayores, se perciben aparentemente enfermos (no saludables) frente a un 49% supuestamente sano (saludable).

El 64,41 % de los adultos mayores presentan un adecuado autocuidado para la categoría de actividad física, frente a un 29,38 % con un autocuidado parcialmente adecuado y un 5,65 % con un autocuidado inadecuado, el 53,11 % de los adultos mayores presentan un adecuado autocuidado para la categoría de alimentación, frente a un 38,42 % con un autocuidado parcialmente adecuado y un 7,91 % con un autocuidado inadecuado, el 31,64 % de los adultos mayores presentan un adecuado autocuidado para la categoría de eliminación, frente a un 45,2 % con un autocuidado parcialmente y un 22,6 % con un autocuidado inadecuado, el 21,47 % y en la categoría de descanso y sueño, frente a un 51,98 % con un autocuidado parcialmente adecuado y un 25,99 % con un autocuidado inadecuado, el 30,51 %.

En cuanto a higiene y confort, frente a un 58,76 % con un autocuidado parcialmente adecuado y un 10,17 % con un autocuidado inadecuado), el 70,28 % de los adultos mayores presentan un adecuado autocuidado para la categoría de medicamentos, frente a un 25,99 % con un autocuidado parcialmente adecuado y un 3,39 % con un autocuidado inadecuado, el 28,25 % de los adultos mayores presentan un adecuado autocuidado para la categoría de control de salud, frente a un 40,68 % con un autocuidado parcialmente adecuado y un 30,51 % con un autocuidado inadecuado.

Así mismo (Méndez, 2010) en su investigación titulada Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, tuvo como objetivo evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. Lo cual se evidencio los siguientes resultados que 121 seleccionados 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.

Lo manifestado por el INEC, demuestra que es necesario hacer énfasis en que se deben implementar políticas y actividades de acción preventivas los adultos mayores puedan tener la consciencia y el conocimiento adecuado para enfrentar las adversidades como la presencias de enfermedades, siendo las principales la diabetes y la hipertensión arterial, las cuales son enfermedades crónicas que con una dieta saludable y actividad física, pueden mantenerse bajo control y no ser un impedimento en la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Todo lo expresado lleva a comprender que los profesionales de la enfermería cumplen un rol protagónico en el cuidado del muchos adultos mayores cuando están en situaciones de pacientes, y por ende al saber cómo cuidarlos por toda la experiencia, estudio y práctica profesional es clave el cuidador formal en guiar al paciente y la familia en tener las herramientas para el autocuidado, razón que hace citar a la gran teórica y representante de la enfermería al expresar que el Autocuidado son "las acciones que permiten al

individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos"

Antes estos argumentos nos formulamos el siguiente problema.

Formulación del Problema.

¿Cómo elevar el autocuidado en adultos mayores que asisten a los centros de salud 24 de Mayo, Las Cumbres y 20 de Mayo?

Objeto de Estudio.

Autocuidado del adulto mayor de los centros gerontológicos

Campo de Acción.

Educación continua a los adultos mayores que asisten a los centros ambulatorios pertenecientes al Distrito 13D02

Tareas de Investigación.

1. Se Fundamentan las bases teóricas de la investigación realizadas en el marco teórico.
2. Se aplica un instrumento donde se pudo caracterizar la situación actual del autocuidado del adulto mayor en grupos ontológicos.
3. Se implementara una estrategia educativa que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor para un envejecimiento saludable en base al autocuidado de los adultos mayores, con el fin de lograr cambios mediante la ayuda del personal de los centros ambulatorios pertenecientes al área de salud 13D02.

Objetivos de la Investigación

Objetivo general:

Describir el autocuidado y su relación con el proceso de envejecimiento en centros ambulatorios pertenecientes al distrito 13D02 de Manta.

Objetivos específicos:

- Fundamentar las bases epistemológicas de la investigación
- Caracterizar la situación actual del autocuidado del adulto mayor en grupos gerontológicos.
- Determinar el autocuidado del adulto mayor de los centros ambulatorios
- Implementar una estrategia educativa que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor que permitan un envejecimiento saludable.

CAPÍTULO I

Marco Teórico

1.1. Conceptos de la tercera edad según la organización mundial de la salud (O.M.S).

Según (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), 2015) Podemos decir que América actualmente es una de las regiones con más población perteneciente a la tercera edad, ya que en 2006 habitaban 50 millones de adultos mayores, una cifra que se espera duplicarse para el año 2025 y volverá a hacerlo para el año 2050, una de cada 4 personas tendrá más de 60 años y a nivel mundial será 1 de cada 5.

La organización mundial de la salud (O.M.S.) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados, estas diferencias cronológicas cumplen parámetros socio-económicos que tienen unos y otros países (Olmedo, 2003).

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: tercera edad (60 – 74 años), cuarta edad (75 – 89 años), longevos (90 – 99 años) y centenarios (más de 100 años).

1.1.1. Definición de la Tercera Edad.

El envejecimiento según “Harman”, podría definirse como la acumulación progresiva de cambios en el tiempo que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo (Hernández, 2011).

Actualmente una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81 años es decir 21 años más, en las últimas cinco décadas se pudieron ganar más de 20 años, en América más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años y un 42% de ellos tendrá una posibilidad de pasar los 80 años

con esto hacemos referencia que para el 2025 existirán 15 millones de personas de más de 80 años de edad en la región.

En la actualidad el país que cuenta con más población de la tercera edad a nivel de América es Canadá, sin embargo, estudios basados en datos de división de la población de las naciones unidas nos indican que, en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superaran a Canadá.

En el estudio que se ha venido desarrollando es muy relevante expresar las definiciones conceptuales de los diversos elementos claves que se abarcan en la investigación objeto de estudio.

1.1.2. Adulto Mayor

Adulto mayor es un término reciente que se les da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamadas de la tercera edad, un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigioso y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se los puede identificar por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria (Vera, 2011).

Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el

gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el degenera miento de su organismo. Finalmente llegar a esta etapa de la vida es un privilegio que pocos pueden tener es por esta razón que al llegar a ser adulto mayor se debe tener una actitud positiva y alegre.

1.1.3. Cambios en el proceso del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso gradual, natural, universal, inexorable; estructurado a través del tiempo y evidenciado por cambios y transformaciones a nivel bio-psico-social, Los cambios tan acelerados en estos dos últimos siglos, tanto en la tecnología, medicina y sociales, han hecho que las personas vivan más años, pero esto ha traído consigo ideas erróneas en cuanto a esta etapa de la vida (Molina, 2017).

Características que matizan el concepto envejecimiento.

1. Es universal para todos los individuos de una especie dada.
2. Se producen cambios endógenos, van de dentro hacia fuera.
3. Es un fenómeno intrínseco no debido a agentes externos.
4. Es un fenómeno progresivo.
5. Es un fenómeno deletéreo, que produce alteraciones en el organismo.

En cualquier organismo que se estudie el envejecimiento, podemos decir que se presentan las cuatro características vitales anteriormente descritas y que estas ocurren en el organismo a tres niveles:

- Estructura: cambios anatómicos, estatura, posición del cuerpo, opacidad de los huesos, entre otros.
- Función: cambios en la actividad del organismo y cambios en la conducta. Ejemplo: en la marcha, en el humor, entre otros.
- Substrato: alteraciones moleculares.
Ejemplo: glucemia.

1.1.4. Cambios Biológicos.

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración de las células, los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías, los trastornos genéticos producen o bien una respuesta insuficiente de la célula o que esta no responda (lesión), o bien que la respuesta sea una inadaptación de la célula, dicha situación genera en cualquiera de los casos la vulnerabilidad del organismo (Molina, 2017).

Por otra parte, tenemos la “apoptosis”: muerte celular programada, durante el desarrollo hay un equilibrio entre proliferación de células y apoptosis, es un proceso selectivo, las células están programadas genéticamente para desaparecer selectivamente, sin embargo, durante el envejecimiento la apoptosis se intensifica resultando un déficit de células.

En el envejecimiento se produce una considerable pérdida neuronal, una disminución del volumen cerebral, una disminución de la sustancia blanca, corteza cerebral frontal y de cuerpo estriado todo esto provocado debido a la muerte celular y/o atrofia celular.

En el envejecimiento se produce no tanto la muerte celular sino la disminución del tamaño de las mismas y un declinar de la sinapsis.

1.1.5. Cambios Físicos.

A medida que los años pasan se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo una serie de cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos, estructurales todo esto perteneciente al aparato respiratorio, al sistema muscular y óseo también del sistema digestivo, genitourinario, cambios en la boca y dientes , también aparecen cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de agudez visual y la pérdida auditiva, la piel tiende a denotar enrojecimiento acompañada frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo esto puede suponer un riesgo para la salud del individuo (Molina, 2017).

1.1.6. Cambios Psíquicos.

Cuando cumplimos treinta años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se van acelerando a medida que nos acercamos a la vejez, existe una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento, la capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas, la creatividad y capacidad imaginativas se conservan.

También pueden aparecer alteraciones severas en la memoria y suelen padecer amnesia focalizada en el tiempo.

- **El carácter y personalidad** no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

Se puede considerar que el proceso de adultez lleva consigo la disminución de las habilidades físicas que comúnmente tienen los seres humanos como su agilidad mental, física, entre otras; el envejecimiento trae consigo cambios en los diferentes sistemas, los cuales son importantes de tener en consideración y por tales motivos se expresan las siguientes fuentes:

La presión arterial sistémica se eleva con mayor tendencia de HTA. Disminuye el flujo sanguíneo cerebral, aumentan la resistencia periférica y se hipertrofia, la pared del ventrículo izquierdo. La presión arterial del adulto mayor sin patologías agregadas es igual a la del adulto maduro lo mismo que la frecuencia cardiaca. Los ancianos son más propensos debido a los cambios antes descritos a tener hipotensión postural y arritmias (Moragas R, 2009).

La pérdida de masa ósea y muscular relacionada con la edad es un fenómeno universal y parece asociado inevitablemente al envejecimiento, conduciendo en muchas personas a la osteoporosis y a la disminución de la masa muscular con la consiguiente disminución de fuerza (Andrés R. Biermane, 2011).

Los cambios más importantes en el aparato digestivo, relacionados con la edad son: masticación menos eficaz, disminución del sentido del gusto y de secreciones gástricas, pérdida de elasticidad de la pared intestinal, menor motilidad y reducción del aporte sanguíneo al intestino (Kane R, Ouslander J, Abrass, 2011).

A lo largo de todo el ciclo vital, el aparato respiratorio es vulnerable a las lesiones provocadas por múltiples infecciones, contaminantes ambientales y reacciones alérgicas. Estos factores son aún más nocivos que el proceso de declinación funcional, el cual es parte normal del proceso de envejecimiento. El mecanismo de la respiración en los ancianos tiene como característica el hecho de que la inspiración se basa más en el diafragma y requiere un mayor esfuerzo, sobre todo cuando está en posición decúbito dorsal (Culver BH, 2011).

La piel, con el paso de los años, sufre una degeneración progresiva e irrecuperable, tanto en su morfología como en su funcionalidad, es el envejecimiento cutáneo. Estas alteraciones se hacen más evidentes a partir de los 30 años, observándose arrugas, sequedad, manchas, entre otras., propias de las pieles seniles (Quiroga M. Guillot C, 2012).

El proceso de envejecimiento que afecta a la piel no ocurre de forma gradual y homogénea, depende de la raza, condiciones atmosféricas y es diferente en las distintas zonas de la piel de una misma persona.

Los adultos mayores pueden desarrollar las mismas actividades que cuando eran más jóvenes, lo que varía es la velocidad con que la realizan. Su lentitud general afecta tanto a la calidad de las respuestas como al tiempo de estas debido a que tardan más en adaptarse al ambiente y tomar decisiones (Bernaldo M, 2012).

Todo lo expresado lleva a comprender y a reflexionar en la atención y herramientas que se les debe brindar a los adultos mayores para que puedan tener un autocuidado satisfactorio a favor de una calidad de vida y envejecimientos saludable en tal etapa de sus vidas.

1.2. Envejecimiento saludable.

El concepto de vejez saludable incluye tres componentes principales: baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, elevada capacidad funcional física y cognitiva y mantenimiento de una vida activa en la sociedad.

La baja probabilidad de enfermar se refiere a la ausencia o bajo nivel de gravedad de los factores de riesgo de padecer una enfermedad. Respecto al elevado nivel funcional, éste incluye los dos componentes, físico y cognitivo, éste último vinculado al aprendizaje y a la memoria de corto plazo. Ambos elementos confieren el potencial necesario para una vida activa en la sociedad. Estos dos puntos resultan, por tanto, básicos, ya que las alteraciones físicas o cognitivas son las responsables de la dependencia y la pérdida de autonomía.

Existen diferentes indicaciones que sugieren que el ejercicio físico sistemático reduce la incidencia de trastornos cardiovasculares, ciertos tipos de cánceres, la osteoporosis y la diabetes; en una palabra, su práctica

continuada beneficia claramente la salud general del individuo, la cuestión es si favorece también al funcionamiento cognitivo durante el proceso de envejecimiento (Jiménez, 2007).

Según algunos investigadores, el ejercicio físico continuado puede mejorar la salud y la plasticidad cerebral a lo largo del ciclo vital, pero especialmente en la vejez (Cotman, 2002).

El envejecimiento saludable es un proceso que tiene lugar durante toda la vida para hacerse mayor con independencia y bienestar. Para alcanzarlo, lo que se debe hacer es adoptar hábitos desde joven que mejoren la calidad de vida a lo largo del ciclo vital, incorporando el ejercicio físico de forma regular, desarrollar actividades intelectuales desafiantes, controlar de forma general la presión arterial, niveles de colesterol y glucemia, mantener una alimentación equilibrada y saludable.

La actividad física y cognitiva nos dice lo que la persona puede hacer, pero no lo que realmente hace. La vejez exitosa va más allá de este potencial e incluye la vida activa efectiva, no la posible. Aunque la implicación activa en la vida diaria toma varias formas, las dos más importantes son, sin duda, las relaciones interpersonales y la actividad productiva.

De acuerdo a las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana, los entornos en los que se vive durante la niñez –o incluso en la fase embrionaria– junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer. (OMS, 2015)

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta

equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.

En la vejez mantener esos hábitos es también importante, el mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad. Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios.

1.2.1. Presencia de cambios Emocionales y Psicológicos.

Morales Calatayud F. (2009) Ligada a las transformaciones del reloj social (roles y acontecimientos ligados a las demandas sociales), la persona debe hacer frente a una transformación de las exigencias sociales, marcado por grandes incertidumbres especialmente en el terreno profesional y familiar. El adulto que envejece toma conciencia del límite de la vida escogida en el interior de un tiempo marcado por el sello de la mortalidad y de su final próximo.

También es importante indicar lo expresado por el autor Lopuzzo N. (2013) Uno de los factores comunes que debe enfrentar una persona en la tercera edad, es la necesidad de adaptarse a las pérdidas; de energía, de vigor físico, de amigos y parientes, y en muchos casos, del trabajo y de la relación estrecha con los hijos. Para poder superar exitosamente esta situación es necesario que enfrente los múltiples duelos, que le generan sentimientos difíciles de dolor y tristeza. Dentro de este debe también de elaborar el duelo de su propia vida, que va a terminar en algún momento, es decir la persona debe enfrentar su propia muerte.

1.3. Teorías del Envejecimiento.

1.3.1 Teoría biológica del envejecimiento.

Las teorías biológicas del envejecimiento se pueden dividir en dos grupos:

- Teorías programadas: sostiene que el envejecimiento sigue un horario biológico, que representa la continuación del ciclo que regula el crecimiento y el desarrollo.
- Teorías de error: enfatizan las agresiones ambientales del sistema humano al igual que mantienen la hipótesis de que, la necesidad continúa del cuerpo para producir energía para las actividades metabólicas.

1.3.2. Teoría de Dorothea Orem.

Esta teoría de Dorothea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. (Moreno, 2014)

1.3.3. Teoría del autocuidado.

Esta teoría se basa a las acciones personales que ejerce y realiza cada persona, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de conservar su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. (Moreno, 2014)

Dorothea Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Además, define tres requisitos de autocuidado, comprendiendo en este sentido la importancia y finalidad de la investigación, y centro de atención de esta teoría indica una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

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

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

- ✓ **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos.

Es relevante no perder de vista que el concepto de autocuidado es aplicable en el proceso de envejecimiento de las personas mayores sanas o enfermas. Para lograrlo se requiere la participación de la familia, cuidadores (en el caso de que la persona tenga algunas dificultades para realizar sus actividades) y de las redes de apoyo, con el propósito de ayudarles a encauzar sus dificultades de salud. El tipo de autocuidado que el adulto mayor necesita dependerá de los factores internos y externos que afectan su capacidad de velar por sí mismo. El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable.

1.3.4. La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

- **El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.
- **Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.
- **El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las cuatro acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar y evaluar la teoría de déficit de autocuidado se confirma la teoría de Dorothea E Orem al observar que existe una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería.

1.3.5. Teoría de Los sistemas de enfermería.

Tienen varias cosas en común, en particular estas:

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

1.3.6. Teoría de la continuidad.

La teoría de la continuidad es parte normal del envejecimiento, podemos describirlo como un estado que adoptan las personas mayores, esto se describe con actividades, comportamientos, personalidades y relaciones que mantuvieron en sus primeros años de vida, de acuerdo con esta teoría los adultos mayores intentan mantener esta continuidad en su estilo de vida mediante la adaptación de las estrategias que están conectadas a sus experiencias pasadas.

La teoría de la continuidad es una de las principales teorías psicosociales que describen a las personas de cómo se desarrollan en la vejez, la teoría de la continuidad utiliza una perspectiva de vida para definir el curso del envejecimiento normal, esta teoría puede calificarse como una de nivel micro por que pertenece al individuo, y más concretamente puede ser visto desde la perspectiva en el cual el individuo y la sociedad intentan mantener un equilibrio (Carbajal, 2014) .

1.3.7. Teoría de la actividad.

La teoría de la actividad busca dar cuenta de cómo los individuos se ajustan a los cambios relacionados con la edad. Lemon, Bengston & Peterson, entendían que cuanto mayor actividad realizaba la persona adulta mayor, mayor satisfacción vital se producía. Los autores clasifican las actividades en tres tipos, por un lado, las actividades informales (como las amistades), las formales (socio-recreativas) y las solitarias (ocio, cuidados del hogar). Asimismo, otros autores atribuyen el retraimiento del adulto mayor a los prejuicios, y aluden que las actividades dependerán de la motivación personal y el deseo de la persona. Por ello, no es la actividad por sí misma la que es provechosa, sino lo que para el individuo tiene sentido de relacionamiento y disfrute (Iacub, 2011).

1.3.8. Bases Ético Legal.

Clausula primera.- Antecedentes

La constitución de la república del Ecuador manda:

Art. 66.- se reconoce y garantiza a las personas:

19. el derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley.

Art. 362.- los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y a la confidencialidad de la información de los pacientes.

Ley orgánica de transparencia y acceso a la información pública ordena:

Art. 5.- información pública: se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta ley, contenidos creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producidos con recursos del estado.

Art.6.- información confidencial: se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalismos y fundamentales especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la constitución política de la república.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecida en la constitución política de la república, en las declaraciones, actos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento

jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas.

El código integral penal tipifica:

Art. 179.- Revelación de secreto.- la persona que ha tenido conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de la libertad de seis meses a un año.

Investigadora.- En razón del cargo que realizan un proyecto de prevención de salud, puede tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

El reglamento de información confidencial en sistema nacional de salud establece:

Art. 2.- Confidencialidad.- Es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información.

Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales. Toda persona que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardas la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

Clausula segunda.- Objeto.

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, (Investigadora) se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública.

Clausula tercera.- Obligaciones.

Investigadora, ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

Investigadora se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación de reposa en el Ministerio de Salud Pública, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Ministerio de Salud Pública.

Clausula cuarta.- Sanciones.

Investigadora, se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

Clausula quinta.- Declaración.

Investigadora, declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y expresa que utilizara dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

Investigador, declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y del Código Orgánico Integral Penal.

Clausula sexta.- Vigencia.

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

Clausula séptima.- Aceptación.

Investigadora, acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente acuerdo y en consecuencias se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y afecto, en la ciudad de Manta el día 9 de 11 de 2018.

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico

2.1. Tipo de Estudio.

El estudio es de tipo descriptivo, analítico de corte transversal de campo experimental con dimensión cuasi-experimental.

2.2. Métodos de Investigación.

Se realiza a través de la explicación e inducción al grupo en el cual se le explica el tema y objetivos de la investigación, así mismo se realizó un consentimiento informado para participación en el estudio.

2.2.1. Método teórico.

- **Inductivo-deductivo:** Se utilizó con el fin de poder investigar teorías básicas del envejecimiento esto permitió que pueda desarrollar de la mejor manera el proyecto de investigación basándome únicamente en el adulto mayor y su estilo de vida, mediante el deductivo pude llegar a una descripción de la problemática que afrontan los adultos mayores a medida que avanza su ciclo de adultez.
- **Descriptivo-prospectivo:** Se ejecutó con la finalidad de determinar características que adoptan los adultos mayores con el fin de direccionarlos a llevar un envejecimiento saludable con los cuidados de acuerdo a sus necesidades, el método prospectivo me permitió la delimitación de grupos que se encuentran expuestos a riesgos en una etapa de su vida este es seguido a lo largo del tiempo para poder determinar cuántas personas llegan a desarrollar problemas a lo largo de este ciclo de vida, este método se lo puede representar de la siguiente manera:



- La investigación se enfoca para analizar el autocuidado que presentan el adulto mayor. En un tiempo propuesto de cuatro meses.
- **Análisis – Síntesis.** Mediante los conceptos desglosados pude analizar la situación de los adultos mayores conforme su edad avanza cabe recalcar que no todos los adultos mayores tienden a presentar déficit de autocuidado, esto dependiendo al estilo de vida que adopto cada ser humano, para esto tuve que desarrollar un análisis cronológico de dicho objeto de estudio, por lo que se recurrió a la información histórica de la misma y su posterior estudio. Obteniendo una conclusión general y de esta manera analizar y poder sintetizar el problema con respecto al autocuidado.
- **Histórico lógico.** El objetivo no es solo describir como van evolucionando las personas mayores si no también poder esclarecer la problemática de nuestro objeto de estudio, analizar en qué influyo las condiciones sociales, económicas y físicas en la vejez para poder describir la lógica en el desarrollo del objeto de estudio

2.2.2. Métodos empíricos.

- **Encuesta.** Se realizó la encuesta de salud bienestar y envejecimiento más conocida como SABE con el fin de poder adquirir la información de mi interés y así poder conocer la valoración y opinión de los sujetos encuestados, dicha encuesta cuenta con 15 preguntas de opción múltiple relacionadas con el estado de salud de cada individuo seleccionado como muestra.
- **Observación.** La observación me sirvió para describir y explicar el comportamiento de los adultos mayores al haber obtenido datos adecuados fiables correspondientes a las conductas en el envejecimiento por parte de los adultos mayores, este elemento fue fundamental en mi investigación me sirvió de apoyo para organizar todos los datos recolectados para su debido desarrollo.
- **Entrevista.** Se realizaron una serie preguntas relacionadas con el objeto de estudio indagando sobre cuanto saben los usuarios de los clubes del

adulto mayor pertenecientes al distrito de salud 13D02 sobre el autocuidado, alimentación y ejercicio físico para así poder analizar las problemáticas que surgen en las personas mayores de 65 años.

2.3. Población y muestra.

- La población con la que se trabajó fue seleccionada cuidadosamente para identificar el nivel de conocimiento sobre el autocuidado del adulto mayor para un envejecimiento saludable, de la cual se tomó como base 72 (setenta y dos) personas, las cuales fueron localizadas en los centros ambulatorios de Distrito 13D02 de la ciudad de Manta.
- De la población identificada como base para realizar el proyecto, se ha seleccionado un total de 72 personas como muestra para realizarles una serie de preguntas y obtener la información necesaria para realizar nuestros análisis de conocimientos sobre el autocuidado del adulto mayor para un envejecimiento saludable.

2.4. Caracterización del contexto de Estudio.

La investigación se realizó en los Centros de Salud “Las Cumbres, 24 de Mayo y 20 de Mayo pertenecientes al Distrito 13D02 de la ciudad de Manta, son unidades de salud primaria tipo A, que ofrece atención integral, desempeñando funciones de protección, promoción, atención preventiva y de morbilidad, dentro de la capacidad resolutoria de la unidad operativa, porque como integrantes activos del equipo de salud es nuestro compromiso proteger e identificar pautas de soluciones a los problemas y necesidades que enfrenta dicha comunidad.

Criterios de inclusión:

- Pertenecer al club de adulto mayor
- Cualquier tipo de sexo
- Poseer edad mayor de 65 años
- Adulto mayor que acepte consentimiento informado

Criterio de exclusión:

- Adulto que no pertenece al club de adulto mayor
- Adulto menor de 65 años
- Adulto que no acepte la entrevista

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Encuesta: fueron validadas, llamadas SABE que comprenden de 15 Variables para poder determinar el estado de funcionamiento y evaluar su autocuidado.

2.5.1. Procedimiento de análisis.

La metodología se iniciará con la recopilación de información bibliográfica relevante para la investigación. Para el tratamiento de la información levantada se aplicarán las técnicas de descripción, análisis y síntesis.

Posteriormente, mediante el método documental a nivel descriptivo, se tabula la base de datos con el registro de adultos mayores para el análisis información; y mediante el método de campo en un igual nivel descriptivo se procede a realizar un análisis estadístico de la información por medio del programa estadístico SPSS 23.

Finalmente se procede con la organización del material y la redacción de la propuesta y del informe final donde se utilizará el método bibliográfico en el nivel explicativo en lo que se refiere a conceptualización y el establecimiento de procedimientos.

2.5.6. Resultados científicos (propuesta).

La propuesta corresponde a una estrategia de educación continua al adulto mayor del club de atención primaria encaminada a contribuir a un envejecimiento saludable, mediante la ejecución de múltiples actividades recreativas de manera holística.

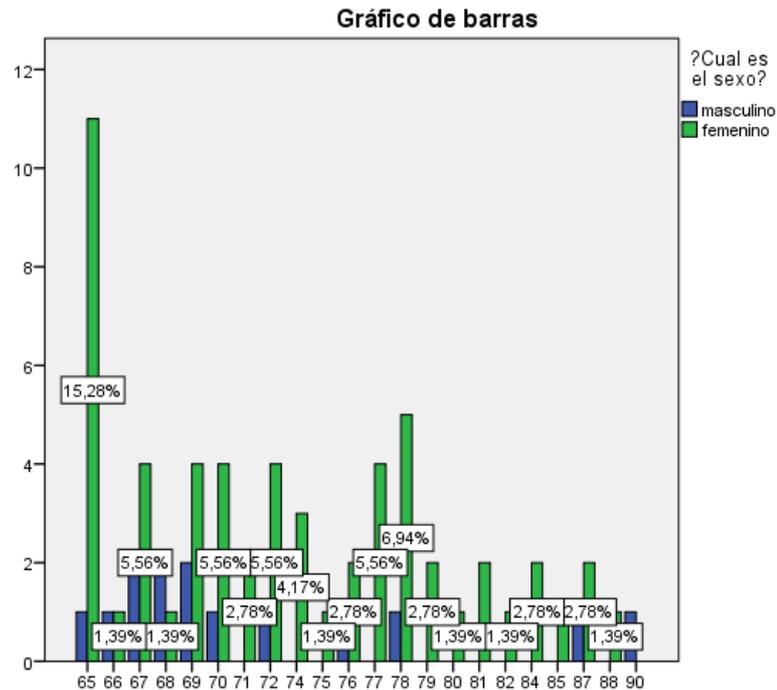


2.6. Análisis de los resultados.

A.- Datos Demográficos

Tabla 1: Edad y Sexo

¿Cuál es la edad?	¿Cuál es el sexo?		Total
	masculino	femenino	
65	1	11	12
66	1	1	2
67	2	4	6
68	2	1	3
69	2	4	6
70	1	4	5
71	0	2	2
72	1	4	5
74	0	3	3
75	0	1	1
76	1	2	3
77	0	4	4
78	1	5	6
79	0	2	2
80	0	1	1
81	0	2	2
82	0	1	1
84	0	2	2
85	0	1	1
87	1	2	3
88	0	1	1
90	1	0	1
Total	14	58	72



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación.

Al realizar el análisis podemos deducir que la cantidad de adultos mayores a las que se encuestó es de un total de 72 personas, las cuales pertenecen a 58 féminas con un 88.6% y 14 masculinos con un 11.4%.

Esto concuerda con el estudio realizado por Martha Inés Barrio en el año 2012 donde el porcentaje de personas que se encuestan o se realiza análisis de datos están en su mayoría de adultos mayores de 65 a 70 años lo cual sirve para determinar la población mayor de este rango tomando en cuenta que cuidados tienen dependiendo con la edad.



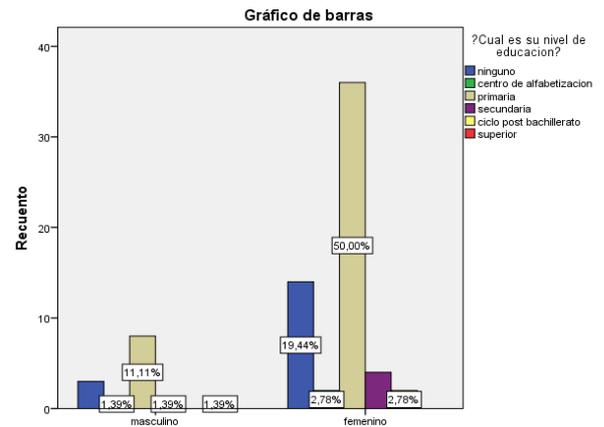
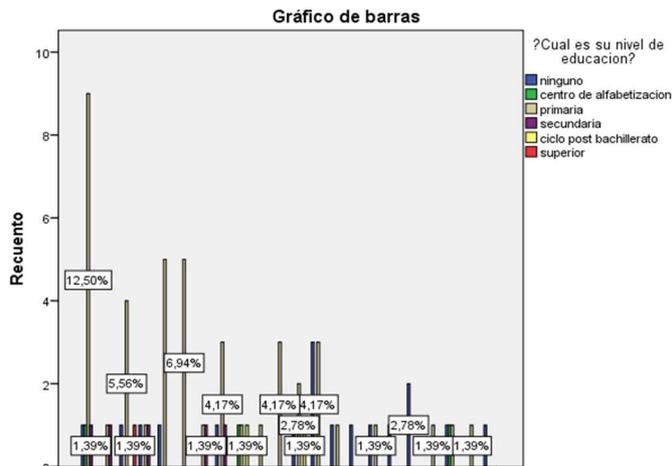
Tabla 2: Nivel de Educación.

¿Cuál es su edad?	¿Cuál es su nivel de Educación?						Total
	ninguno	centro de alfabetización	primaria	secundaria	ciclo post bachillerato	superior	
65 Recuento	1	1	9	1	0	0	12
65 %	5,9%	33,3%	20,5%	20,0%	0,0%	0,0%	16,7%
66 Recuento	0	0	1	1	0	0	2
66 %	0,0%	0,0%	2,3%	20,0%	0,0%	0,0%	2,8%
67 Recuento	1	0	4	0	0	1	6
67 %	5,9%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	100,0%	8,3%
68 Recuento	1	0	1	1	0	0	3
68 %	5,9%	0,0%	2,3%	20,0%	0,0%	0,0%	4,2%
69 Recuento	1	0	5	0	0	0	6
69 %	5,9%	0,0%	11,4%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%
70 Recuento	0	0	5	0	0	0	5
70 %	0,0%	0,0%	11,4%	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%
71 Recuento	0	0	1	1	0	0	2
71 %	0,0%	0,0%	2,3%	20,0%	0,0%	0,0%	2,8%
72 Recuento	1	0	3	1	0	0	5
72 %	5,9%	0,0%	6,8%	20,0%	0,0%	0,0%	6,9%
74 Recuento	0	1	1	0	1	0	3
74 %	0,0%	33,3%	2,3%	0,0%	50,0%	0,0%	4,2%
75 Recuento	0	0	1	0	0	0	1
75 %	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
76 Recuento	0	0	3	0	0	0	3
76 %	0,0%	0,0%	6,8%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%
77 Recuento	1	0	2	0	1	0	4
77 %	5,9%	0,0%	4,5%	0,0%	50,0%	0,0%	5,6%
78 Recuento	3	0	3	0	0	0	6
78 %	17,6%	0,0%	6,8%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%
79 Recuento	1	0	1	0	0	0	2
79 %	5,9%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
80 Recuento	1	0	0	0	0	0	1
80 %	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
81 Recuento	1	0	1	0	0	0	2
81 %	5,9%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
82 Recuento	1	0	0	0	0	0	1
82 %	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%



84	Recuento	2	0	0	0	0	0	2
	% d	11,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
85	Recuento	0	0	1	0	0	0	1
	%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
87	Recuento	1	1	1	0	0	0	3
	%	5,9%	33,3%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%
88	Recuento	0	0	1	0	0	0	1
	%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
90	Recuento	1	0	0	0	0	0	1
	%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	17	3	44	5	2	1	72
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

		¿Cuál es su nivel de Educación?						Total
		ninguno	centro de alfabetización	primaria	secundaria	ciclo post bachillerato	superior	
masculino	Recuento	3	1	8	1	0	1	14
	% del total	4,2%	1,4%	11,1%	1,4%	0,0%	1,4%	19,4%
femenino	Recuento	14	2	36	4	2	0	58
	% del total	19,4%	2,8%	50,0%	5,6%	2,8%	0,0%	80,6%
Total	Recuento	17	3	44	5	2	1	72
	% del total	23,6%	4,2%	61,1%	6,9%	2,8%	1,4%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.

Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

En cuanto a educación la encuesta aplicada podemos observar que existe un 23.6% correspondiente a 17 personas sin ninguna educación y un 4,2% corresponden a 3 personas que han asistido a centros de alfabetización y un 61.1% corresponde a 44 personas que si tienen estudios en primaria y un 6.9% corresponden a 5 personas con secundaria y 2.8% con 2 personas con ciclo post Bachillerato mientras que un 1.4% con una persona en estudios superior. Por tanto, se denota que existe en su mayoría de adulto mayor con estudios a nivel primario, hecho que coincide con el resultado de Helver Chávez en el estudio que realizo en el 2004 donde abarca que hay un mayor porcentaje de adultos mayores que poseen un mayor porcentaje con educación primaria.

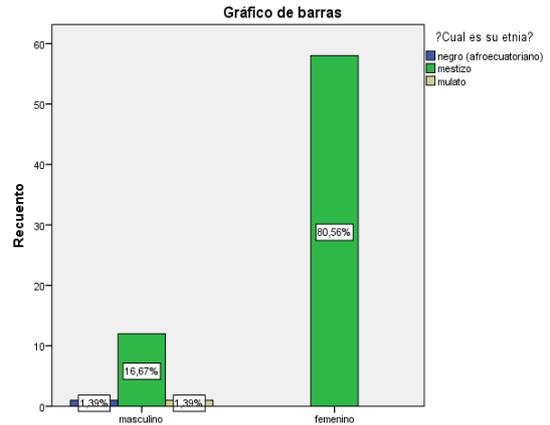
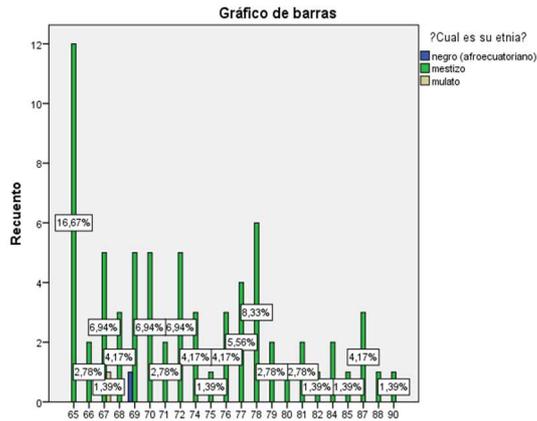
Tabla 3: Etnia.

¿Cuál es la edad?		¿Cuál es su etnia?			Total
		negro (afro ecuatoria no)	mestizo	mulato	
65	Recuento	0	12	0	12
	% del total	0,0%	16,7%	0,0%	16,7%
66	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
67	Recuento	0	5	1	6
	% del total	0,0%	6,9%	1,4%	8,3%
68	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	4,2%	0,0%	4,2%
69	Recuento	1	5	0	6
	% del total	1,4%	6,9%	0,0%	8,3%
70	Recuento	0	5	0	5
	% del total	0,0%	6,9%	0,0%	6,9%
71	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
72	Recuento	0	5	0	5
	% del total	0,0%	6,9%	0,0%	6,9%
74	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	4,2%	0,0%	4,2%
75	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
76	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	4,2%	0,0%	4,2%
77	Recuento	0	4	0	4
	% del total	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%
78	Recuento	0	6	0	6
	% del total	0,0%	8,3%	0,0%	8,3%
79	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
80	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
81	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
82	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
84	Recuento	0	2	0	2



	% del total	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
85	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
87	Recuento	0	3	0	3
	% del total	0,0%	4,2%	0,0%	4,2%
88	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
90	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	1	70	1	72
	% del total	1,4%	97,2%	1,4%	100,0%

¿Cuál es el sexo?	¿Cuál es su etnia?			Total
	negro (afro ecuatoriano)	mestizo	mulato	
masculino	1	6	1	8
femenino	0	64	0	64
Total	1	28	1	72



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

Con respecto a la etnia en la encuesta se observa que existe una población femenina la cual el 80.56% se consideran mestizas.

En la población masculina el 16.67% se consideran mestizos un 1.39% se consideran mulatos y 1.39% se consideran afro ecuatorianos.

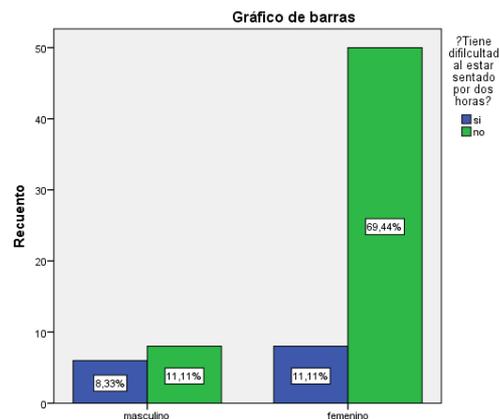
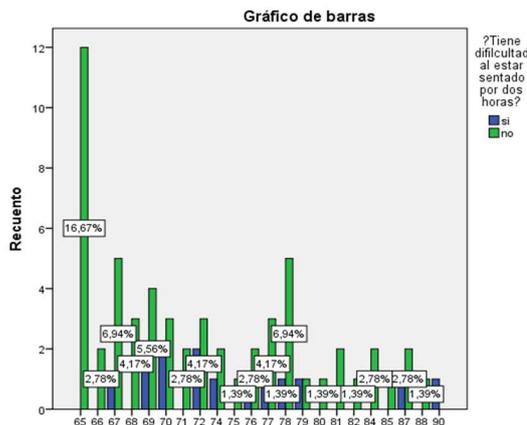
Este análisis concuerda con el estudio realizado por Eva Mera, en el año 2012, el cual realizó un análisis de discapacidad e hizo un análisis por etnias y la mayoría de las personas se declararon mestizas los cuales le disminuía probabilidades de sufrir discapacidades. Por lo tanto la relevancia para el estudio poblacional y determinar que etnias serían más afectadas para avanzar hacia un enfoque de una sola etnia.

B.- Sistema Locomotor

Tabla 4: Dificultad para sentarse.

¿Cuál es la edad?		¿Tiene dificultad al estar sentado por dos horas?		Total
		si	no	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	2	4	6
	% del total	2,8%	5,6%	8,3%
70	Recuento	2	3	5
	% del total	2,8%	4,2%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	2	3	5
	% del total	2,8%	4,2%	6,9%
74	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,2%	5,6%
78	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
79	Recuento	1	1	2
	% del total	1,4%	1,4%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	14	58	72
	% del total	19,4%	80,6%	100,0%

	¿Tiene dificultad al estar sentado por dos horas?		Total
	si	no	
masculino	6	8	14
femenino	8	50	58
Total	14	58	72



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

Al indagar sobre la movilidad podemos observar que existe una población femenina la cual el 11.11% tiene problemas al sentarse por al menos dos horas mientras que un 69.44 % de la población femenina no tiene dificultad.

En la población masculina el 8.33% presenta algún tipo de dificultad física al estar sentados por al menos dos horas mientras el 11.11% no presenta ninguna molestia para dichas actividades.

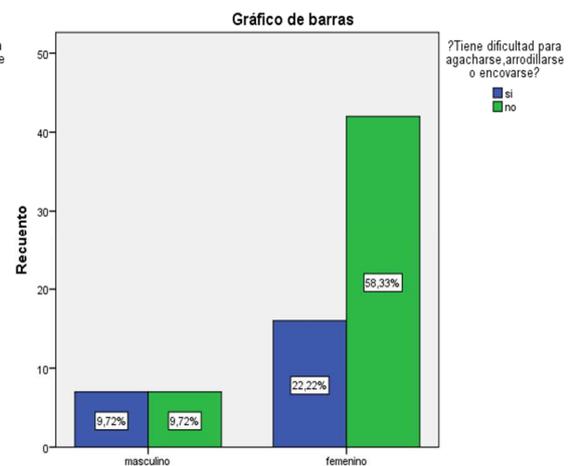
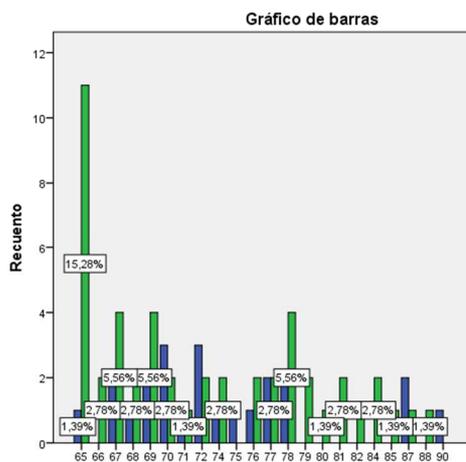
Este análisis nos sirvió para observar que 14 mujeres de nuestra población presentan dificultades entonces podemos decir que el mayor porcentaje de problemas físicos les pertenece a las mujeres. Este hecho coincide con el estudio de Vega García realizado en el año 2000 donde dice que la mujer tiene más dificultad que el hombre con respecto a su movilidad asociándose a problemas relacionados con escoliosis.

Movilidad 2

Tabla 5: Dificultad para agacharse arrodillarse o encovarse.

¿Cuál es la edad?		¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encovarse?		Total
		si	No	
65	Recuento	1	11	12
	% del total	1,4%	15,3%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	2	4	6
	% del total	2,8%	5,6%	8,3%
68	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
69	Recuento	2	4	6
	% del total	2,8%	5,6%	8,3%
70	Recuento	3	2	5
	% del total	4,2%	2,8%	6,9%
71	Recuento	1	1	2
	% del total	1,4%	1,4%	2,8%
72	Recuento	3	2	5
	% del total	4,2%	2,8%	6,9%
74	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
75	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	2	2	4
	% del total	2,8%	2,8%	5,6%
78	Recuento	2	4	6
	% del total	2,8%	5,6%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	2	1	3
	% del total	2,8%	1,4%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	23	49	72
	% del total	31,9%	68,1%	100,0%

		¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encovarse?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	7	7	14
	% del total	9,7%	9,7%	19,4%
femenino	Recuento	16	42	58
	% del total	22,2%	58,3%	80,6%
Total	Recuento	23	49	72
	% del total	31,9%	68,1%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

Si hablamos de problemas lumbares tales como agacharse o encovarse nos damos cuenta que existe una población femenina la cual un 22.22% tiene problemas al agacharse o encovarse, mientras que un 58.33 % de la población femenina no posee ninguna dificultad lumbar.

En la población masculina un 9.72% presenta dificultad física asociada a la columna vertebral, mientras que el otro 9.72% no presenta molestias relacionadas con actividades como agacharse o encovarse.

Este análisis nos permite observar que 14 mujeres de nuestra población presentan dificultades físicas relacionadas con problemas de movilidad, dándole mayor porcentaje de problemas de movilidad a ellas, nuestro resultado concuerda con el análisis estadístico de Cáceres Rodas,

Rhina Ivette realizado en el año del 2004, que detalla a una población del 49% asociado al género femenino sufre problemas de movilidad relacionados con su columna vertebral.

Por lo tanto, la importancia de la investigación radica en buscar estrategias óptimas y de carácter postural para ayudar a las personas adultos mayores que puedan realizar mejor dichas actividades sin llegar a ejercer dificultades mayores, asociando también las técnicas adecuadas para ello.

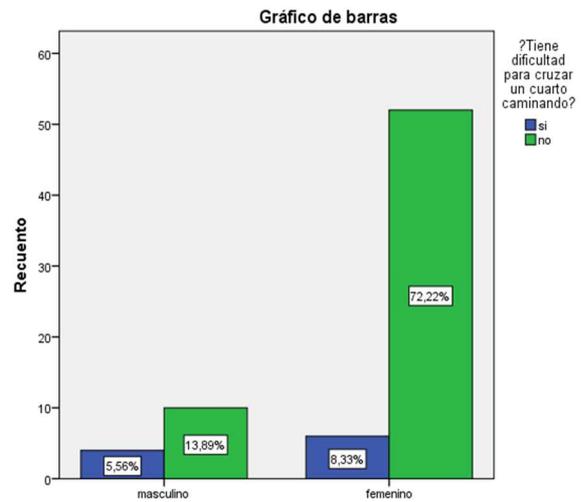
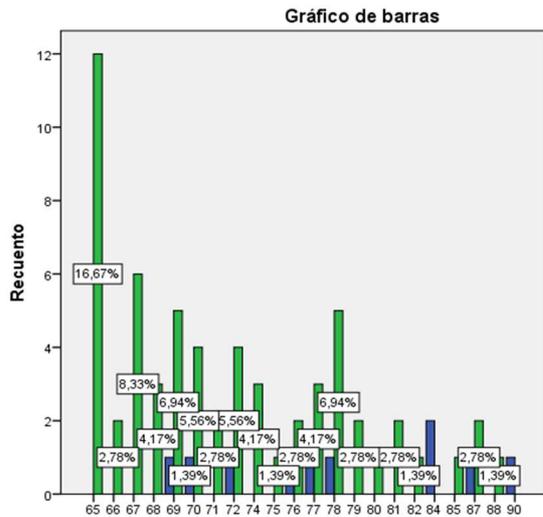
Movilidad 3

Tabla 6: Dificultad para caminar.

¿Cuál es la edad?		¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?		Total
		Si	no	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
70	Recuento	1	4	5
	% del total	1,4%	5,6%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	1	4	5
	% del total	1,4%	5,6%	6,9%
74	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,2%	5,6%
78	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	2	0	2
	% del total	2,8%	0,0%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	10	62	72
	% del total	13,9%	86,1%	100,0%



¿Cuál es el sexo?		¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?		Total
		si	no	
Masculino	Recuento	4	10	14
	% del total	5,6%	13,9%	19,4%
Femenino	Recuento	6	52	58
	% del total	8,3%	72,2%	80,6%
Total	Recuento	10	62	72
	% del total	13,9%	86,1%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

En la siguiente encuesta aplicada, podemos observar que existe una población femenina la cual el 8.33% tiene problemas para caminar mientras que un 72.22 % no presenta ninguna dificultad para caminar.

En la población masculina podemos darnos cuenta que un 5.56% presenta algún tipo de dificultad para caminar mientras que el otro 13.89% no presenta ninguna molestia para dichas actividades.

En el cual 10 mujeres de nuestra población al analizar presentan dificultades para caminar entonces podemos decir que el mayor porcentaje de problemas de movilidad le pertenece a las mujeres. Por tanto en estudios realizados por Guerra en el año 2011 manifiesta que la población adulta de

mujeres tiene problemas en su movilidad, lo que significa que su desplazamiento es más dificultoso, en algunos casos son más complejos en los cuales necesitan de cuidadores que los trasladen de un lugar a otro.

Movilidad 4

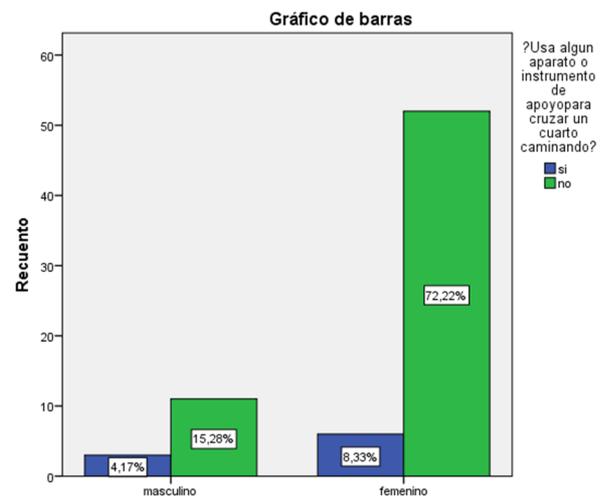
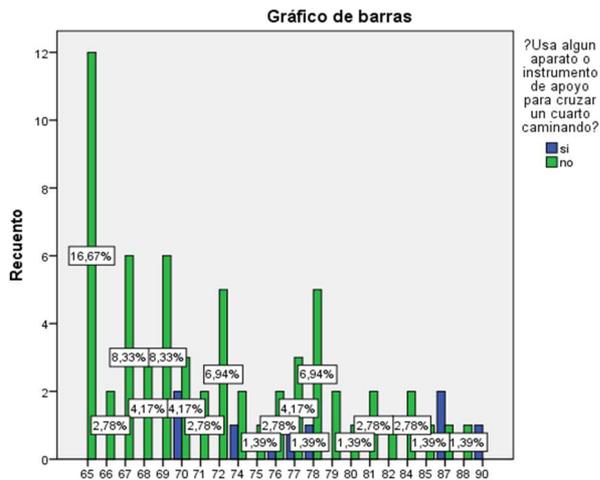
Tabla 7: Uso de instrumento de apoyo para caminar.

¿Cuál es la edad?		¿Usa algún aparato o instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?		Total
		si	no	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
70	Recuento	2	3	5
	% del total	2,8%	4,2%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	6,9%	6,9%
74	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,2%	5,6%
78	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	2	1	3



	% del total	2,8%	1,4%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	9	63	72
	% del total	12,5%	87,5%	100,0%

		¿Usa algún aparato o instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	3	11	14
	% del total	4,2%	15,3%	19,4%
femenino	Recuento	6	52	58
	% del total	8,3%	72,2%	80,6%
Total	Recuento	9	63	72
	% del total	12,5%	87,5%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

En la siguiente encuesta, podemos observar que existe una población femenina la cual el 8.33% tiene problemas para caminar mientras que un 72.22 % no presenta ninguna dificultad para caminar. En la población masculina podemos darnos cuenta que un 4.17% presenta algún tipo de dificultad para caminar mientras que el otro 15.28% no presenta ninguna molestia para dichas actividades.

En el análisis se observó que 9 mujeres de nuestra población presentan dificultades para caminar entonces podemos decir que el mayor porcentaje de problemas de movilidad les pertenece a las mujeres. Concuerta con el estudio realizado por Alma Cortes, *et al*, en el año del 2011, en la cual nos permite verificar la existencia de grupos de adultos mayores que presentan dificultad para caminar de manera muy encima del 50% y disminuyes sus capacidades funcionales al movimiento. Por ende, es importante para la investigación para así verificar el nivel de dificultad de los pacientes que presentan dificultad al caminar y así poder facilitar estrategias que le ayuden un mejor manejo y desenvolvimiento en el entorno.

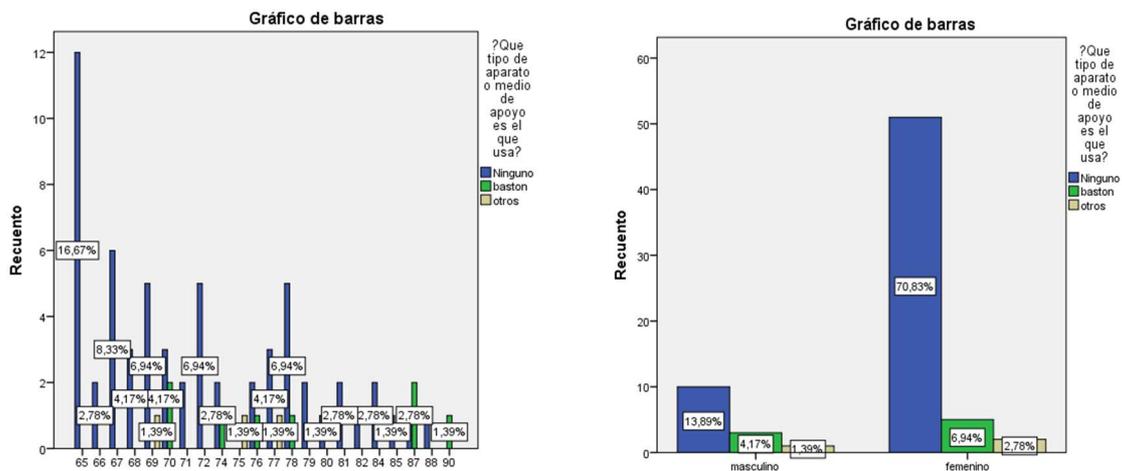
Instrumento de Apoyo 1

Tabla 8: Tipo de Instrumento de apoyo.

¿Cuál es la edad?	¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?			Total
	Ninguno	Bastón	Otros	
65	12	0	0	12
66	2	0	0	2
67	6	0	0	6
68	3	0	0	3
69	5	0	1	6
70	3	2	0	5
71	2	0	0	2
72	5	0	0	5
74	2	1	0	3
75	0	0	1	1
76	2	1	0	3
77	3	0	1	4
78	5	1	0	6
79	2	0	0	2
80	1	0	0	1
81	2	0	0	2
82	1	0	0	1
84	2	0	0	2
85	1	0	0	1
87	1	2	0	3
88	1	0	0	1
90	0	1	0	1
Total	61	8	3	72

¿Cuál es el sexo?		¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?			Total
		Ninguno	Bastón	Otros	
masculino	Recuento	10	3	1	14
	% del total	13,9%	4,2%	1,4%	19,4%
femenino	Recuento	51	5	2	58
	% del total	70,8%	6,9%	2,8%	80,6%
Total	Recuento	61	8	3	72
	% del total	84,7%	11,1%	4,2%	100,0%

Gráfico a



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.

Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

Podemos observar que existe una población femenina la cual el 6.94% utiliza el bastón como medio de apoyo para caminar mientras que un 2,78% utiliza otra herramienta de apoyo y el 70.83% camina perfectamente.

En la población masculina se observa que un 4.17% necesita el bastón como apoyo para poder caminar mientras que un 1.39% utiliza otra herramienta para poder caminar y el 13.89% camina perfectamente.

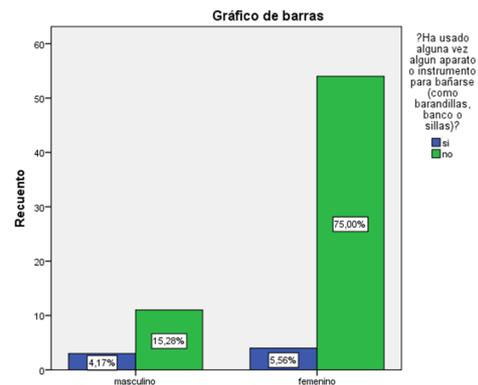
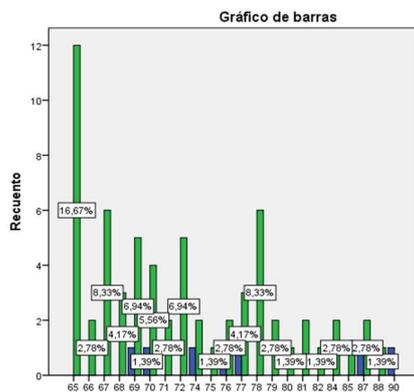
En este análisis se puede determinar que 8 mujeres de nuestra población necesitan ayuda del bastón mientras que las otras 3 utilizan otro tipo de herramienta de apoyo para caminar entonces podemos decir que el mayor porcentaje de problemas de movilidad le pertenece a las mujeres. Concuerta con el trabajo de Sonia Santillan et al en el año del 2002, en la cual mostraron la frecuencia absoluta del uso de los bastones en mayor escala a otros medios de ayuda de desplazamiento en adultos mayores. Por ende, realiza el trabajo en importancia para saber cómo acomodarles a ellos mismos el material, que contengan una guía de cómo se debería intervenir allí.

Instrumento de Apoyo 2

Tabla 9: Instrumento de apoyo para ducharse.

¿Cuál es la edad?		¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas, banco o sillas)?		Total
		si	No	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
70	Recuento	1	4	5
	% del total	1,4%	5,6%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	6,9%	6,9%
74	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,2%	5,6%
78	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
Total	Recuento	7	65	72
	% del total	9,7%	90,3%	100,0%

¿Cuál es el sexo?		¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas, banco o sillas)?		
		si	No	
masculino	Recuento	3	11	14
	% del total	4,2%	15,3%	19,4%
femenino	Recuento	4	54	58
	% del total	5,6%	75,0%	80,6%
Total	Recuento	7	65	72
	% del total	9,7%	90,3%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

Se puede observar que existe una población femenina de la cual el 5.56% utiliza usa herramienta de apoyo para bañarse, mientras que un 75 % no utiliza ningún instrumento de apoyo para bañarse.

En la población masculina podemos observar que un 4.17% necesita alguna herramienta de apoyo para bañarse mientras que el otro 15.28% no necesita herramientas de apoyo para dichas actividades. Este análisis nos sirvió para concluir que 4 mujeres de nuestra población analizada necesitan de una herramienta de apoyo para poder ducharse; se puede decir que el mayor porcentaje de problemas les pertenece a las mujeres. Este análisis concuerda con el de Pamela Elfebein en el año del 2013, que en base al manual que edito, estipulo que los adultos mayores en ciertos rangos usan barandales o bancos, que son los más esenciales que usan según la autora.

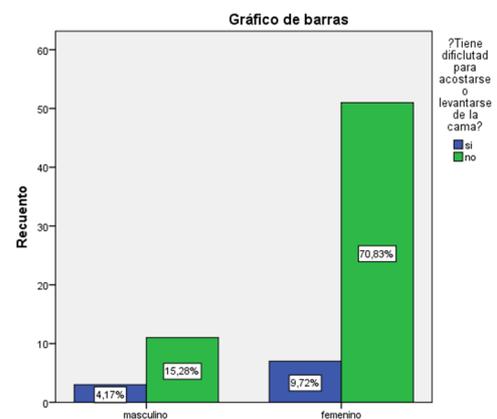
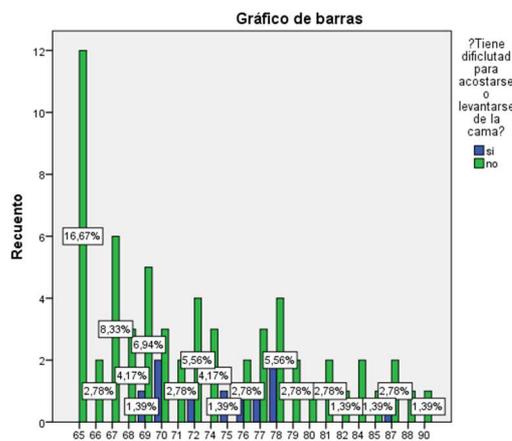
Dificultad

Tabla 10: Dificultad para acostarse o levantarse de la cama.

¿Cuál es la edad?		¿Tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?		Total
		Si	No	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
70	Recuento	2	3	5
	% del total	2,8%	4,2%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	1	4	5
	% del total	1,4%	5,6%	6,9%
74	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
75	Recuento	1	0	1
	% del total	1,4%	0,0%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,2%	5,6%
78	Recuento	2	4	6
	% del total	2,8%	5,6%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%

Total	Recuento	10	62	72
	% del total	13,9%	86,1%	100,0%

¿Cuál es el sexo?		¿Tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?		Total
		Si	No	
masculino	Recuento	3	11	14
	% del total	4,2%	15,3%	19,4%
femenino	Recuento	7	51	58
	% del total	9,7%	70,8%	80,6%
Total	Recuento	10	62	72
	% del total	13,9%	86,1%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación

En la siguiente encuesta aplicada, podemos observar que existe una población femenina la cual el 9.72% tiene problemas para acostarse o levantarse de la cama mientras que un 70.83 % no presenta ninguna dificultad de las antes mencionadas.

En la población masculina se puede observar que un 4.17% presenta algún tipo de dificultad para acostarse o levantarse de la cama mientras que el otro 15.28% no presenta ninguna molestia para dichas actividades antes mencionadas.

De acuerdo al resultado, 7 mujeres de nuestra población a analizar presentan dificultades para acostarse o levantarse de la cama entonces podemos decir que el mayor porcentaje de problemas de movilidad le pertenece a las mujeres.

Concuerda con el estudio realizado por Joaquín Álvarez y Mercedes Molina en el año del 2007, en la cual estableció cierto porcentual establecido en el 32.6% de adultos mayores que se tiene una dificultad para levantarse o acostarse de la cama por sí solo, otros que no podían hacer dicha actividad.

Por lo tanto, el realce a la investigación, la cual nos permite encontrar los medios más eficientes para ayudar a los adultos mayores al levantarse de sus camas.

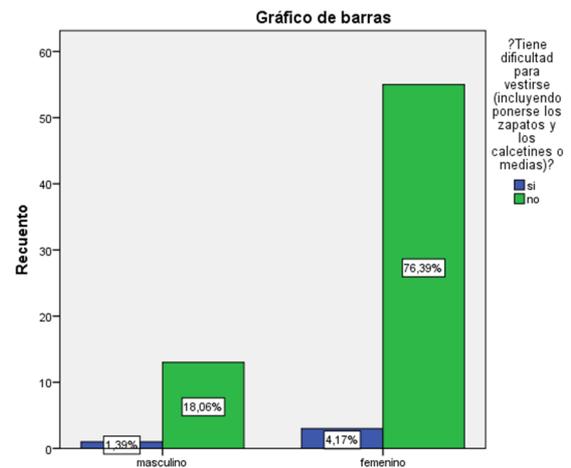
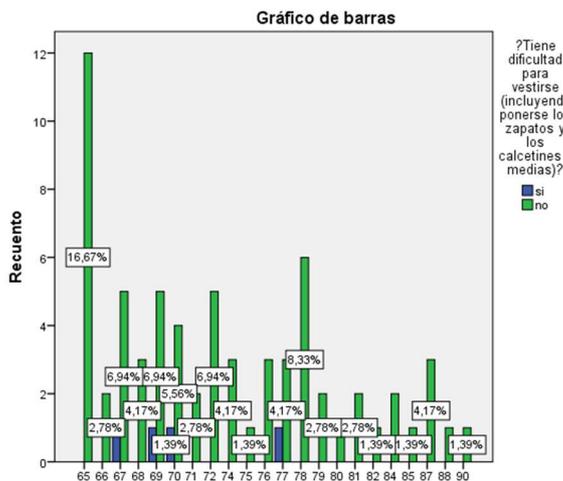
C.- Quehaceres diarios

Vestimenta

Tabla 11: dificultad para vestirse.

¿Cuál es la edad?	¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o medias)?		Total
	si	no	
65	0	12	12
66	0	2	2
67	1	5	6
68	0	3	3
69	1	5	6
70	1	4	5
71	0	2	2
72	0	5	5
74	0	3	3
75	0	1	1
76	0	3	3
77	1	3	4
78	0	6	6
79	0	2	2
80	0	1	1
81	0	2	2
82	0	1	1
84	0	2	2
85	0	1	1
87	0	3	3
88	0	1	1
90	0	1	1
Total	4	68	72

		¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o medias)?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	1	13	14
	% del total	1,4%	18,1%	19,4%
femenino	Recuento	3	55	58
	% del total	4,2%	76,4%	80,6%
Total	Recuento	4	68	72
	% del total	5,6%	94,4%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.

Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación.

Podemos observar que existe una población femenina la cual el 4.17% tiene dificultades para ponerse los zapatos o los calcetines mientras que un 76.39 % no presenta ninguna dificultad.

En la población masculina, el 1.39% presenta problemas para ponerse los zapatos o los calcetines mientras que el 18.06% no presenta ninguna molestia para dichas actividades.

Este análisis sirvió para demostrar que 4 mujeres de nuestra población presentan dificultades para ponerse los zapatos o algún tipo de accesorios en los pies entonces decimos que el mayor porcentaje de problemas para vestirse le pertenece a las mujeres. Concuerta con la investigación realizada por Miguel Leonardo López; Amauri De Jesús Miranda Guerra; Lázaro Luis Hernández Vergel en el año del 2010, en la cual dan en manifiesto que son muy pocos los adultos mayores que poseen problemas para ponerse la ropa y necesitar ayuda para realizar esa actividad. Por lo tanto, apoya a la investigación para contribuir con la mejoría de estas personas en sus actividades diarias, con modelos o guías para que estas puedan desenvolverse mejor y en caso de no hacerlos, hallar estrategias para mejorar su calidad de vida.

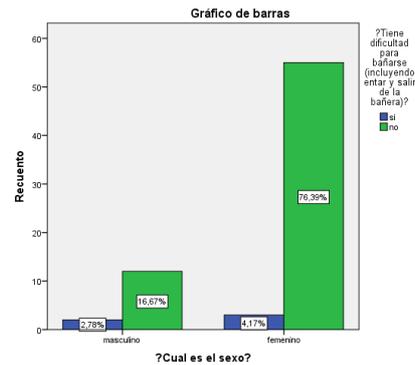
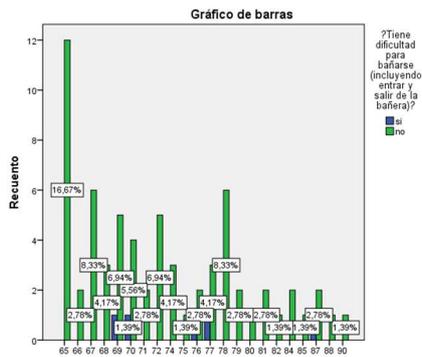
Aseo.

Tabla 12: Dificultad para Bañarse.

¿Cuál es la edad?		¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?		Total
		Si	No	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
70	Recuento	1	4	5
	% del total	1,4%	5,6%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	6,9%	6,9%
74	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	1	3	4
	% del total	1,4%	4,2%	5,6%
78	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
Total	Recuento	5	67	72
	% del total	6,9%	93,1%	100,0%



¿Cuál es el sexo?		¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	2	12	14
	% del total	2,8%	16,7%	19,4%
femenino	Recuento	3	55	58
	% del total	4,2%	76,4%	80,6%
Total	Recuento	5	67	72
	% del total	6,9%	93,1%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación.

En la población femenina existe un 4.2% con problemas para bañarse, el 76.4 % no presenta ninguna dificultad para bañarse.

En la población masculina podemos darnos cuenta que un 2.8% presenta algún tipo de dificultad para bañarse mientras que el otro 16.7% no presenta ninguna molestia para dichas actividades.

Este análisis concluye que 3 mujeres de nuestra población a analizar presentan dificultades para bañarse salir o entrar de la bañera entonces podemos decir que el mayor porcentaje de problemas de movilidad le pertenece a las mujeres. Concuerta con el análisis de Miguel López & Amauri Gonzales del año 2010, en que los adultos mayores, por lo regular son independientes a la hora de la bañarse. La importancia para la investigación radica en que a pesar de la soltura e independendia se deben de intervenir con el fin de introducir una higiene adecuada estas personas.

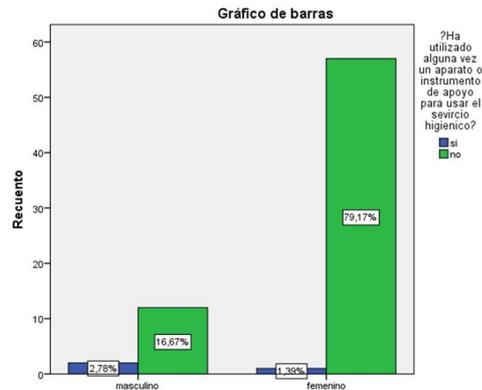
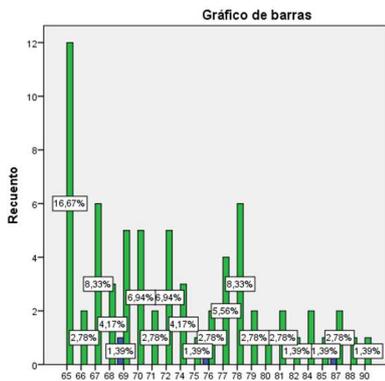
Aseo 2.

Tabla 13: Uso de instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico.

¿Cuál es la edad?		¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico?		Total
		Si	No	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
70	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	6,9%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	6,9%	6,9%
74	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
77	Recuento	0	4	4
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%
78	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
Total	Recuento	3	69	72
	% del total	4,2%	95,8%	100,0%



¿Cuál es el sexo?		¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico?		Total
		Si	No	
masculino	Recuento	2	12	14
	% del total	2,8%	16,7%	19,4%
femenino	Recuento	1	57	58
	% del total	1,4%	79,2%	80,6%
Total	Recuento	3	69	72
	% del total	4,2%	95,8%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación.

En la siguiente encuesta aplicada podemos observar que existe una población femenina la cual el 1.39% tiene que usar un instrumento de apoyo para utilizar el sanitario mientras que un 79.17 % no necesita ninguna herramienta de apoyo para usar el sanitario.

En la población masculina el 2.78% necesita de algún aparato de apoyo para utilizar el sanitario mientras que el otro 16.67% no necesita ninguna herramienta de apoyo para utilizar el sanitario.

En este análisis se observó que 2 hombres de nuestra población presentan dificultades para utilizar el sanitario entonces podemos decir que el

mayor porcentaje de problemas para utilizar en sanitario le pertenece a los hombres. Concuera con el estudio realizado por Joaquín Álvarez Y Mercedes Molina en el año 2007, en la cual concuerdan que pocos son los adultos mayores que experimentan este tipo de dificultades.

Por lo tanto, esto nos ayuda a la investigación para hacer realce de cada uno de los datos, en relevancia con los datos a obtener.

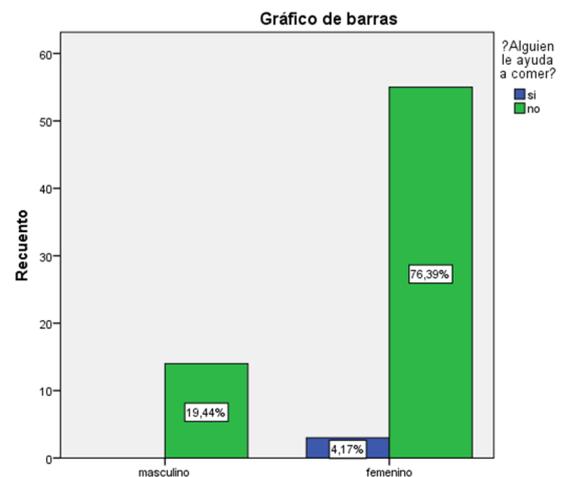
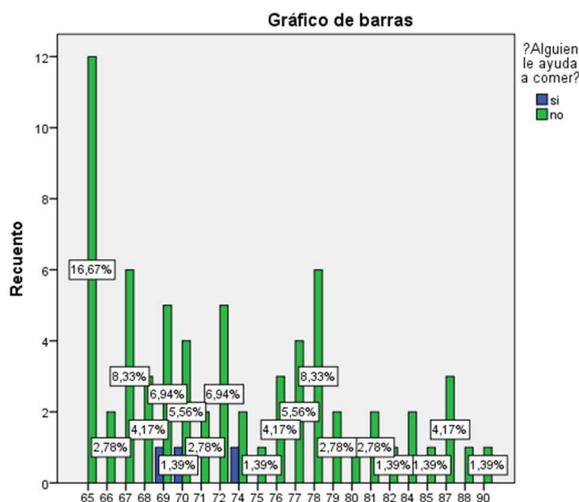
D.- Alimentación

Tabla 14: Ayudar a ingerir alimentos.

¿Cuál es la edad?		¿Alguien le ayuda a comer?		Total
		Si	No	
65	Recuento	0	12	12
	% del total	0,0%	16,7%	16,7%
66	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
67	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
68	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
69	Recuento	1	5	6
	% del total	1,4%	6,9%	8,3%
70	Recuento	1	4	5
	% del total	1,4%	5,6%	6,9%
71	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
72	Recuento	0	5	5
	% del total	0,0%	6,9%	6,9%
74	Recuento	1	2	3
	% del total	1,4%	2,8%	4,2%
75	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
76	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
77	Recuento	0	4	4
	% del total	0,0%	5,6%	5,6%
78	Recuento	0	6	6
	% del total	0,0%	8,3%	8,3%
79	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
80	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
81	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
82	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
84	Recuento	0	2	2
	% del total	0,0%	2,8%	2,8%
85	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
87	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	4,2%	4,2%
88	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
90	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,4%	1,4%
Total	Recuento	3	69	72
	% del total	4,2%	95,8%	100,0%



¿Cuál es el sexo?		¿Alguien le ayuda a comer?		Total
		si	no	
masculino	Recuento	0	14	14
	% del total	0,0%	19,4%	19,4%
femenino	Recuento	3	55	58
	% del total	4,2%	76,4%	80,6%
Total	Recuento	3	69	72
	% del total	4,2%	95,8%	100,0%



Fuente: Club de Adultos Mayores pertenecientes al Distrito de Salud 13 D02.
Elaborado por: María Carolina Palacios Valencia, Noviembre 2018-Febrero 2019.

Análisis e Interpretación.

En cuanto a la ingesta de nutrientes se observa que existe una población femenina la cual el 4.17% tiene problemas para ingerir alimentos mientras que un 76.39 % no presenta ninguna dificultad ingerir alimentos.

En la población masculina podemos darnos cuenta que ninguna persona de nuestra muestra presenta dificultades para comer dando un total de 19.44% de la población que ingiere alimentos sin ninguna dificultad.

Como análisis final nos dimos cuenta que 3 mujeres de nuestra población al analizar presentan dificultades para ingerir alimentos entonces

decimos que el mayor porcentaje de problemas de salud les pertenece a las mujeres.

Concuerda con los resultados obtenidos en base al estudio de Joaquín Álvarez y Mercedes Molina en el año 2007, que estableció un porcentual de 11.9% de personas con dificultad para comer y determino que existen más personas hábiles aun en esta actividad con un porcentual del 97% y pocas que no lo son aún la cantidad que ya se mencionó antes.

Por lo tanto, es importante el trabajo de investigación para poder saber qué hacer en caso de que existan adultos mayores con dificultad para comer o deglutir, y solicitar ayudas pertinentes a profesionales adicionales.

2.7. Significancia de estudio

Correlaciones no paramétricas

Locomoción

Como el coeficiente de Rho de Spearman es de 0.642** de acuerdo al coeficiente de correlación existe **una buena correlación**. Además, el nivel de significancia es menor a ($p= 0,01$) esto significa que existe relación entre las variables de locomoción con la edad que tiene -166 lo que significa que es Correlación negativa perfecta.

Tabla 15: Correlaciones no paramétricas.

		¿Tiene dificultad al estar sentado por dos horas?	¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encovarse?	¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?	¿Cuál es la edad?
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1.000	.642**	.412**	-.166
	¿Tiene dificultad al estar sentado por dos horas?	.	.000	.000	.163
	Sig. (bilateral)				
	N	72	72	72	72
	Coeficiente de correlación	.642**	1.000	.328**	-.119
	¿Tiene dificultad para agacharse, arrodillarse o encovarse?	.000	.	.005	.321
	Sig. (bilateral)				
	N	72	72	72	72
	Coeficiente de correlación	.412**	.328**	1.000	-.305**
	¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?	.000	.005	.	.009
	Sig. (bilateral)				
	N	72	72	72	72
Coeficiente de correlación	-.166	-.119	-.305**	1.000	
¿Cuál es la edad?	.163	.321	.009	.	
Sig. (bilateral)					
N	72	72	72	72	

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



Tabla 16: Instrumento de apoyo.

Correlaciones

		¿Cuál es el sexo?	¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?	¿Usa algún aparato o instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?	¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas, banco o sillas)?	¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico?	
Rho de Spearman	¿Cuál es el sexo?	coeficiente de correlación sig. (bilateral)	1.000	-.180	.133	.194	.249*
			.	.131	.267	.102	.035
		n	72	72	72	72	72
	¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?	coeficiente de correlación sig. (bilateral)	-.180	1.000	-.862**	-.628**	-.495**
			.131	.	.000	.000	.000
		n	72	72	72	72	72
	¿Usa algún aparato o instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?	coeficiente de correlación sig. (bilateral)	.133	-.862**	1.000	.726**	.342**
			.267	.000	.	.000	.003
		n	72	72	72	72	72
	¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas, banco o sillas)?	coeficiente de correlación sig. (bilateral)	.194	-.628**	.726**	1.000	.401**
			.102	.000	.000	.	.000
		n	72	72	72	72	72
¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio higiénico?	coeficiente de correlación sig. (bilateral)	.249*	-.495**	.342**	.401**	1.000	
		.035	.000	.003	.000	.	
	n	72	72	72	72	72	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

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

Como el coeficiente de Rho de Spearman es de 0.249** de acuerdo al coeficiente de correlación existe **baja correlación**. Además, el nivel de significancia es menor a (p= 0,01) esto significa que existe relación entre las variables de utilización de instrumento con respecto al sexo 1.000 es perfecta.



Tabla 17: Correlaciones.

		¿Cuál es la edad?	¿Alguien le ayuda a comer?	¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?	¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o medias)?	
Rho de Spearman	¿Cuál es la edad?	1.000	.027	-.112	.057	
		Coeficiente de correlación				
		Sig. (bilateral)	.	.823	.348	.634
		N	72	72	72	72
	¿Alguien le ayuda a comer?	.027	1.000	.216	.253*	
		Coeficiente de correlación				
		Sig. (bilateral)	.823	.	.068	.032
		N	72	72	72	72
	¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?	-.112	.216	1.000	.411**	
		Coeficiente de correlación				
		Sig. (bilateral)	.348	.068	.	.000
		N	72	72	72	72
¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o medias)?	.057	.253*	.411**	1.000		
	Coeficiente de correlación					
	Sig. (bilateral)	.634	.032	.000	.	
	N	72	72	72	72	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

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

Como el coeficiente de Rho de Spearman es de 0.57** de acuerdo al coeficiente de correlación existe **correlación moderada**, Además el nivel de significancia es menor a (p= 0,01) esto significa que existe relación entre las variables de que hacer diario con respecto al edad 1.000 es perfecta. Por tanto, la utilidad de la prueba de coeficiente de correlación de rangos de Spearman en el campo de la medicina aporta una respuesta cuantificable a la relación que en momentos determinados pueda existir entre dos variables, siendo esta un punto de partida para pronósticos y predicciones en problemas prácticos de salud

CAPITULO III

3.1. Diseño de la propuesta.

Título.

Plan de acción de intervención educativa en autocuidado a grupos de adultos mayores en centros ambulatorios pertenecientes al Distrito 13D02.

3.2. Introducción.

Se considera adulto mayor a la persona mayor de 65 años, el envejecimiento se presenta como una tendencia universal, aunque su intensidad varía en las distintas poblaciones; los países desarrollados presentan un número elevado de personas mayores con respecto a los países en vías de desarrollo; sin embargo, se prevé que el ritmo de envejecimiento de la población en estos últimos se acelere en forma especialmente rápida.

El envejecimiento es un proceso donde influyen factores biológicos, psicológicos y sociales, alimentación adecuada, practica regular de ejercicio, consumo de tabaco, alcohol, además intervienen las actividades recreativas, que tienen impacto en la salud y calidad de vida de las personas adultas mayores.

Frecuentemente para las familias el adulto mayor se convierte en un estorbo, el cual en muchos casos es remitido a centros de atención donde posteriormente dejan de ser visitados o no se les da el cuidado necesario, en cuanto a la sociedad no se puede esperar mucho ya que se encuentra sumida en sus propios problemas que olvida a los niños tanto como a los adultos mayores.

Los adultos mayores deben hacer ejercicio corporal hoy en día no pueden esperar, que el tiempo se termine, ellos no saben si pueden asistir a los programas que se desarrollen en un futuro, quizás llegan a enfermarse,



queden discapacitados o simplemente ya no estén, esa es la realidad y conviene no ignorarla ni disimularla.

La atención a esta edad constituye uno de los retos fundamentales de las instituciones de seguridad social, salud comunitaria, en general el estudio de las ciencias puede llegar a contribuir un mayor conocimiento de la persona adulta.

La educación para los adultos merece un análisis especial en cuanto a la etapa de la pre jubilación como período apropiado para nociones capaces de variar radicalmente sus consecuencias cuando se actúa debidamente sobre él, encaminando los intereses del individuo hacia los aspectos extra laborales que deben sustituir en su momento a la actividad de la cual la persona se desvincula al dejar el trabajo definitivamente.

3.3. Justificación.

A lo largo de la vida, los seres humanos atraviesan ciclos normales hasta llegar a la muerte; estos ciclos son llamados infancia, adolescencia, adultez, vejez; aunque hay una gran controversia por la definición de cada una de estas etapas, sobre todo en la vejez; porque numerosos estudios han dado resultados psicológicos negativos, cuando a una persona mayor de 60 o 65 años se le da el estrato de “viejo”; está en constante controversia, por esto se ha determinado implementar el término adulto mayor para toda persona mayor de 60 años.

En todo proceso evolutivo los seres humanos exteriorizamos poniendo en evidencia muchas manifestaciones psicosociales que son producto del paso del tiempo, el proceso de envejecimiento sigue siendo parte del ciclo vital, en esta etapa es donde el adulto mayor se encuentra en la carrera contra el tiempo, esto significa que para los adultos mayores es un desafío social y psicológico esto llega a complicarse más cuando las características personales y las experiencias adquiridas a lo largo del ciclo de vida, son parte de la adaptación de cada adulto.



3.4. Objetivos.

3.4.1. Objetivo General.

- Diseñar un plan de acción en el autocuidado del adulto mayor que contribuya a mejorar su calidad de vida en los centros ambulatorios de la ciudad de Manta.

3.4.2. Objetivos Específicos.

- Ampliar conocimiento sobre autocuidado del adulto mayor
- Implementar herramienta educativa en población Adulta mayor para un envejecimiento saludable.
- Realizar cronograma de temas sobre autocuidado del adulto mayor que ayuden a elevar su calidad de vida para un envejecimiento saludable.

3.5. Beneficios.

Los principales beneficiarios serán los adultos mayores que pertenecen a los centros ambulatorios de Manta.

3.6. Ubicación.

El plan de acción será aplicado en los centros ambulatorios de la ciudad de Manta.

3.7. Tiempo.

El plan de acción será aplicado en forma inmediata y no establece un tiempo de finalización ya que se sostiene que sea utilizada, actualizada y modificada cada vez y cuando sea necesario debido a que es una educación continua.

Responsable

María Carolina Palacios Valencia

3.8. Desarrollo de la propuesta.

Tema	Actividad	Recursos humanos y recursos materiales
Estilo de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> -Limite el consumo de sal. -Limite el consumo de azúcares. -Comer variado masticando bien los alimentos. -Evite el consumo excesivo de grasas. -Coma 5 raciones de frutas y verduras por día de distinto tipo y color. -Coma las 4 comidas, no saltee ninguna. Las colaciones dependerán de las Necesidades e indicaciones de su médico. -Controle su peso. -Evite acostarse apenas termina de cenar. 	<p>Recursos humanos</p> <p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personal de enfermería. -Adultos mayores.
Cuidado de la piel	<ul style="list-style-type: none"> -Realizarse baños diarios, secar bien en los pliegues y entre los dedos. -Utilizar cremas hidratantes después del baño. -Usar jabones suaves para el aseo personal. -Tomar abundante líquido. 	<p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Infocus -
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar ejercicios físicos moderados recomendable 30 minutos diarios. -Si se tiene dificultades de movilidad se debe dedicar de 3 o más días de la semana en realizar actividad física para permitir la mejora del equilibrio y evitar así las caídas. -Realizar actividades de fortalecimiento muscular como por ejemplo la natación. 	<p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Infocus -
Higiene bucal en adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> -Cepillar los dientes por lo menos dos veces al día bien sea con un cepillo eléctrico o manual de preferencia con cerdas suaves. -Usar enjuagues bucales después de cada cepillado. -Utilizar hilo dental al menos una vez al día para limpiar los espacios interdentes. -Si se utiliza prótesis removible, hay que limpiarla a diario de forma adecuada, preferiblemente por la noche ya que conviene quitarla por al menos cuatro horas diarias. -Visitar regularmente al odontólogo para que realice una revisión dental completa. - La falta de piezas dentarias o el uso de prótesis defectuosas nos hace elegir Alimentos blandos, esto puede alterar la calidad de la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - - Lapiceros -Lápices -Borrador -Hojas



Cuidados del adulto mayor en el alzheimer	-Leer a diario. -Realizar manualidades.	- Marcadores -Trípticos -Listerine -Cremas - Pastilleros -Alicates
Cuidados de las uñas	-Mantener uñas cortas. -Mantener las uñas limpias. -Limar las uñas	
Pastillero	-Mantener sus medicamentos organizados para evitar que el día y la hora de los mismos se pase.	
Medicación	-Importante tomar la medicación sin olvidarse ya que el organismo se vuelve inmunoresistente a los mismos. -No auto medicarse las enfermedades se pueden agravar poniendo en riesgo la salud.	



3.8.1. Estilos de vida saludable.

Con el paso de los años los estilos o hábitos de vida saludable forman un papel importante en esta edad y están relacionados con la alimentación una vida sedentaria, ausencia de vínculos sociales , entre otros los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, es importante cuida la salud desde temprana edad apelando la prevención de modo que llegada la tercera edad las funciones se perciben en el menor tiempo posible desacelerando el desarrollo cognitivo y con un estado emocional que ayude a buscar el otro lado de la moneda durante las adversidades de la vida (Negrete, 2016).

PIRAMIDE ALIMENTARIA PARA EL ADULTO MAYOR



- Limite el consumo de sal: se debe controlar la sal en los adultos mayores ya que el consumo excesivo de sodio es una de las principales causas de enfermedades cardíacas, aumentando el riesgo de hipertensión arterial y empeorando los síntomas asociados a enfermedades del corazón (oms, 2016).
- Límite del consumo de azúcares: El consumo excesivo de azúcar en el adulto



mayor está asociado a un mayor riesgo de obesidad, diabetes y un deterioro de la salud dental, entre otras muchas cosas. El consumo de azúcares no debe superar el 10% de la ingesta calórica total diaria, lo que equivale a 50 g de azúcar o 12 cucharadas de café al día (el nuevo herald, 2015).

- Evite el consumo excesivo de grasas: Al consumir alimentos con alto contenido de grasa se pueden elevar los niveles de colesterol aumentando el riesgo de aterosclerosis e infartos en los adultos mayores es decir reduciendo la esperanza de vida ya que al consumir demasiadas cantidades de grasa forzamos a ciertos órganos del cuerpo a trabajar con más frecuencia de la que suelen hacerlo normalmente produciendo daños graves.
- Comer lento y masticar bien los alimentos: Se producen varias alteraciones en los patrones masticatorios de los ancianos, tanto en los movimientos masticatorios individuales como en la secuencia de masticación, la actividad de los músculos en la mandíbula esta significativamente deprimida en los ancianos, esto afecta la capacidad de masticación en determinados tipos de alimentos, la disminución en la fuerza de la mandíbula podría reducir la capacidad de disolver la comida, la disminución de la velocidad en la secuencia de masticación en los ancianos puede verse como una forma de compensar la debilidad muscular como una conducta adaptativa, la nutrición de los adultos mayores debe programarse en función de la actividad físico psicológica que desarrolla cada uno de ellos, dicha actividad puede ser muy referente en este grupo , para que esto se pueda cumplir el aparato masticador debe funcionar correctamente, lo que significa que las personas mayores deben tener sus dientes naturales o sus prótesis en buenas condiciones (Mioche L, 2002).
- Comer frutas y verduras: para el envejecimiento y daño celular se recomienda incluir en la dieta diaria tres porciones de frutas y dos raciones de vegetales considerando variedad de colores alimentos ricos en vitamina C como frutillas, moras, frambuesas, arándanos, durazno, piña entre otros, todo esto acompañado de una vida sana sin consumo de alcohol y tabaco esto ayuda a que los adultos mayores lleven una mejor calidad de vida.



- Comer todas las comidas diarias: Se da tres tiempos de comida principales y dos meriendas durante el día, estas deben contener frutas, jugos naturales, café diferentes tipos de te, galletas para la tarde y carnes.



- Control de peso: Es importante llevar un control riguroso de peso en el adulto mayor ya que la mayoría de las complicaciones aparecen por el sobrepeso como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares.
- Evitar siestas después de cada comida: Importante no acostarse después de ingerir alimentos ya que el cuerpo no hace la correcta digestión forzando a los órganos del adulto mayor a trabajar con mayor frecuencia produciendo una mala digestión, lo correcto es esperar treinta minutos antes de tomar una siesta para prevenir complicaciones en nuestro organismo.



3.8.2 Cuidados de la piel.

La piel es el órgano más grande del cuerpo y el más visible con el avance del tiempo pierde elasticidad volviéndose más frágil y sensible es importante hidratar al adulto mayor para que si piel se encuentre protegida que precipiten su envejecimiento



en lo posible se debe usar neutro, cortarse las uñas manteniéndolas limpias para un buen cuidado (Larralde, 2006).

- Realizarse baños diarios: Para que la piel se conserve sana, es importante que el adulto mayor realice el aseo diario ya que una piel limpia mantendrá a la persona más animada y aumentará la defensa contra infecciones cutáneas y otras úlceras que reducen la autoestima del anciano (Martinez, 2016).



- Utilizar cremas hidratantes: el uso de cremas hidratantes en los adultos mayores es importante ya que repara, suaviza la piel protegiéndola de los factores ambientales, debe aplicarse sobre la piel mediante un masaje que ayude a estimular la circulación y favorezca la absorción del producto en los poros, se recomienda el uso de crema con nueces o almendras ya que ayudan a mantener la piel fresca y suave.





- Usar jabones suaves para el aseo personal: En los adultos mayores se recomienda el uso de jabones con glicerina suaves que no contengan detergentes o alcohol, así no irritan, no deshidratan, por eso mantienen perfectamente la piel, con sustancias emolientes y enriquecidas en lípidos que nutren la piel, restaurando la barrera cutánea que es la que protege evitando la deshidratación (Eslava, 2016).
- Tomar abundante líquido: Las necesidades de agua aumentan durante la vejez. Por eso, es imprescindible que el adulto mayor beba al menos 2.5 litros de agua diariamente e incluya frutas y verduras en su dieta. Además, la hidratación se debe favorecer desde el exterior de la dermis, con cremas hidratantes para ancianos (Bioxan, 2017).



3.8.3. Actividad física.

La clave para un envejecimiento exitoso es muy importante hoy en día para promover y facilitar un aumento de la actividad física desde temprana edad, sugiero que los adultos mayores dediquen 150 minutos semanales en actividad física moderada, la caminata es una de las mejores opciones, ya que favorece la sensación de seguridad, mejora el equilibrio, aumenta la velocidad de desplazamiento, reduce el estrés y el riesgo de enfermedades cardíacas, mantiene el peso adecuado y disminuye la sensación de fatiga, también existen otras opciones como bailar, nadar el tiempo de las actividades debe ser recomendado por su médico de confianza especialmente si se tiene antecedentes de lesiones importantes (Negrete D. , 2016).



- Realizar ejercicios físicos moderados recomendable 30 minutos diarios: Durante la tercera edad se debe tener un estilo de vida saludable esto refiere a que es necesario incluir ejercicios que beneficien la salud de las personas como por ejemplo realizar caminatas diarias, trotes, marcha y aeróbicos.



- Rehabilitación física: Se llevará a cabo tomando en cuenta las contraindicaciones de la actividad física para no arriesgar al paciente, así como previamente se deberán realizar todas las valoraciones médicas, psicológicas, funcionales, y las que se crean necesarias, una vez hecho lo anterior se iniciará el trabajo físico 3 veces por semana sin exceder los 30 min diarios, mismos que se incrementarán conforme la condición física de los ancianos (Garita, 2015).

El horario preferente será de 8:00 a 10:00 a.m. ó de 6:00 a 8:00 p.m.





- Fortalecimiento muscular: El entrenamiento de fuerza es una parte integral de un programa de ejercicio bien diseñado y es recomendado para ambos sexos especialmente para adultos y personas de la tercera edad, el entrenamiento de resistencia tiene muchos beneficios y es un elemento esencial para prevenir el debilitamiento de sus músculos (osteoporosis), pérdida muscular relacionada con la edad (sarcopenia), rango de movimiento limitado, dolores y malestares (Mercola, 2014).

Las caminatas ligeras no son suficientes para mantener el tono muscular, salud ósea, equilibrio y postura. Si no está comprometido en un programa de entrenamiento de fuerza, es muy probable que disminuya drásticamente su movimiento corporal con la edad ejemplos de ejercicios que fortalecen los músculos incluyen el yoga, ejercicios de peso corporal y entrenamiento de resistencia mediante el uso de bandas elásticas y/o pesas o maquinas, el entrenamiento con pesas súper lento proporciona mayores beneficios que el entrenamiento en intervalos de alta intensidad (anaeróbico) y podría ser una forma más apta del ejercicio de alta intensidad para los adultos mayores (Mercola, 2014).



3.8.4. Higiene bucal en adultos mayores.

Muchos problemas de salud como los problemas bucales son productos de una mala higiene por lo tanto es primordial adquirir una vez al año al odontólogo para que este lleve un control sobre su salud bucal, si el adulto mayor no mantiene una correcta higiene bucal puede sufrir graves consecuencias como la enfermedad de las encías,



gingivitis, periodontitis, caries, mal aliento, cáncer en la boca, entre otros por lo tanto es recomendable llevar un control de su higiene y no olvidarse de usar hilo dental y enjuague bucal al menos una vez al día (Colgate, 2018).

- Cepillar los dientes por lo menos dos veces al día bien sea con un cepillo eléctrico o manual de preferencia con cerdas suaves: En los adultos mayores el cepillado debe ser por lo menos 30 minutos después de ingerir alimentos especialmente antes de ir a dormir ya que es mientras se duerme que hay poca producción de saliva lo cual favorece el desarrollo de bacterias y placa con el cepillado diario se evitara el desarrollo de posibles enfermedades graves a nivel bucal (Ruiz, 2017).



- Uso de enjuague bucal después de cada cepillado: Como adulto mayor el enjuague bucal ayudara a que aumente la producción de saliva evitando la proliferación de bacterias, manteniendo las encías sanas por eso es recomendable usar enjuague bucal después de cada cepillado (Listerine, 2018).



- Usar hilo dental: Para el adulto mayor el uso del hilo dental al menos una vez al día es importante deben hacerlo antes de cepillarse los dientes ya que remueve la placa que se encuentra entre sus dientes y sobre las encías evitando así que las enfermedades como la periodontitis o incluso el mal aliento sean parte del proceso de envejecimiento (ADAM, 2016).
- Limpieza de prótesis dental: Mantener una limpieza de la prótesis dental removible es vital para mantener la buena salud bucal del adulto mayor, para tal efecto se podría utilizar un cepillo para la prótesis de cerdas duras, jabón líquido pastillas efervescentes para la limpieza de prótesis y un recipiente donde quepa la misma para su limpieza con agua tibia, con la higiene se logra la eliminación de residuos tanto blandos como clasificados y también su desinfección reduciendo la posibilidad de irritación de la mucosa y caries (Ruiz, 2017).



- Visitar al odontólogo: Se recomienda que el adulto mayor visite al dentista cada seis meses o cuando sea necesario las visitas regulares pueden ayudar a detectar problemas dentales de forma temprana y empezar el tratamiento oportuno, es importante cuidar la salud bucal del adulto mayor para no afectar su esfera psicosocial ya que de lo contrario se limitaría su capacidad de hablar sonreír y socializar (Medlineplus, 2018).



- Falta de piezas dentarias: En los adultos mayores la pérdida dentaria se hace más vulnerable debido al consumo de algunos medicamentos los cuales tienen efectos colaterales como caries, infecciones micóticas, en los ancianos esto es más propenso a ocurrir en los adultos mayores que viven solos o aislados incluso marginados, la destrucción progresiva de la dentadura será más rápida debido a la dificultad para realizar la higiene o la revisión para tratamiento de las piezas dentarias (Ruiz, 2017).

3.8.5. Cuidados del adulto mayor en el Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Se trata de una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que



se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por la pérdida de neuronas y de la conexión que existe entre ellas, a lo cual denominamos “sinapsis” (Siempre, s.f.).

Este deterioro se expresa clínicamente como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresivo, que habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama y totalmente dependiente (Donoso, 2003).

- Leer a diario: mantener la mente activa es fundamental para conservar las funciones intelectuales en la tercera edad, leer es una forma de proteger el bienestar mental de las personas mayores además de que neurólogos y psicólogos recomiendan la lectura como método preventivo del alzhéimer y otras enfermedades neurodegenerativas, leer aporta grandes beneficios a las personas mayores.
- Realizar manualidades: muchos mayores tienen demasiado tiempo libre el cual no saben en que emplear y puede llegar a ser perjudicial si no se tiene nada que hacer y se llega a tener una depresión al ya no sentirse útil una manera de evitar esto es realizando manualidades que mantengan a las personas mayores entretenidas y ocupadas durante largos periodos de tiempo.

3.8.6. Cuidado de las uñas.

Las uñas están hechas de queratina y son más importantes de lo que creemos para nuestra salud (Orpea, 2017).

- Mantener las uñas cortas: el instrumental necesario para cortar las uñas de los adultos mayores comprende un alicate se debe aconsejar a los pacientes que corten sus uñas con un corte transversal lento que limen los bordes siguiendo el contorno de los dedos y que nunca corten hacia los ángulos, los bordes cortados deben ser alisados con una lima de uñas (Nancy, 2010).



- Mantener las uñas limpias: Es importante que los adultos mayores mantengan sus uñas debidamente limpias ya que en las uñas se pueden alojar muchas bacterias peligrosas.
- Limar las uñas: Los adultos mayores deben limar sus uñas por motivo que mientras la edad avanza la piel tiende a ponerse delicada y el llevar las uñas largas puede ser un causante de daños en la piel.

3.8.7. Uso del Pastillero.



El uso de un pastillero por parte de los adultos mayores mejora en un 30 por ciento su adherencia al tratamiento ya que lo integran en su rutina diaria y actúa como un apoyo en la responsabilidad del autocuidado del paciente, algunos adultos mayores son consumidores de al menos unos siete fármacos al mes e incumplidores con sus tratamientos para patologías crónicas como tensión arterial, diabetes, dislipemia, dolor crónico y depresión o ansiedad.

- Mantener sus medicamentos organizados para evitar que el día y la hora de los mismos se pase: Un pastillero es la mejor herramienta con la que se puede contar como para mantener el medicamento de las personas de la tercera edad y de forma que se pueda tener para cada momento del día o a la hora que le toque tomar el tratamiento (Salud cuidado y bienestar, 2017).

3.8.8. Medicación.

El paso de los años y la aparición progresiva de alteraciones y enfermedades crónicas, provocan un aumento del consumo de fármacos y, en la mayoría de los casos, la toma de varios medicamentos al mismo tiempo (Barcelona, 2017).



Éste es el principal motivo por el cual las personas mayores representan uno de los grupos de población con riesgo elevado de presentar problemas relacionados con los medicamentos (Farmaceutic, 2017).

- No auto medicarse: Hay una importante prevalencia de ancianos que se auto medican, acumular fármacos en los domicilios es una práctica muy extendida. Es necesario la educación sanitaria por diferentes ámbitos, farmacéuticos y profesionales, el uso responsable de la medicación tanto crónica como en la automedicación, pese a la necesidad de promover el autocuidado, es necesario que los profesionales sensibilicen a los adultos mayores sobre los efectos nocivos de la automedicación (Maria Sánchez Giralt, 2009).



CONCLUSIONES

- **Fundamentar las bases epistemológicas de la investigación**

Con la investigación se logró organizar las bases epistemológicas mediante la estructura sincrónica reconociendo sus antecedentes de investigación y justificando la misma así mismo con la estructura diacrónica. Se enmarco la metodología que se aplicó en el estudio. Utilizando las encuestas validada como fue *SABE 2009*.

- **Caracterizar la situación actual del autocuidado del adulto mayor en grupos gerontológicos.**

En cuanto a los problemas de locomoción tenemos.

En movilidad existe una mayor dificultad en las mujeres para sentarse por dos horas o más con un porcentaje de un 11.11% mientras que en el sexo masculino se presenta menos dificultad con un porcentaje de 8.33%,

Agacharse, arrodillarse o encorvarse 22.22% pertenece las de mujeres y en los hombres corresponde un 9,7%, en cuanto a dificultad para caminar con un porcentaje de 8.3% mientras que los hombres presentan un porcentaje de solo un 5.6% lo que coincide con el estudio realizado por (Vega García, 2000), donde manifiesta que la mujer presenta una mayor dificultad respecto al hombre con problemas referentes a la escoliosis o falta de actividad social.

La población de adultos mayores femeninas tiene un porcentaje de un 8,3 % que, si necesitan un instrumento de apoyo como por ejemplo el bastón mientras que la población masculina solo presenta un porcentaje de 2,8%, usar un instrumento de apoyo para darse una ducha lo que arrojo el resultado de que 1,4% de mujeres si necesita de dichos aparatos. Por tanto, para Pamela Elfebein en el año del 2013, estipulo que los adultos mayores en ciertos rangos usan barandales o bancos para su movilización.



La dificultad para acostarse o levantarse en un 9.7% de mujeres si presentan dificultades mientras que los hombres arrojan un resultado de 4.2% entonces el resultado concuerda con el estudio realizado por Joaquín Álvarez y Mercedes Molina en el año del 2007, donde los adultos mayores tienen dificultad para levantarse o acostarse de la cama por sí solos, lo cual no podían hacer dicha actividad.

Que haceres diarios.

Los adultos mayores que presentan dificultad para vestirse por sí solos en los cuales tenemos los resultados de que un 4,2% de la población femenina si lo presenta sin embargo los hombres arrojan un resultado de 1.4% entonces concuerda con la investigación realizada por López et al, 2010, en la cual dan en manifiesto que son muy pocos los adultos mayores que poseen problemas para ponerse la ropa.

En cuanto a dificultad para bañarse, se pudo verificar que el 4.2% de la población de adultos mayores pertenecen a la femenina, mientras que la población masculina presenta un porcentaje de 2.8% esto concuerda con el análisis de Miguel López & Amauri Gonzales del año 2010, en que los adultos mayores, por lo regular son independientes a la hora de la bañarse.

Alimentación.

Existe un 4,2% de mujeres que necesita de alguna ayuda a la hora de comer mientras que la población de adultos mayores masculina no presenta problemas esto concuerda con los resultados obtenidos en base al estudio de Álvarez, 2007 determino que existen más personas hábiles aun en esta actividad y muy pocas que no los son por lo tanto es importante recalcar que el trabajo de investigación arroja resultados progresivos en cuanto refiere al autocuidado.

- **Determinar el autocuidado del adulto mayor de los centros ambulatorios**

En cuanto a la determinación del autocuidado se puede apreciar que existe

Del total de los adultos mayores de 60 a 70 años muestran un 75% de un autocuidado parcialmente adecuado debido a su independencia, mientras que a partir de los 71 a los 80 años de edad se muestra un 25% de un autocuidado inadecuado.



Con este antecedente se aspira conseguir un envejecimiento saludable disminuyendo la presión en relación a ser una carga familiar, mientras que lo referente a la edad y percepción del autocuidado.

- **Implementar una estrategia educativa que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor que permita un envejecimiento saludable.**

Se logró realizar herramienta para contribuir a la profesión y de esta manera lograr los desafíos que deben abordarse tanto a nivel social como dentro de la profesión para que enfermería alcance su potencial completo en gerontología y con las estrategias aumentar el apoyo cubriendo las brechas identificadas en este grupo población. Esta estrategia incluye destacar los conocimientos heroicos de enfermería gerontología, fomentar y promover el autocuidado.

Según (Nursing, 2000) Se propone que la agenda de investigaciones, práctica de enfermería en el tercer milenio sea: prevenir enfermedad cuando sea posible; minimizando la morbilidad y maximizando la calidad de vida cuando no se pueda prevenir la enfermedad, y teniendo la sabiduría para conciliar los dos.



RECOMENDACIONES

- **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.**

Es importante que la Universidad incentive a los estudiantes a realizar trabajos investigativos como método de titulación, ya que a través de esto el estudiante mejora el nivel y la calidad de las investigaciones, aportando de manera significativa a la acreditación de la Universidad.

- **Facultad de Enfermería.**

Que se siga incorporando la elaboración de proyectos de investigación desde los primeros niveles, y que se trabaje en estos proyectos de manera continua, con el fin de que los estudiantes puedan presentar los proyectos como sus trabajos de titulación.

- **Adultos Mayores**

A los adultos mayores se les recomienda adoptar una buena postura o mecánica corporal, ya que las principales patologías que presentan son relacionadas a daños en la columna vertebral, como consecuencia de la mala postura que mantienen durante su vida diaria. Asimismo, que se inserten a las actividades sociales para que sean parte de talleres, clases o capacitaciones que dan en los centros de salud y eleven su autocuidado, que permitan compartir sus experiencias, fomentando la adopción de conductas y hábitos saludables para contribuir a un excelente estado de salud a lo largo del proceso de envejecimiento, mejorando así su calidad de vida.



Referencias Bibliográficas

- ADAM. (20 de abril de 2016). *eclinicalworks*. Obtenido de <http://eclinicalworks.adam.com/content.aspx?productId=39&pid=5&gid=001957>
- Barcelona, C. d. (2017). *Qmayor*. Obtenido de <https://www.qmayor.com/vida-saludable/medicacion-adultos-mayores/>
- Bioxan. (2017). *Biotecnología Personal*. Obtenido de <https://bioxan.es/cuidado-la-piel-la-tercera-edad-consejos-imprescindibles/>
- Carbajal, M. (2014). *Psico*. Obtenido de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_fa_bio_retamosa_0.pdf
- Colgate. (2018). Obtenido de <https://www.colgate.com/es-cl/oral-health/life-stages/adult-oral-care/what-is-good-oral-higiene>
- Donoso, A. (2 de Noviembre de 2003). *Scielo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003
- *el nuevo herald*. (3 de agosto de 2015). Obtenido de <https://www.elnuevoherald.com/vivir-mejor/salud/article29845429.html>
- Eslava, M. M. (17 de Marzo de 2016). *Diario de navarra*. Obtenido de <https://www.diariodenavarra.es/blogs/momentos-para-cuidarte/2016/03/17/una-cuidada-higiene-de-las-personas-mayores-como-realizarla/>
- Farmaceutic. (2017). *Farmaceutic Online*. Obtenido de <https://www.farmaceuticonline.com/es/gente-mayor/687-gente-mayor-y-medicamentos?showall=1>
- Garita, D. E. (25 de Septiembre de 2015). *eegdavid blogspot*. Obtenido de <http://eegdavid.blogspot.com/>
- Larralde, D. M. (2006). *Hospital Aleman*. Obtenido de <https://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/la-piel-conoce-el-organo-mas-grande-de-tu-cuerpo/>



- Listerine. (2018). *Listerine*. Obtenido de <https://www.listerine.com.ec/entrenador-oral/salud-oral-en-adultos-mayores>
- Maria Sánchez Giralt, M. B. (mayo de 2009). *El servir*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-automedicacion-ancianos-la-realidad-un-S0212656708000565>
- Martinez, S. (24 de julio de 2016). *Consejos de Limpieza* . Obtenido de <https://www.consejosdelimpieza.com/2016/07/HIGIENE-DEL-ANCIANO.html>
- *Medlineplus*. (2 de Mayo de 2018). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001957.htm>
- Mercola, D. (3 de octubre de 2014). *Peak fitness*. Obtenido de <https://ejercicios.mercola.com/sitios/ejercicios/archivo/2014/10/03/ejercicios-de-entrenamiento-de-fuerza.aspx>
- Mioche L, B. P. (Junio de 2002). *Bago*. Obtenido de <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/nutriweb214.htm>
- Nancy. (26 de Noviembre de 2010). *Nancy clides* . Obtenido de <https://nancyclides.wordpress.com/2010/11/26/cuidado-de-las-unas/>
- Negrete, D. (5 de Diciembre de 2016). Obtenido de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20014-habitos-vida-saludables-adulto-mayor>
- Negrete, P. D. (5 de diciembre de 2016). *hogar corazon de jesus*. Obtenido de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20014-habitos-vida-saludables-adulto-mayor>
- Nursing, I. U. (26 de Julio de 2000). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11261064>
- oms. (30 de junio de 2016). *organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
- *Orpea*. (17 de Febrero de 2017). Obtenido de <https://orpea.es/beneficios-la-lectura-la-tercera-edad/>
- Ruiz, G. (20 de Abril de 2017). Obtenido de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20023-consejos-cuidar-salud-bucal-adulto-mayor>



- Ruiz, G. (4 de Abril de 2017). Obtenido de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20022-enfermedades-bucales-mas-frecuentes-adulto-mayor>
- Ruiz, G. (20 de Abril de 2017). *Hogar del corazon de Jesus*. Obtenido de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20023-consejos-cuidar-salud-bucal-adulto-mayor>
- *Salud cuidado y bienestar*. (26 de Febrero de 2017). Obtenido de <https://saludcuidadoybienestar.com/organizando-la-medicacion-pastilleros-personas-mayores/>
- *Siempre*. (s.f.). Obtenido de <http://siemprechile.cl/alzheimer-adulto-mayor/>
- **-Organización Mundial de la Salud OMS (2018) INFORME Mundial SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**, Ginebra
- [Fecha de acceso 18 de Noviembre del 2018]. URL disponible en: el sitio web de la OMS
- http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- **-Asamblea Nacional (2008)**. Constitución República del Ecuador, Ciudad Alfaro Montecristi.
- **-Castiblanco M y Fajardo G (2017)** “capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) Uninorte. Barranquilla, Colombia.
- **-Garcilazo Salazar M (2014)** “Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014” Lima, Perú.
- **-Fernández M**, Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería, Modelos y Teorías en Enfermería (III). Modelo de Dorothea Orem, Universidad de Cantabria.
- **-Medina M y Yuquilema M (2015)**, estudio titulado “Conocimiento y Prácticas de Autocuidado de pacientes que asisten al Club de Adulto Mayor Francisco Jacome. Guayaquil, Ecuador



- **-Millán Méndez, Israel E. (2014).** Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. La Habana: Revista Cubana de Enfermería.
- **-Ministerio de Salud Pública e INEC (2013).** En el Ecuador uno de cada diez personas son adultos mayores. Quito – Ecuador: Andes. [Fecha de acceso 18 de Noviembre del 2018]. URL disponible en:
 - www.andes.info.ec/es/actualidad/3548.html
- **-Santos Nelson y Pallasco R (2015),** Desarrollo de un Proyecto de Recreación dirigido a mantener la salud en el Adulto Mayor del hogar de ancianos del instituto Estupiñan del barrio san Sebastián de Latacunga. Latacunga, Ecuador. [Fecha de acceso 17 de Noviembre del 2018]. URL disponible en:
 - <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/2278/1/T-UTC-3429.pdf>
 - Mejía, L. (15 de Julio de 2015). Atención del proceso de enfermería. Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/presen.html><https://www.redalyc.org/html/167/16723214/>
 - <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026f.pdf>
 - <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700379>
 - http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100006
 - file:///B:/Descargas%20chrome/art%C3%ADculo_redalyc_44601203.pdf
 - <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/832/1/T-SENESCYT-0375.pdf>
 - http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200004
 - https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600005&script=sci_arttext
 - <https://www.redalyc.org/pdf/299/29917006007.pdf>
 - http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/?output=site&lang=es&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=+adultos+mayores&index=tw&search_form_submit=Buscar
 - https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12749/np77017033_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - <https://www.redalyc.org/html/325/32513408/>



- https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext
- <http://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2013/04/cuidados-del-adulto-mayor-en-comunidad.pdf>



Anexos

Anexo 1: solicitud por parte de la Uleam dirigida al director del Distrito 13D02

 **Uleam**
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Decanato
Facultad de Enfermería

Manta, 29 de Octubre del 2018
Oficio N°524-DEC-FAC-ENF-EGADE

Doctor
Nakin Alberto Véliz Mero
DIRECTOR DEL DISTRITAL DE SALUD 13D02
Ciudad

De mi consideración:

Con un atento saludo, solicito a usted comedidamente facilitar la apertura para que realice su proyecto de Tesis en el Centro los Centros de Salud 24 de Mayo y Las Cumbres, con el tema:
"Autocuidado en adultos mayores para un envejecimiento saludable", a la Srta. María Carolina Palacios Valencia C.I. N° 131257780-0, estudiante de IX nivel de la Facultad de Enfermería, bajo la tutoría directa de la Mg. Lourdes Bello Carrasco docente de esta Unidad Académica.

Segura de contar con su aprobación y colaboración me suscribo de usted, reiterando mi consideración y estima.

Atentamente,

Mg. Estelia García Delgado
DECANA FACULTAD DE ENFERMERIA



Alexandra Hernández de Santos

05-2623-740 ext 181 / 05-2613-453
Av. Circunvalación Vía a San Mateo
www.uleam.edu.ec


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400

Documento No. : MSP-CZ4-13D02-VUAIU-2018-1014-E
Fecha : 2018-10-29 13:06:05 GMT-05
Recibido por : Iliana Monserrate Merendez Vivas
Para verificar el estado de su documento ingrese a
<https://www.gestiondocumental.gob.ec>
con el usuario: *1303410359*





Anexo 2: Consentimiento Informado MSP



Dirección Distrital 13D02 Jaramijó- Manta- Montecristí - Salud

establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...).”

El Código Integral Penal tipifica:

“Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.

“ INVESTIGADORA”, en razón del cargo que realizan un proyecto de prevención de salud , puede tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

El Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud establece:

Art. 2.- Confidencialidad.- Es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información.

Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales. Toda persona que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, “ INVESTIGADORA” se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

“ INVESTIGADORA”, ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

“ INVESTIGADORA se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por

Calle 13 Avenida 24
Teléfonos: 593 (5) 2 629475 – 2 629500
www.msp.gob.ec
mail:d2manta@d2mspmanta.gob.ec



Dirección Distrital 13D02 Jaramijó- Manta- Montecristi - Salud

cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Ministerio de Salud Pública.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

“ INVESTIGADORA ”, se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:

“ INVESTIGADORA ”, declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

“ INVESTIGADOR ”, declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:

“ INVESTIGADORA ”, acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Manta, el día de de 2018.





Anexo 3: Encuestas Centro De Salud 24 De Mayo



Anexo 4: Encuestas Centro De Salud Las Cumbres





Anexo 5: Charla Educativa Centro De Salud 20 De Mayo





Anexo 6: Registro de asistencia a tutorías

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS. CÓDIGO: PAT-01-F-008
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

FACULTAD ENFERMERÍA
2018 (2)

REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante: María Carolina Palacios Valencia		Carrera: Enfermería	Nivel: 9 ^{no}	Paralelo: "B"					
Modalidad de titulación: Proyecto de Investigación									
Tema: Autocuidado en adultos mayores para un envejecimiento saludable									
Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación.	Comentarios a la actividad	Tareas acordadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
29/10/2018	12:00-13:00	1	Socialización del tema	Fortalecer sugerencias	Pasar clase al distrito	alto	9/11/18		
9/11/2018	12:00-13:00	1	Sugerencias de capítulos 1,2,3	Fortalecer sugerencias	Plantamiento de clase	alto	28/11/18		
28/11/2018	9:00 - 11:00	2	Elaboración de mapa conceptual	Fortalecer sugerencias	Realizar cambio de plan de clase	alto	5/12/18		
5/12/2018	13:00 - 15:00	2	Correcciones de planificación y del mapa conceptual	Fortalecer sugerencias	Realizar cambio de capítulo 1	alto	17/12/18		
17/12/2018	12:00 - 14:00	2	Avance de capítulo 2 y diseño Metodológico	Fortalecer sugerencias	Correcciones del capítulo 2	alto	19/12/18		
19/12/2018	9:00 a 11:00	2	Revisar correcciones del capítulo II	Fortalecer sugerencias	Realizar correcciones de capítulos	alto	29/12/18		
19/12/2018	11:00 a 12:00	1	Realizar correcciones capítulo II	Fortalecer sugerencias	Realizar correcciones	alto	20/12/18		

Fecha de entrega (04/04/2019)

 Comisión Académica

Dr. Lourdes Pineda C. Mijangos

 Docente tutor(a):

Nota: Este documento debe ser suscrito con letra impresa.
 * Solo de cumplimiento. (Firma y fecha)



	NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS.	CÓDIGO: PAT-01-F-008
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

FACULTAD ENFERMERÍA
2018 (2)

REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante: María Carolina Peláez Valencia Carrera: Enfermería Nivel: 9^{no} Paralelo: "B"

Modalidad de titulación: Proyecto de Investigación

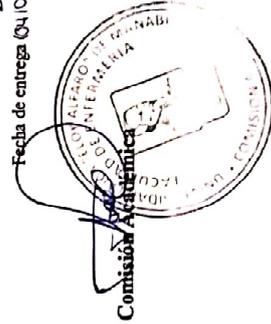
Tema: Autocuidado en adultos mayores para un envejecimiento saludable

Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación.	Comentarios a la actividad	Tareas acordadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
20/12/18	10:00 - 12:00	2	Revisar corrección actividades Cap 2	Fortalecer actividades	Realizar correcciones	alto	20/12/18		
20/12/18	14:00 a 16:00	2	Revisar corrección actividades Cap 2	Fortalecer actividades	Realizar correcciones	alto	21/12/18		
21/12/18	7:00 a 8:00	1	Revisar corrección actividades Cap 2	Fortalecer actividades	Continuar con las correcciones	alto	21/12/18		
21/01/19	9:00 - 12:00	3	Fortalecer actividades Cap 2	Fortalecer actividades	Realizar correcciones Cap 2	alto	31/01/2019		
31/01/19	10:00 a 12:00	2	Revisar corrección actividades Cap 3	Fortalecer actividades	Realizar correcciones	alto	4/10/12019		
4/10/19	7:00 a 8:00	1	Revisar corrección actividades	Fortalecer actividades	Continuar con las correcciones	alto	4/10/2019		
4/10/19	13:00 - 15:00	3	Seguir con las correcciones	Fortalecer actividades	Realizar correcciones	alto	7/10/2019		

Fecha de entrega 04/10/2019

Lic. Lourdes Peláez M. B.S.

Docente tutor(a):



Nota: Este documento debe ser revisado con todo cuidado.
• Nivel de cumplimiento: Alto-Bajo



	NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS.	CÓDIGO: PAT-01-F-008
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

FACULTAD ENFERMERÍA
2018 (2)

REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

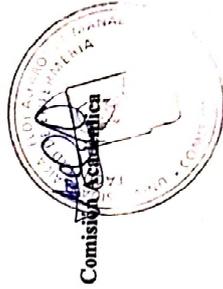
Estudiante: **María Carolina Babas Valencia** Carrera: **Enfermería** Nivel: **900** Paralelo: **1/B v**

Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación.	Comentarios a la actividad	Tareas acordadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
20/11/18	23:41	30 min	Envío Mail. Hoja de planificación	For taller supervisión	Revisado	Alto	23/11/18	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
1/12/18	15:50	30 min	Envío Mail. Correo de planificación	For taller supervisión	Revisado	Alto	5/12/18	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
11/12/18	11:49	30 min	Envío Mail. Correo de capítulo I	For taller supervisión	Revisado	Alto	14/12/18	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
15/12/18	16:04	30 min	Envío Mail. Correo de capítulo II	For taller supervisión	Revisado	Alto	17/12/18	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
18/12/18	21:30	30 min	Envío Mail. Correo de capítulo III	For taller supervisión	Revisado	Alto	21/12/18	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2/01/19	20:55	30 min	Envío Mail. Correo de capítulo II	For taller supervisión	Revisado	Alto	5/01/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
5/01/19	13:59	30 min	Envío Mail. Correo de capítulo II	For taller supervisión	Revisado	Alto	7/01/19	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Modalidad de titulación: **Proyecto de Investigación**
 Tema: **Autocuidado en adultos mayores para un envejecimiento saludable.**

Fecha de entrega: 04/01/2019

[Firma]
Lic. Lourdes...
Docente tutor(a):



Nota: Escalarización de los cursos con base en el plan de estudios.
 • No debe compararse. Toda firma



	NOMBRE DEL DOCUMENTO: REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS.	CÓDIGO: PAT-01-F-008
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

FACULTAD ENFERMERÍA
2018 (2)

REGISTRO DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

Estudiante: María Carolina Palacios Valdeón		Carrera: Enfermería	Nivel: qno	Paralelo: "B"					
Modalidad de titulación: Proyecto de Investigación									
Tema: Autocuidado en Adultos mayores para un envejecimiento saludable									
Fecha	Horario	Horas trabajadas	Actividades según planificación.	Comentarios a la actividad	Tareas acordadas	Nivel de cumplimiento	Próxima reunión	Firma del estudiante	Firma del tutor(a)
17/01/2019	10:00-15:00	5	Registrar datos al programa SPSS23	Realizar sugerencias	Registrar datos de los pacientes	ALTO	17/01/19		
17/01/2019	8:00-12:00	4	Realizar corrección del capítulo III	Realizar sugerencias	Registrar datos de los pacientes	ALTO	21/01/19		
21/01/2019	8:00-15:00	5	Continuar con corrección de capítulos III y IV	Realizar sugerencias	Registrar datos de los pacientes	ALTO	25/01/19		
25/01/2019	8:00-16:00	8	Realizar tablas de en pie para SPSS23	Realizar sugerencias	Registrar datos de los pacientes	ALTO	31/01/19		
31/01/2019	8:00-13:00	5	Realizar análisis de interpretación de chi	Realizar sugerencias	Registrar datos de los pacientes	ALTO	12/02/19		
12/02/2019	8:00-13:00	5	Realizar corrección de hipótesis de hipótesis	Realizar sugerencias	Registrar datos de los pacientes	ALTO			

Fecha de entrega 01/04/2019

Lic. Lourdes Belloc
010-181541-1518
Docente tutor(a):



Comisión Académica

Nota: Este documento debe ser revisado por todos los docentes.
• Nivel de cumplimiento: Trabajo Final