

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



**NIVEL DE ESTRÉS Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR  
DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-  
MARGINAL SAN JUAN DE DIOS, DEL DISTRITO DE  
CHIMBOTE, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TESISTAS:**

**Br. PEREZ MORENO, Sunny Valentina  
Br. SAUCEDO MIÑANO, Katerinne Yolanda**

**ASESOR:**

**Dr. PONCE LOZA JUAN MIGUEL Ph.D.**

Nuevo Chimbote - Perú

2018

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



REVISADO Y Vº "B" DE:

---

Dr. Ponce Loza Juan Miguel Ph.D.  
ASESOR

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



**JURADO EVALUADOR:**

---

**Mg. Rodríguez Barreto, Yolanda Micaela  
PRESIDENTE**

---

**Dra. Melgarejo Valverde, Esperanza Doralisa  
SECRETARIA**

---

**Dr. Ponce Loza, Juan Miguel  
INTEGRANTE**

## DEDICATORIA

A Dios, que me ha guiado y dado fortaleza para seguir adelante, quien me ilumina hasta hoy y derrama muchas bendiciones sobre mi persona y toda mi familia.

A mis padres por el apoyo incondicional a mis estudios, por su esfuerzo para que no me falte nada y por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

Por tu paciencia y comprensión, por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor cada día, porque a pesar de las dificultades que se presentaron en el camino, estuviste ahí incondicionalmente, por ser como mi segunda madre, gracias Tía Rosa.

También quiero dedicarle a mis profesores que siempre a través de una experiencia me enseñan algo valioso, por su compromiso en la enseñanza para con nosotros, sus estudiantes.

**Sunny**

## DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la vida y cuidado hasta el día de hoy, que me ha guiado y dado fortaleza para seguir adelante cumpliendo mis metas y alcanzando mis sueños.

A mis amados padres Esther y Manuel, por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional el cual me ayudó a cumplir mis metas trazadas y conseguir cada una de ellas. Gracias por creer en mí.

A mis queridos hermanos Anderson y Aaron por la comprensión y ánimo que me brindaron durante estos años arduos de carrera.

A mis docentes que durante estos años de estudio me brindaron conocimientos y la accesibilidad a la información para ser aplicada en mi práctica laboral.

**Katerinne**

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestra ALMA MATER “Universidad Nacional del Santa”, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, que nos abrió las puertas a un mejor futuro y nos brindó la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella.

A los docentes de la E.A.P. Enfermería, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y valores, que nos transmitieron durante toda nuestra formación profesional.

A los adultos mayores de la comunidad urbano – marginal San Juan de Dios, que formaron parte del presente trabajo de investigación, y que a su vez colaboraron a la realización del mismo.

A nuestra asesor, Ph. Juan Miguel Ponce Loza, por su confianza, apoyo y comprensión brindada durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

**Sunny y Katerinne**

## INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCION	12
II. MARCO TEORICO	26
III. METODOLOGIA	34
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1 RESULTADOS	43
4.2 ANALISIS Y DISCUSION	49
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	54
5.2 RECOMENDACIONES	55
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	63

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017.	43
TABLA N° 02 NIVEL DE ESTRÉS DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017	45
TABLA N° 03 NIVEL DE ESTRÉS Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA N° 01	NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017.	44
FIGURA N° 02	NIVEL DE ESTRÉS DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017	46
FIGURA N° 03	NIVEL DE ESTRÉS Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017	48

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, sustentado en la Teoría de sistemas de Ludwing Von Bertalanffy, con el objetivo de conocer la relación entre nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017.

La población estuvo conformada por 54 adultos mayores de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote. Se aplicó la “Escala de Estrés Percibido (PSS) y “Test de Autocuidado del adulto mayor”. El procesamiento y análisis de los datos se realizó empleando el programa estadístico SPSS versión 22.0., en sus dos niveles: descriptivo y analítico, llegando a las siguientes conclusiones:

En los adultos mayores, la mayoría presentan nivel inadecuado de autocuidado (51.9%) y el 48.1% nivel adecuado de autocuidado.

La mayoría de adultos mayores presentan nivel alto estrés (38.9%), nivel moderado estrés (37.0%) y el 24.1% con nivel leve de estrés.

Entre los adultos mayores con nivel alto y moderado de estrés prevalece un nivel inadecuado de autocuidado (66.7% y 55.0% respectivamente), a diferencia de los adultos mayores con nivel leve de estrés, en quienes prevalece un nivel adecuado de autocuidado (76.9%), el nivel de estrés y nivel autocuidado se relaciona significativamente ( $p=0,0469$ ), y el tener un nivel alto de estrés se constituye en riesgo muy elevado para un nivel inadecuado de autocuidado ( $OR=2.7$ ).

Palabras clave: Estrés; Autocuidado; Adulto Mayor; Enfermería.

## ABSTRACT

The present descriptive, correlational cross-sectional research work, based on Ludwig von Bertalanffy's Theory of Systems, with the objective of knowing the relationship between stress level and self-care of the mature adult dysfunctional family of the urban-marginal community San Juan de Dios of the district of New Chimbote, 2017.

The population was formed by 54 mature adults of the urban-marginal community San Juan de Dios of the district of New Chimbote. The "Perceived Stress Scale (PSS) and" Mature Adult Self-Care Test "were applied. The data processing and analysis was performed using the statistical program SPSS version 22.0., At its two levels: descriptive and analytical, arriving at the following conclusions:

In mature adults, the majority have inadequate level of self-care (51.9%) and 48.1% have adequate level of self-care.

The majority of mature adults present high stress level (38.9%), moderate stress level (37.0%) and 24.1% with mild stress level.

Among mature adults with high and moderate levels of stress, an inadequate level of self-care (66.7% and 55.0%, respectively) prevails, in contrast to mature adults with a mild level of stress, who have an adequate level of self-care (76.9% ), The level of stress and self-care level were significantly related ( $p = 0.0469$ ), and having a high level of stress was a very high risk for an inadequate level of self-care ( $OR = 2.7$ ).

Keywords: Stress; Self-care; Mature adult; Nursing.

## I. INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejeciendo progresiva y rápidamente. Este escenario representa el tremendo desafío para la sociedad y para las ciencias médicas de generar un sistema de salud que no sólo permita prolongar la existencia, sino que también la calidad de vida de las personas (1).

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años. Para el 2025 se espera que la cifra llegue a 1.200 millones, de los cuales dos de cada tres vivirán en países en desarrollo (2).

Las cifras de la OMS sobre la población mundial muestran cómo en 2002, la estructura se asemeja a una pirámide y cómo en 2025 se espera que evolucione a una distribución más cercana a un cilindro demográfico, con un importante ensanchamiento de la población adulta y adulta mayor. En algunos casos, la población de personas mayores a 60 años llegará a un tercio de la población, como es el caso de Japón (35,1%), Italia (34,0%) y Alemania (33,2%). Es indudable que uno de los mayores logros de la medicina moderna es que la esperanza de vida de un ser humano haya aumentado. Hace medio siglo las personas morían antes de cumplir los 50 años de edad y eso ha cambiado. Pero este mismo triunfo supone un nuevo desafío para las ciencias de la salud: generar las condiciones para que los adultos mayores puedan vivir la vida con el mayor bienestar posible (3).

En nuestras sociedades la población del adulto mayor se ha incrementado en comparación con anteriores épocas, las estadísticas a nivel mundial refieren que una de cada seis personas es mayor de 60 años (4).

En el Perú, como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016. En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas (5).

Del total de hogares del país, el 25,1% tiene como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor. Según sexo, existen más mujeres que hombres adultos/as mayores como cabeza de hogar. Así, del total de hogares que son conducidas por mujeres el 33,6% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 22,2% son adultos mayores (5).

Del total de hogares jefaturados por adultos/as mayores, el 46,7% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijas e hijos o sin estas/os. El 25,5% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se

suman otros parientes. El 20,7% de hogares de los adultos/as mayores son unipersonales (compuestos sólo por el/la adulto/a mayor). El 5,5% son hogares sin núcleo (conformado por un jefe/a sin cónyuge ni hijos, que vive con otras personas con las que puede o no tener relaciones de parentesco) y el 1,7% son hogares compuestos, es decir existen dentro del hogar además de los parientes, otros miembros que no son familiares (5).

De acuerdo al sexo, el 57,8% de los hogares nucleares de los adultos mayores son jefaturados por hombres, siendo más del doble que los jefaturados por mujeres (26,3%). En tanto, los hogares unipersonales con jefa mujer representan el 36,7% siendo más de tres veces que los constituidos por hombres (12,0%). El 17,7% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 43,9% alcanzó estudiar primaria; el 21,4% secundaria y el 17,0%, nivel superior (11,0% superior universitaria y 6,0% superior no universitaria) (5).

El 80,8% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 68,1%. En Lima se reporta que más del 60% sufren de estrés (5).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), define los lineamientos para la Atención Integral de la Salud de las personas Adultas mayores, en este documento conceptualiza al envejecimiento del ser humano como un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Estos lineamientos dieron origen a algunos documentos normativos a nivel del Perú, orientado hacia una

adecuada calidad de vida en el adulto mayor. Los lineamientos buscan de manera prioritaria satisfacer las necesidades de salud del adulto mayor y favorecer un envejecimiento activo y saludable; de manera implícita lo que busca es mejor calidad de vida (6).

El envejecimiento es un proceso universal, singular, y heterogéneo con cambios en toda la unicidad del ser humano producidos por el paso del tiempo, influenciado por factores internos y externos tornando al individuo vulnerable conduciéndolo hasta la muerte (7).

De ahí la importancia del autocuidado con una alimentación saludable, pues los mayores son vulnerables a la mal nutrición proteica energética y comer exceso de alimentos erróneos. La mayoría no practica actividad física con regularidad. La pérdida de masa muscular asociada a la edad, causa disminución fuerza muscular y discapacidad. El sedentarismo produce abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye factor de riesgo de morbilidad y mortalidad (8).

Las características sociales son las que más condicionan el bienestar en la vejez. La ideología del viejísimo lo identifica con decadencia física y mental, y hacen del adulto mayor un incapaz, dependiente e inútil social. No existe una definición sociocultural de actividades especialmente en el cese laboral o jubilación (9).

La familia es el primer recurso para su cuidado. Así mismo, afrontan pérdidas significativas como de familiares cónyuge, amigos y su propia muerte. Las creencias

filosóficas, religiosas y valores son recursos que disminuir sus temores de la muerte (10).

Así los adultos mayores deben adaptarse y asumir un protagónico a fin de alcanzar un envejecimiento con bienestar, y el autocuidado se convierte en la mejor alternativa. Orem (11), define autocuidado, como “práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Sin embargo existen factores que pueden influenciar en el autocuidado como la independencia funcional. A medida que la persona envejece se ve afectado su funcionalidad e independencia para realizar sus actividades. Otro factor importante es el estrés, pudiendo llegar hasta no interesarle su vida generando un desequilibrio emocional lo que limitaría su autocuidado (12).

El estrés es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. La persona se siente ansiosa y tensa, experimentando mayor rapidez en los latidos del corazón. El estrés es lo que la persona percibe cuando reacciona a la presión, sea del mundo exterior o del interior de sí mismo. El estrés está producido por el instinto del organismo de protegerse de las presiones físicas o emocionales o, en situaciones extremas, de peligro (13).

Lo que afectaría el autocuidado del adulto mayor. El autocuidado permite adoptar conductas para un envejecimiento con bienestar y satisfacción, logrando mantener capacidad funcional, prevenir enfermedades; controlar la enfermedad o

discapacidad; mejorar la interacción entre sistemas sociales y salud, de ahí la importancia del autocuidado.

En el Ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionado con las variables de estudio de la presente investigación:

En México, Falcón, G. y Palacios N. (2007), investigaron “Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro, Tabasco” cuyo objetivo fue Determinar la funcionalidad familiar según la percepción de los adultos mayores de Centro, Tabasco, México. El método es un diseño descriptivo, observacional y transversal. Su muestra es un total de 397 adultos mayores de 60 años, registrados en el censo del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM), autónomos, sin deterioro cognitivo, que aceptaron participar en el estudio, y firmaron carta de consentimiento informado. Se incluyeron las variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, número de hijos, y ocupación. Se aplicó el test APGAR Familiar. Conclusión: Cuando se conjugan factores que favorecen la marginación social, como el sexo femenino, el estado civil no unido, y el bajo nivel socioeconómico, el núcleo familiar tiende a ser percibido como disfuncional por el adulto mayor (14).

En Cuba, Millán, I. (2010), realizó un estudio sobre “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad- Cuba - 2010”, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. El estudio fue descriptivo transversal, de un universo de 354 personas mayores de 60 años se seleccionaron 195. Las conclusiones entre otras

fueron: El 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo- perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y el 5,8% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado (15)

En México, Hernández, E.; y, Romero, E. (2012), investigaron “Estrés en persona mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo” tipo cuantitativo que hace una comparación de los niveles de estrés de una población estudiantil universitaria con un grupo de personas mayores, con el objetivo explícito de detectar cuales son algunas de las variables que influyen en tener un nivel alto, o bajo, de estrés. Entre su conclusión más importante tenemos: que los adultos mayores son personas que no necesariamente deben padecer un estrés alto, sino que están en condiciones de aprovechar las oportunidades de bienestar, del buen uso de su tiempo libre, así como del apoyo social y familiar con el que cuentan, para mejorar su calidad de vida y lograr una salud que les permita dedicarse a las actividades que deseen o que les gusten (16).

En Ecuador, Silva, M.; y Vivar, V. (2015), investigaron “factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado”, Estudio descriptivo de carácter

mixto se utilizó además el método de estudio de caso. Participaron 8 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Gerontológica Plenitud de la ciudad de Cuenca. Se aplicaron instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), guía de observación (Q-LES-Q), Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), Historia Clínica, Entrevista semiestructurada, Inventario de Historias de Pérdidas. Se estudiaron las variables independientes: soledad, adaptación, motivo de ingreso. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, asociación (Chi-cuadrado y p) en los programas SPSS 22 y Atlas.Ti. Resultados: La prevalencia de depresión obtenida en esta investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12, 5%. Factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Además se encontró que las tres variables independientes son predictores de depresión puesto que se explicó en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ( $R^2 = 0,85$ ) (17).

En el ámbito nacional se reporta las siguientes investigaciones en relación con algunas variables de la presente investigación:

En Lima, Acosta, R. (2011), investigó “Nivel de Estrés y las Estrategias de Afrontamiento que utilizan los Adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores-2011”.La metodología fue descriptiva, transversal. La técnica fue la entrevista encuesta y los instrumentos el

PSQ y el perfil de afrontamiento. Los resultados fueron: del 100%(50) de adultos mayores, 44%(22) presentan un nivel medio de estrés, 36%(18) un nivel alto y 20%(10) un nivel bajo. En estrategias de afrontamiento, 84%(42) tienen presentes la dimensión cognitiva, 66%(33) la afectiva y 64%(32) la conductual. En dimensiones del nivel de estrés presentan: preocupaciones el 48%(24) un nivel medio, 28%(14) un nivel alto y 24%(12) un nivel bajo. Tensión 46%(92) un nivel medio, 4%(2) un nivel alto y 4%(2) un nivel bajo. Alegría 88%(44) un nivel medio, 4%(8) un nivel bajo y 4%(2) un nivel alto. En dimensiones de estrategias de afrontamiento tienen presentes: en lo cognitivo, 92%(46) preocupación, 86%(43) buscar apoyo social y autocrítica 82% (41), en lo afectivo: 98%(49) apoyo social, 66%(33) escape/evitación y 58%(29) aislamiento. En lo conductual, 90%(45) planificación, 70%(35) renunciar, 58%(29) concentrarse en resolver el problema. En conclusión: Los adultos mayores de la Asociación “Los Auquis de Ollantay” de Pamplona Alta, San Juan de Miraflores presentan un nivel medio de estrés con tendencia al alto y las Estrategias de afrontamiento utilizadas: las cognitivas, afectivas y conductuales (18).

En Lima, Tello, M. (2014), investigó “nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del MINSA”, El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple, que estuvo conformado por 108 adultos mayores. La técnica fue el cuestionario y los instrumentos fueron los siguientes: cuestionario sobre nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar y el APGAR familiar de Smilkstein. Los resultados del estudio: del 100% (108) de adultos

mayores, el 96.2% (104) están satisfechos y el 3.8% (4) insatisfechos. En la dimensión biológica del adulto mayor el 98.1 % (106) está satisfecho y el 1.9% (2) insatisfecho. En la dimensión Psico emocional el 98.1% (106) están satisfechos y 1.9% (2) insatisfechos. En la dimensión social el 97.2% (105) están satisfechos y 2.8% (3) insatisfechos. En cuanto al tipo de funcionamiento familiar de los adultos mayores del 100% (108); 45.4% (49) son familias funcionales; 50.9% (55), familias moderadamente funcionales y 3.7% (4), familias disfuncionales. En la dimensión afecto con 60.2% (65) es funcional, seguida de la dimensión de crecimiento familiar con 48.1%(52). Con respecto a la disfuncionalidad familiar se observa que la dimensión más resaltante es la de participación entre los miembros de su familia con un 13.9% (15). Con respecto a la funcionalidad familiar moderada en la dimensión adaptabilidad y resolución se observa con 48.1% (52) la más resaltante (19).

En Trujillo, Leitón, Z. (2014), investigó “Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor”, 51 adultos mayores, información obtenida por entrevista, considerando los principios éticos y rigor científico. Resultados: 82,35 % tuvo buena práctica de autocuidado y 17,65 % regular. En las actividades básicas de la vida diaria 84,31% fue independiente y 15,69% moderadamente dependiente. En las actividades instrumentales de la vida diaria 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente. Sin depresión 82,35%, 13,72% depresión leve y 3,92% depresión. Relación altamente significativa entre independencia funcional con práctica de autocuidado. No relación significativa entre depresión con práctica de autocuidado (1).

En el ámbito local se reporta la siguiente investigación:

Morales M. y Portilla M. (2007), desarrollaron una investigación de tipo descriptivo correlacional, sobre el Estilo de Vida y Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso del Módulo de Atención Integral de Es Salud Hospital III de Chimbote, en el año 2007. La muestra estuvo constituida por 176 usuarios, los resultados señalan que el 50.6% de los adultos mayores hipertensos mantienen un nivel de autocuidado bueno, mientras que el 49.4% un nivel de autocuidado regular. El 59% de la muestra presenta un estilo de vida favorable seguido de un 41% con estilo de vida desfavorable. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio (2).

Chimbote, y particularmente la comunidad urbano-marginal “San Juan de Dios”, se caracteriza por ser una población joven, que sostiene problemas propios, donde los fenómenos influenciados y condicionados por el sistema económico, inadecuados hábitos alimenticios, relacionados con el estilo de vida y costumbres equivocadas, donde los servicios de salud pública son insuficientes, tanto en cobertura como equipamiento, condicionando el deficiente de salud de las mayorías, traducido en elevado riesgo de enfermar y morir como resultado del creciente deterioro de condiciones de vida y trabajo (20,21), asimismo, las vivencias que experimentan las personas adultas maduras que se encuentran en una situación de abandono reflejan la situación actual de falta de cohesión en la cual nuestra sociedad, y su unidad fundamental, la familia, se encuentran, alterando la función familiar, y por ende generando estrés en los adultos mayores, que constituye un

factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, lo que resulta de suma importancia su prevención y control (22).

Esta realidad se ha percibido durante las prácticas pre profesional y nos motiva conocer sobre el autocuidado de adulto mayor de familia disfuncional y su relación con el estrés.

Ante lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la relación entre el nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017?

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la relación entre nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017.

### **1.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS::**

1. Identificar el nivel de autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017.
2. Identificar el nivel de estrés del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017.
3. Determinar la relación entre nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017.

## **1.2. HIPÓTESIS:**

El nivel de estrés se relaciona significativamente con el nivel de autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017

La presente investigación permitirá fomentar una familia funcional, que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio, y por ende favorecer un adecuado autocuidado.

El estudio es importante porque permitirá relacionar el estrés con el autocuidado del adulto mayor de una familia disfuncional.

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar a las autoridades y al equipo de salud, información actualizada y relevante sobre la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, a fin de que se diseñen actividades preventivo-promocionales dirigidas a este grupo poblacional, favoreciendo así un envejecimiento saludable y con calidad de vida.

## II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la “Teoría de Sistemas” de Ludwing Von Bertalanffy (23, 24,25).

La teoría de Sistemas se ocupa de los cambios producidos por las interacciones entre distintos factores variables de una situación. En los seres humanos se producen continuamente interacciones entre estos y el medio ambiente, esta teoría brinda la forma de comprender las muchas influencias que afectan por completo a la persona, y el posible efecto del cambio producido en algunas de las partes del todo (24).

Sistema se define como un todo constituido por partes interrelacionadas en donde las partes tienen una función y el sistema como un todo, otra función. Así el modelo de sistemas, considera al sistema como un todo altamente dependiente del medio exterior y puede perturbarse por carencias o excesos. El éxito del sistema radica en su capacidad para ajustarse a un medio constantemente cambiante (24).

El sistema se caracteriza por tener sus límites, su supervivencia, una jerarquía (suprasistemas y subsistemas) y por ser abierto; ya que existe un intercambio continuo de materia, energía e información. Con esta teoría se puede comprender la forma en que diversos factores afectan a una persona y el posible efecto del cambio producido en algunas partes sobre el todo, además es un modelo para observar la interacción del hombre con el medio ambiente (25).

Los elementos o componentes que conforman el sistema son: entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente (23,24)

**ENTRADA,** son los ingresos del sistema que pueden ser recursos materiales, humanos o información y constituyen la fuerza de arranque que suministra sistema sus necesidades operativas (25).

Para efectos de la investigación este componente se encuentra representado por el nivel de estrés del adulto mayor de familia disfuncional.

La familia es la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno. La familia desde la perspectiva sistémica como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. En este contexto se considera familia disfuncional a padres divorciados o separados (26,27).

Según la OMS se define como Personas Adultas Maduras a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. El envejecimiento es un proceso universal, singular, y heterogéneo con cambios en toda la unicidad del ser humano producidos por el paso del tiempo, influenciado por factores internos y externos tornando al individuo vulnerable conduciéndolo hasta la muerte (28,29).

A medida que la persona envejece se ve afectado su funcionalidad e independencia para realizar sus actividades. Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (30). Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar (31), otro factor importante es el estrés, pudiendo llegar hasta no interesarle su vida generando un desequilibrio emocional lo que limitaría su autocuidado (32,33).

El estrés, es un conjunto de estímulos, producto de ciertas condiciones ambientales que nos producen sentimientos de tensión y/o se perciben como amenazantes o peligrosas, a los cuales se denominan estresores. En tal sentido, el estrés se define como una característica del ambiente (estimulo). Esta idea de estrés como estimulación nociva que recibe un organismo se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y el bienestar. Tiene la ventaja de la medida objetiva de ese estrés y en este caso el estrés se considera variable con función de independiente (34).

El estrés se entiende desde tres perspectivas: la primera es la ambiental, que se centra en los eventos vitales estresores; la segunda, la psicológica, que implica la experiencia subjetiva y respuesta emocional frente a los estresores; y la tercera, la

biomédica, que estudia la respuesta y los sistemas fisiológicos involucrados en el afrontamiento de los asuntos vitales (35). En el área de la salud, la investigación y el conocimiento sobre estresores es importante, debido a la relación de estos con la susceptibilidad, el curso y el pronóstico de diversas condiciones o enfermedades de distintos órganos y sistemas (36).

En consecuencia con lo anterior, en la actualidad se cuenta con varios instrumentos autoadministrados para la cuantificación del estrés percibido en el contexto clínico y en investigaciones epidemiológicas (35). La Escala de Estrés Percibido (EEP) es una de las escalas más conocidas para la medición de la respuesta psicológica general frente a los estresores (37). La evaluación psicométrica de EEP en diferentes ámbitos y poblaciones permite que se cuente en la actualidad con varias versiones de esta herramienta de medición. Entre las diferentes versiones se encuentra la original, compuesta por 14 incisos (EEP-14), La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido, calificándose en: Nivel de estrés leve (0 a 18 puntos), Nivel de estrés moderado (19 a 37 puntos) y, Nivel de estrés alto (38 a 56 puntos) (38).

**PROCESO**, es el fenómeno en donde se producen los cambios y se convierten las entradas en salidas o resultados. El sistema transforma, crea y organiza, asimilando la información, el cual ingresa a través de un proceso que da como resultado la reorganización del ingreso para ello cada sistema modifica su entrada (25).

En el presente estudio este elemento lo constituyen las personas adultas mayores de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote; quien percibe, y afronta el nivel de estrés, que experimenta.

**SALIDA**, es el resultado que se obtiene después de procesar las entradas. Los resultados de un proceso son las salidas, las cuales deben ser coherentes con los objetivos del sistema. Al liberar energía, información o materia del medio ambiente durante el proceso se obtiene el producto o salida que en el presente estudio viene a ser el nivel de autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional (25).

Orem, define autocuidado, como “práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. (11)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que el autocuidado son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo, para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad, todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud, y las decisiones referidas a usar tanto los servicios de apoyo informal como los servicios médicos formales (39).

El Ministerio de Salud (MINS) define el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud con la finalidad: de promover la mejora de calidad de vida, adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables, favorecer la independencia y funcionalidad de la persona (40).

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme la persona madura, así se tiene que todas las personas adquieren información sobre el autocuidado por medio de las experiencias de su vida cotidiana, las situaciones que afectan su salud, y por la experiencia transmitida de generación en generación; debido a ella, las actividades de autocuidado están condicionados por muchos factores, biológicos, sociales y culturales (11).

Para la medición se considera el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto mayor (CYPAC-AM) (41), es un cuestionario integrado por 8 categorías ordenadas de las letras A a la H, las cuales fueron las siguientes: actividad física, alimentación, eliminación, descanso, sueño, higiene, confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos. Cada categoría está conformada por 4 ítems; el ítem 1 de cada categoría se forma por 2 incisos y los ítems 2, 3 y 4 por 3 incisos, con un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0. La Norma de Evaluación del Instrumento es el ítem 1 de cada categoría y determina el nivel de independencia o no para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y, por tanto, tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems. Los rangos e Interpretación del Test Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM): Entre 16 y 24 puntos: nivel de autocuidado adecuado. Y, entre 0 y 15 puntos: nivel de autocuidado inadecuado (41).

El profesional de enfermería cumple un rol fundamental en el autocuidado de la persona adulta madura y en el cambio hacia un mejor estilo de vida, considerándose

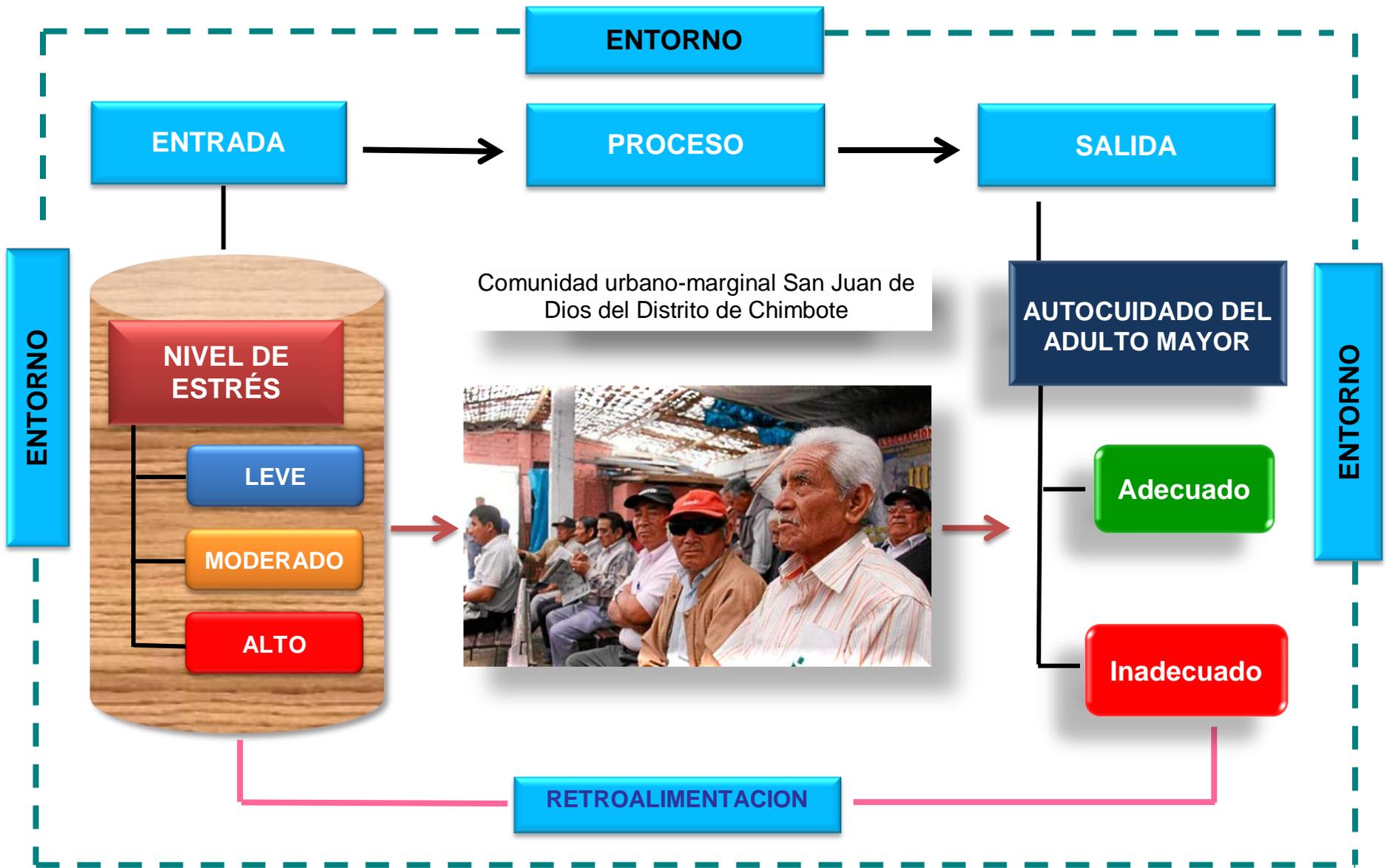
que los estilos de vida son el conjunto de patrones de conducta, escogidos a partir de alternativas disponibles a las personas, de acuerdo a circunstancias socioeconómicas y las facilidades en las cuales puede escoger entre las distintas opciones (42,43).

**RETROALIMENTACION**, es el proceso mediante el cual el sistema recoge información referente al desarrollo del producto que se compara con el objetivo esperado. Esto se produce cuando las salidas vuelven a ingresar el sistema como recursos a información. Permite utilizar la información que se recibe sobre la calidad del producto, para mejorar parcial o totalmente el sistema (25).

Para la presente investigación este elemento permite afrontar, identificar o modificar el nivel de estrés que se relaciona con el autocuidado del adulto mayor con la finalidad de mantener el equilibrio del sistema.

**AMBIENTE**, es el conjunto de circunstancias y condiciones externas e internas que influyen en un sistema. Dado que el ambiente está cambiando continuamente, el proceso de adaptación del sistema es un proceso dinámico y sensible (25).

Para efectos de la presente investigación el ambiente se encuentra constituido por la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote.



ESQUEMA DE LA TEORIA DE SISTEMAS DE LUDWING VON BERTALANFFY ADAPTADA A LA PRESENTE INVESTIGACION

### III. METODOLOGÍA

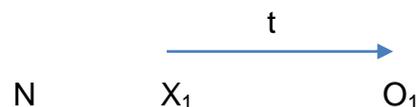
#### 3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación fue de tipo Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal (44).

- Descriptivo: Porque para efectos del presente estudio, se observó los fenómenos tal y como se dan en su contexto.
- Correlacional: Porque determinó la relación que existe entre dos variables.
- De Corte Transversal: Porque se identificó las características de la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procedió a la descripción y análisis de los mismos.

#### 3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El diseño de estudio del presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo (no experimental), con una sola población, que corresponde al siguiente esquema:



*Dónde:*

N : Adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote

X<sub>1</sub> : Nivel de autocuidado

O<sub>1</sub> : Nivel de estrés

t : 2017

### **3.3. POBLACIÓN:**

La población de estudio estuvo conformada por 54 adultos mayores de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote.

#### **a. Unidad de análisis**

Adulto mayor de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios.

#### **b. Marco muestral**

Constituido por el registro de adultos mayores de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios.

#### **c. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores de 60 a 75 años de edad
- Capacidad mental adecuada, orientados en tiempo y espacio
- Participar voluntariamente en la investigación

#### **d. Muestra**

Constituida por 54 adultos mayores de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote.

#### **e. Principios éticos**

La presente investigación consideró los siguientes aspectos éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad del Santa:

- **Autonomía:** Se sustenta en el respeto a la dignidad de las personas que son sujetos de investigación, deben participar de forma voluntaria y disponer de información adecuada. La investigación garantizó el pleno

respeto a los derechos y libertades fundamentales en particular si se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad; por tanto en el presente estudio de investigación se respetó la decisión de los adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento informado luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación (Anexo 01).

- **Anonimato y confidencialidad:** Privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso. Es por ello que el adulto mayor, tiene derecho a la privacidad de sus datos y a su anonimato.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Es la búsqueda del bienestar de las personas que participan en la investigación, evitando acciones que puedan causar daño, disminuyendo los posibles efectos adversos y maximizando los beneficios.
- **Justicia:** Comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.
- **Integridad científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como el análisis y comunicación de sus resultados.

- **Responsabilidad:** El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la decisión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general.

### **3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

#### **A. VARIABLE 1: Estrés:**

##### **a) Definición conceptual:**

Respuesta fisiológica y anímica de reacción ante situaciones externas, instantáneas o continuas que producen en el adulto mayor sensaciones de tensión, tanto físicas como psicológicas frente a eventos difíciles que son percibidas de manera variada según los factores socio bilógicos propios a este grupo profesional (13).

##### **b) Definición operacional:**

Se midió en escala ordinal:

- Nivel de estrés leve : 0 a 18 puntos
- Nivel de estrés moderado : 19 a 37 puntos
- Nivel de estrés alto : 38 a 56 puntos.

#### **B. VARIABLE 2: Autocuidado:**

##### **a) Definición conceptual:**

Es el conjunto de actividades, habilidades y actitudes que realiza la persona con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad

y favorecer el bienestar continuo con libre decisión y responsabilidad  
(11)

**b) Definición operacional:**

Se midió en escala nominal:

- Nivel de autocuidado adecuado:

El adulto mayor que conozca y realice habitualmente actividades de autocuidado y cumpla con las demandas de autocuidado terapéutico: 16 – 24 puntos.

- Nivel de autocuidado inadecuado:

Se considerará al adulto mayor que no cumpla con los requisitos de autocuidado: 0 – 15 puntos.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el presente estudio de investigación se utilizó la técnica de la encuesta, y se recolectó los datos empleando los siguientes instrumentos:

**a) Escala de Estrés Percibido (PSS) (Anexo N° 2) (38)**

Es una Escala de Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems

4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Su calificación será según definición operacional.

**b) Test de Autocuidado del adulto mayor (Anexo N° 3) (41)**

El Test mide la Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto mayor, el instrumento tiene un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0 y, se evaluará de forma general y por cada categoría particular, las cuales fueron las siguientes: Actividad Física, Alimentación, Eliminación, Descanso y Sueño, Higiene y Confort, Medicación, Control de Salud y Hábitos Tóxicos. El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se consideran el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Su calificación será según definición operacional

### **3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS DATOS**

Los instrumentos fueron sometidos a una prueba preliminar, se aplicó una prueba piloto a 10 adultos mayores, de la comunidad urbano-marginal Las Palmas, por tener características socioeconómicas similares, a la población de estudio. Se realizó con la finalidad de que los instrumentos usados sean claros, precisos y entendibles.

#### **A) VALIDEZ:**

La validez fue evaluada a través del juicio de expertos, para lo cual se consultó a personas expertas en el tema. La validación estadística se realizó a través de la correlación de Pearson, obteniendo un  $r$  mayor de 0.20 para cada ítem, considerándose válido.

- Escala de Estrés Percibido (PSS):  $r = 0.49$  significa un alto grado de validez.
- Test de Autocuidado del adulto mayor:  $r = 0.42$  significa un alto grado de validez.

#### **B) CONFIABILIDAD:**

La confiabilidad de los instrumentos se determinó a través de la prueba estadística alfa de Crombach obteniendo los siguientes puntajes:

- Escala de Estrés Percibido (PSS):  $\alpha = 0.881$  significa un alto grado de confiabilidad.
- Test de Autocuidado del adulto mayor:  $\alpha = 0.714$  significa un alto grado de confiabilidad.

### **3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la ejecución del presente estudio de investigación se siguió los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación a la Dirección de la EAP de Enfermería y de igual manera a la dirigencia de la comunidad de San Juan de Dios.
- Se solicitó permiso para la aplicación de los instrumentos.
- Se solicitó el Consentimiento informado a los adultos mayores que participaron en el estudio.
- Luego se aplicó los Instrumentos descritos en 30 minutos aproximadamente por cada instrumento. La aplicación total de los instrumentos fueron en 15 días.

### **3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

El procesamiento, interpretación y análisis estadístico se realizó en el Software especializado de estadística SPSS versión 22.0., en sus dos niveles:

❖ **Nivel Descriptivo:** Los resultados presentaron en tablas unidimensionales y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia absoluta y relativa.

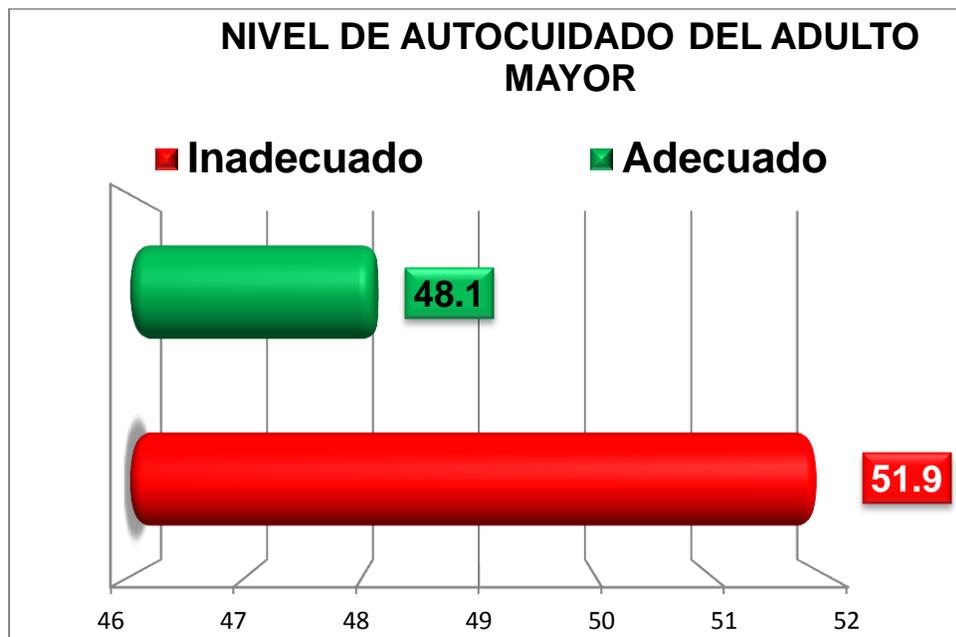
❖ **Nivel Analítico:** se aplicó la prueba estadística e independencia de criterio Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y la prueba de riesgo Odd Ratio (OR), con un 5 % de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar la relación que existe entre nivel de autocuidado y el nivel de estrés en el adulto mayor. Para los gráficos se utilizó el Software Harvard Graphic

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSION

##### 4.1. RESULTADOS

**TABLA Nº 01: NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA  
DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL  
SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017**

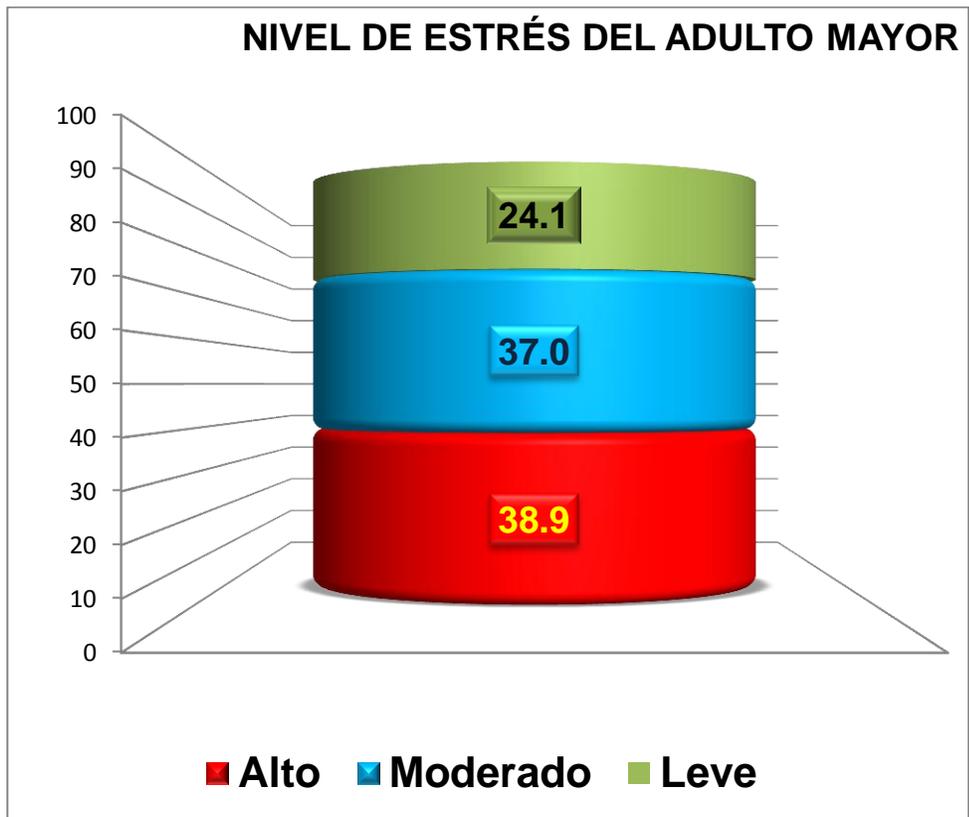
<b>NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR</b>	<b><math>f_i</math></b>	<b><math>h_i</math></b>
Inadecuado	28	51.9
Adecuado	26	48.1
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>



**FIGURA Nro. 01: NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017.**

**TABLA N° 02: NIVEL DE ESTRÉS DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA  
DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL  
SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017**

<b>NIVEL DE ESTRÉS DEL ADULTO MAYOR</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
Alto	21	38.9
Moderado	20	37.0
Leve	13	24.1
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

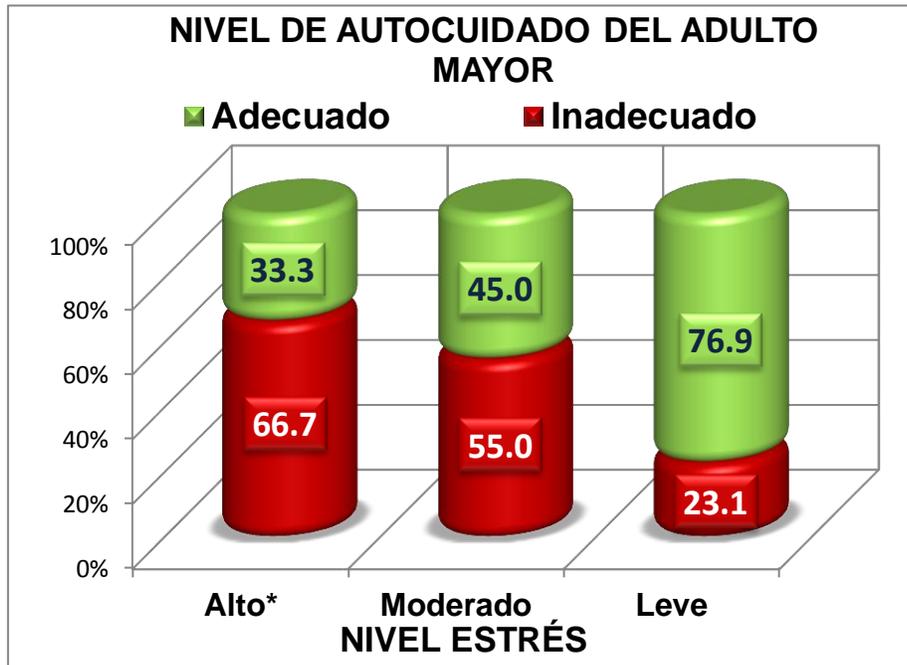


**FIGURA Nº 02: NIVEL DE ESTRÉS DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017**

**TABLA Nro. 03: NIVEL DE ESTRÉS Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017.**

NIVEL ESTRÉS	NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR				Total	
	Inadecuado		Adecuado		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>
	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
Alto*	14	66.7	7	33.3	21	38.9
Moderado	11	55.0	9	45.0	20	37.0
Leve	3	23.1	10	76.9	13	24.1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>51.9</b>	<b>26</b>	<b>48.1</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

$X^2 = 6.1215$  gl=2 p = 0.0469 Significativo  
 \*OR= 2.7 Riesgo muy elevado



$X^2 = 6.1215$   $gl=2$   $p = 0.0469$  Significativo  
 \*OR= 2.7 Riesgo muy elevado

**FIGURA Nro. 03: NIVEL DE ESTRÉS Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE FAMILIA DISFUNCIONAL DE LA COMUNIDAD URBANO-MARGINAL SAN JUAN DE DIOS DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, 2017.**

#### 4.2. ANALISIS Y DISCUSION:

En la **Tabla Nº 01**, sobre el nivel de autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017, se observa que la mayoría de adultos mayores presentan nivel inadecuado de autocuidado (51.9%) y el 48.1% nivel adecuado de autocuidado. Aproximadamente de cada 10 adultos mayores, 5 de ellos presentan un nivel inadecuado autocuidado.

Los resultados son similares con lo reportado por Millán, I. (15), quien refiere que la mayoría de adultos no tienen un autocuidado bueno. Y difiere de lo reportado por Leitón, Z. (1) y, Morales M. y Portilla M. (2007), quienes encontraron que la mayoría de adultos mayores tienen un nivel de autocuidado bueno.

Los resultados encontrados nos permiten evidenciar que en el grupo de estudio existe un porcentaje significativo de personas con autocuidado inadecuado, es decir con baja capacidad de las personas para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El autocuidado son todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud, y las decisiones referidas a usar tanto los servicios de apoyo informal como los servicios médicos formales, para este fin, el profesional de la salud juega un rol importante e influye en las prácticas de autocuidado de las personas (39).

El envejecimiento es un proceso universal, singular, y heterogéneo con cambios en toda la unicidad del ser humano producidos por el paso del tiempo, influenciado por factores internos y externos tornando al individuo vulnerable conduciéndolo hasta la muerte. El resultado final de los cambios y pérdidas dificultan la satisfacción de necesidades y restringen el desarrollo de sus potencialidades y la posibilidad de ejercer una vida plena. Así los adultos mayores deben adaptarse y asumir un protagónico a fin de alcanzar un envejecimiento con bienestar, y el autocuidado se convierte en la mejor alternativa (29,32).

Si bien es cierto que envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo mermando su capacidad de autocuidado. Sin embargo, como en otras etapas de la vida los adultos mayores saben enfrentarse a las circunstancias, y la salud para la mayoría constituye una preocupación principal adquiriendo conocimientos, habilidades y prácticas de autocuidado para un cuidado integral en sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales y espirituales, como se observa en el 48.1% de adultos mayores con nivel adecuado de autocuidado (12).

En la **Tabla Nº 02**, sobre el nivel de estrés del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017, se observa que la mayoría de adultos mayores presentan un nivel de alto estrés (38.9%), seguido de moderado estrés (37.0%) y el 24.1% con leve nivel de estrés. Aproximadamente de cada 10 adultos mayores, 4 de ellos presentan un nivel alto de estrés.

Los resultados difieren con lo reportado por Acosta, R. (18), quien refiere que la mayoría de adultos mayores tiene un nivel medio de estrés con tendencia al alto. Asimismo, si sumamos los resultados de nivel alto y moderado de estrés (75.9%), es similar a lo reportados por Instituto Nacional de Estadística e Informática, quien refiere que en Lima existe más del 60% que sufren de estrés (5).

Los resultados estaría reflejando la relación que tiene el estrés en el proceso de envejecimiento por los diferentes eventos estresantes que se dan en esta etapa de la vida (como los factores fisiológicos, sociales económicos psicológico-emocionales y espirituales), partiendo de su propia percepción psicológica del adulto mayor frente al estrés, percibiéndolo como causante de pérdidas o amenazas y el factor tensionante que el propio envejecimiento puede ser en sí mismo. Todo esto pone en peligro su bienestar por lo tanto los adultos mayores de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios están más propensos a desarrollar más enfermedades de las que muchos ya tienen como parte del proceso degenerativo propia de esta edad y agudizando su situación de salud biológica y salud mental (36).

En la **tabla N° 03**, se presenta la relación que existe entre nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios del distrito de Chimbote, 2017, se observa que entre los adultos mayores con nivel alto y moderado de estrés prevalece un nivel inadecuado de autocuidado (66.7% y 55.0% respectivamente), a diferencia de los adultos mayores con nivel leve de estrés, en quienes prevalece un nivel adecuado de autocuidado (76.9%).

Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe una relación significativa entre el nivel de estrés y nivel autocuidado del adulto mayor ( $p=0,0469$ ). Ante la prueba de riesgo, el tener un nivel alto de estrés se constituye en riesgo muy elevado para un nivel inadecuado de autocuidado ( $OR=2.7$ ), es decir, existe 2.7 veces más riesgo que los adultos mayores presenten un nivel inadecuado de autocuidado si tienen un nivel alto de estrés.

Estos resultados nos indican la relación que tiene el nivel de estrés sobre la práctica de autocuidado.

El estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar. La influencia del estrés en el envejecimiento, se centra en especial con la percepción psicológica que el individuo puede hacer acerca del mismo: percepción de amenaza o reto, vulnerabilidad, capacidad de afrontamiento en la vejez, identificándose diferentes eventos estresantes en esta etapa de la vida, su percepción por parte del adulto mayor como causante de pérdidas o amenazas, y el factor tensionante que el propio envejecimiento puede ser en si mismo. Los altos niveles de estrés que experimentan los adultos mayores es por las dificultades que se le acumulan tanto que no puede superarlas, por las cosas que ha ocurrido inesperadamente y porque no ha podido controlar las dificultades de la vida. En consecuencia las personas adultos mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, y además el envejecimiento del sistema inmunológico los

hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por lo tanto, más propensos a responder inadecuadamente a su autocuidado, con riesgo a desarrollar una enfermedad (29).

Los resultados de los que practican adecuadamente el autocuidado y están con estrés alto y moderado, podría estar asociada a que cuentan con un gran apoyo familiar para no dejarse vencer por el estrés y se cuidan para su bien y sus familiares. Así el adulto mayor mantiene su grandeza y capacidad de superar obstáculos y se auto cuida a pesar del estrés (15).

El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales de la persona, puede convertirse por sí misma o con ayuda de otros en su propio agente de autocuidado, es decir a mejor afrontamiento a los cambios que tenga la persona adulta madura, mejor será el nivel de autocuidado que practique. En tal sentido los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional están llamados a convertirse en agentes facilitadores de este proceso (1,42).

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES:

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En los adultos mayores, la mayoría presentan nivel inadecuado de autocuidado (51.9%) y el 48.1% nivel adecuado de autocuidado.
2. La mayoría de adultos mayores presentan nivel alto estrés (38.9%), nivel moderado estrés (37.0%) y el 24.1% con nivel leve de estrés.
3. Entre los adultos mayores con nivel alto y moderado de estrés prevalece un nivel inadecuado de autocuidado (66.7% y 55.0% respectivamente), a diferencia de los adultos mayores con nivel leve de estrés, en quienes prevalece un nivel adecuado de autocuidado (76.9%), el nivel de estrés y nivel autocuidado se relaciona significativamente ( $p=0,0469$ ), y el tener un nivel alto de estrés se constituye en riesgo muy elevado para un nivel inadecuado de autocuidado ( $OR=2.7$ ).

## **5.2. RECOMENDACIONES:**

1. Diseñar políticas de capacitación sobre autocuidado de la salud para un envejecimiento saludable y digno así como para promover su autonomía e independencia, particularmente en las familias disfuncionales.
2. Promover la participación de los adultos mayores en las actividades sociales de la comunidad y de los servicios de salud, para conservar y recuperar la salud y bienestar físico y psicológico de los adultos mayores.
3. Que el presente trabajo sirva de estímulo y base para realizar investigaciones que incluyan otras variables del tema investigado, que permitan explicar, comprender e intervenir en el cuidado de las personas adultas mayores.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LEITÓN, Z. (2014). Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor. *Enferm. investig. desarro.* 2014, enero-junio, vol 12(1): 32-46.
2. MORALES M., Portillo M. (2007). Estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor hipertenso. Hospital I Essalud Cono Sur Nuevo Chimbote. [ Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería ] Chimbote: Universidad los Ángeles de Chimbote 2006.
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (2013). Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por – Derechos Reservados. [citado 2017 Enero 10] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (2014). Publicado por Minsal – 2014 – Chile. Disponible en [citado 2016 Diciembre 30] [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf)

5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2016). Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor. Octubre-Noviembre-Diciembre 2015. Informe Técnico Nro 1 – Marzo 2016.
6. MINISTERIO DE SALUD (2014). Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Perú. [Internet]. 2005. [citado 5 Enero 2017]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf)
7. SACRAMENTO H, Sánchez M. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Ed. Pearson Prentice Hall, 2005.
8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2004). Mantenerse en Forma para la vida. Necesidades Nutricionales de los Adultos Mayores. Universidad Tufts. Washington: DC: OPS. Publicación Científica y Técnica No. 595. 2004.
9. PAPALIA D, Sterns H, Feldman R, Camp C. (2009). Desarrollo del Adulto y Vejez. 3era. ed. México: Mc-Graw-Hill Educación, 2009.
10. SACRAMENTO H, Sánchez M. (2005). Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Ed. Pearson Prentice Hall, 2005.
11. OREM D. (1983). Teoría del Déficit de Autocuidado. España: Harcourt-Brace, 1983.

12. QUINTEROS M. El Autocuidado. En: *La Atención de los Ancianos: Un desafío para los Años Noventa*. Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. Washington: DC: OPS. Publicación Científica No. 546.1994.
13. HALL, J., y Redding, B. (1990). Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. 2a. ed. Washington: Edit. OPS. 1990. Pp: 5-7, 314 – 316, 358.
14. FALCÓN, G. y Palacios N. (2007), investigaron “Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro, Tabasco. México.
15. MILLÁN, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Febrero 27] ; 26(4): 202-234. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es)
16. HERNÁNDEZ, E.; y, Romero, E. (2012). Estrés en persona mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo. México.
17. SILVA, M.; y Vivar, V. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Ecuador.
18. ACOSTA, R. (2011). Nivel de Estrés y las Estrategias de Afrontamiento que utilizan los Adultos mayores de la Asociación Los Auquis de

Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores-2011.  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima

19. TELLO, M. (2014). Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del MINSA. Lima.
20. ARROYO, T. (2006). Estilo de Vida y Autocuidado en el Adulto Mayor Hipertenso. Es salud Hospital Coishco” Disponible en: [http://uladech.edu.pe/webuladech/demi/compendio\\_enfermeria.htm](http://uladech.edu.pe/webuladech/demi/compendio_enfermeria.htm). Visitado el día 10.11.2014.
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2012). Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud. En informe Sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Recuperado el 14 de febrero de 2013.
22. DIONISIO, Saldivar F. Pérez, (/2004). Edición: Cristina Martínez. Edición web: Vicente Costales (extraído de estrés y factores psicosociales en la tercera edad. ponencia presentada en el congreso de longevidad. hotel nacional, la Habana, 18-21 de.(<http://www.geocities.com/aulogc/mandalas/1.htm>)
23. LOZANO R. (2009). Teoría de sistemas. Accesado el 15 de Enero del 2017. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothy-jhonson.html>

24. CHAVENATO I. (2010). Introducción a la Teoría General de la Administración. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A. de C.V. 5ta edición. Colombia.
25. BERTALANFFY L. (2011). Teoría General de Sistemas. Accesado el 15 de Enero del 2017. Disponible en: [http://dspace.universia.net/bitstream/2024/967/1/Bertalanffy+Ludwig+Von+-+Teoria+General+De+Los+Sistemas+\(p1+-+146+Cv\).pdf](http://dspace.universia.net/bitstream/2024/967/1/Bertalanffy+Ludwig+Von+-+Teoria+General+De+Los+Sistemas+(p1+-+146+Cv).pdf)
26. ROLDÁN, A. (2007). Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería en al UNMSM. Perú.
27. ZAVALA, M.; Vidal, D.; Castro, M.; Quiroga, P.; y, Klaseem, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor Revista Ciencia y Enfermería XII (2): 53 – 62, 2006. Accesado 20.06.17. Link: [www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf)
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2002; 37(S2):74-105
29. REOLID, M.; Lopez, A.; Garcia, J.; Villanueva, M.; Leitón, Z. (2005). Enfermería: Geriátría y Gerontología. Alicante-España: Altabán, 2005.

30. BALTES, P.; Freund, A.; Li S-C. (2005). The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
31. CARSTENSEN, LL. (2006). The influence of a sense of time on human development. Science. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5.doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
32. BALLESTEROS, S. (2004). Gerontología Saber Interdisciplinar. Madrid: Universit S.A., 2004.
33. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) (2003). Guía clínica para atención Primaria a las persona adultas mayores. Washington: DC: 20037 OPS/OMS. 2003.
34. POTTER, P. (2009). Fundamentos de Enfermería, quinta edición, Unida 5 capitulo 30, paginas 658-680
35. KOPP MS, Thege BK, Balog P, Stauder A, Salavecz G, Rózsa S, et al. Measures of stress in epidemiological research. J Psychosom Res. 2010;69:211-25. <http://doi.org/dnz3gh>.
36. COHEN S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA. 2007;298:1685-7. <http://doi.org/fmdb53>.

37. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24:385-96. [http:// doi.org/d2wgms](http://doi.org/d2wgms)
38. REMOR E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9 (1), 86-93*
39. OPS (1993). *Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Serie Paltex N° 31. México. 1993. P. 7*
40. MINSA (2006). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores Publicado por el Ministerio de Salud (MINSA). Perú.*
41. MILLAN, I. (2010). *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Policlínico Universitario "Manuel Fajardo Rivero". Holguín. Cuba*
42. CAMPOS C. (2000) *Concepto de Autocuidado y el Profesional de la Salud en su Rol de Educador. Bol. EPA.*
43. CISNEROS F. (2005). *Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cuaca - Colombia. Accesado el 15 de mayo del 2017. Disponible en:<http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>*
44. POLIT y Hungler (2009). *Investigación científica en ciencias de la salud. México.*

***ANEXOS***

**ANEXO N°1**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente proyecto investigación está siendo conducida por PEREZ MORENO, Sunny Valentina y SAUCEDO MIÑANO, Katerinne Yolanda, con la asesoría del profesor Dr. Juan Miguel Ponce Loza de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 20 minutos de mi tiempo.

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

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

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

Gracias por su participación.

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

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

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

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

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

**Nombre del investigador:**

**Nombre del asesor:**

**Nombre**

**Nombre**

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

.....  
Firma del participante y fecha

.....  
Nombre del participante

**ANEXO N° 02**  
**Escala de Estrés Percibido (PSS)**

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

**ANEXO N° 03**  
**Test de Autocuidado del adulto mayor**

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

Esta dispuesto a participar en la investigación y contestar con sinceridad las preguntas que se le formulen.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

2. ¿Pudiera decir los años que usted tiene cumplidos? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo usted percibe o considera su estado de salud?

\_\_\_\_\_ Supuestamente sano (Saludable) \_\_\_\_\_ Aparentemente enfermo (No saludable)

**TEST propiamente dicho:**

Categorías a medir Formas de medición:

**A. Actividad Física**

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

2. Participa en el círculo de abuelos \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

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

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

**B. Alimentación**

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ No\_\_\_

2. Tiene establecido un horario fijo para comer \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

**C. Eliminación**

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ No\_\_\_

2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

3. Tiene como hábito observar sus deposiciones \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas \_\_\_\_\_ Si\_\_\_ A veces\_\_\_ No\_\_\_

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

#### **D. Descanso y Sueño**

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

#### **E. Higiene y Confort**

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

#### **F. Medicación**

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

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

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud ----- Si\_\_ No\_\_
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar ----- Si\_\_ A veces\_\_ No\_\_
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas ----- Si\_\_ A veces\_\_ No\_\_
4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa ----- Si\_\_ A veces\_\_ No\_\_  
(autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

#### **H. Adicciones o Hábitos tóxicos**

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico ----- Si\_\_ No\_\_
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume ----- Si\_\_ A veces\_\_ No\_\_
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él ----- Si\_\_ A veces\_\_ No\_\_
4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos ----- Si\_\_ A veces\_\_ No\_\_

**Muchas gracias**