

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ESCUELA DE ENFERMERIA

CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES DE UNA
COMUNIDAD URBANA EN S.L.P., MEXICO**

**PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

SELENE FLORES ARREDONDO

NO. CTA. 411515971

ROSA YOLANDA LUCIO RAMIREZ

NO. CTA. 411518893

MARIBEL TOVAR AREVALO

NO. CTA. 411516961

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GOMEZ

MEXICO, NOVIEMBRE DE 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A dios por permitirme estar aquí y ahora.

*A la Escuela de Enfermería Cruz
Roja Mexicana de la UNAM por mi
Formación Profesional como
Enfermera, así como también a
Los diferentes docentes que
Brindaron, Sus conocimientos y su
Apoyo Para seguir adelante día a
Día.*

*A mi asesora de tesis Dra. Gandhi Ponce Gómez
Por brindarme sus conocimientos, sus orientaciones,
Su manera de trabajar, paciencia, tiempo,
Y su motivación para realizar este proyecto.*

ATENTAMENTE: ROSA YOLANDA LUCIO RAMIREZ

Dios tu amor y tu bondad no tiene fin,
Me permitiste sonreír ante todos mis logros
Que son resultado de ayuda y cuando caigo
Me pones a prueba aprendo mis errores
Y me doy cuenta que los ponen enfrente mío
Para que mejore como ser humano y crezca
De diversas maneras.

Familia, quienes han creído en mí
Siempre, dándome ejemplo de
Superación, humildad y sacrificio
Enseñándome a valorar todo lo que
Tengo, gracias por estar presente no
Solo en esta etapa tan importante de
Mi vida, sino en todo momento
Ofreciéndome lo mejor y buscando lo
Mejor para mi persona.

A mi asesora de tesis Dra Gandhi Ponce Gómez por su apoyo
incondicional, ayuda que me brindo Ayudarme en la realización de este
proyecto para obtener mi titulación. No tengo como agradecer su ayuda y
confianza en mí. Que dios la bendiga.

ATENTAMENTE: SELENE FLORES ARREDONDO

Mi agradecimiento primero que nada
Se dirige a quien me ha guiado por
El sentido correcto, a dios, el que
En todo momento está conmigo y a
Mis padres ya que su amor es para
Mí invaluable me han educado,
Me han proporcionado todo lo
Que he necesitado su ayuda fue
Fundamental para la culminación de mi tesis.

A mi pareja la ayuda que
Me ha brindado ha sido
Sumamente importante su
Motivación y esperanzadora
Siempre dijo que lo
Lograría.

Las palabras sobran para agradecer
A todos los que participaron en esto mis
Compañeras y asesora muchas gracia.

ATENTAMENTE: MARIBEL TOVAR AREVALO

DEDICATORIA

*Dedico esta tesis a mis padres Alfredo y Rosario,
Por su sacrificio y esfuerzos por darme una
Carrera para mi futuro, por creer en mí
Capacidad para lograrlo.*

*A mi hermano Isaac, porque con su
Compañía, su alegría, sus ocurrencias,
Me motiva a seguir adelante sin darme
Por vencida.*

ATENTAMENTE: ROSA YOLANDA LUCIO RAMIREZ

*Dedico esta tesis A. DIOS, a San Juan de cupertino,
Patrono de los estudiantes y a la Virgen María,
Quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión
De esta tesis.*

*A mis padres quienes me apoyaron
Todo el tiempo tanto moral y
Económicamente,*

*A mis maestros quienes nunca desistieron
Al enseñarme.*

*A todos aquellos que no creyeron en Mí, a aquellos
Que esperaban mi Fracaso en cada paso que daba
Hacia la culminación de mis Estudios, a aquellos
Que nunca esperaban que lograra terminar la
Carrera, a todos aquellos que apostaban a que me
Rendiría a medio camino, a todos los que
Supusieron que no lo lograría, a todos ellos
Ya que sin su ayuda nunca hubiera podido hacer
Esta tesis A todos ellos se los agradezco desde el
fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.*

ATENTAMENTE: SELENE FLORES ARREDONDO

A mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo.

*A Dios. Por haberme permitido
Llegar hasta este punto y
Haberme dado salud para
Lograr mis objetivos, además de
Su infinita bondad y amor.*

*A mis maestros su gran apoyo y motivación
Para la culminación de nuestros estudios
Profesionales y a la Doctora Gandhi Ponce Gómez
Para la elaboración de esta tesis por su
Apoyo ofrecido en este trabajo,*

ATENTAMENTE: MARIBEL TOVAR AREVALO

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. JUSTIFICACIÓN.....	11
III. OBJETIVOS:.....	12
IV. HIPOTESIS:.....	13
V. MARCO CONCEPTUAL.....	14
5.1 ADULTO MAYOR.....	14
5.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS ACERCA DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR... 14	
5.2.1. Nivel internacional.....	14
5.2.2. Nivel Nacional.....	15
5.2.3. Estatal SLP:.....	22
5.3. CARACTERISTICAS DEL ADULTO MAYOR.....	22
5.3.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS.....	24
5.3.2. CAMBIOS PSICOSOCIALES.....	27
5.4. AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA VEJEZ.....	30
5.4.1. FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO.....	31
5.5. Participación de enfermería en el autocuidado de los Adultos Mayores.....	35
VI. REVISION DE LA LITERATURA.....	37
VII. METODOLOGÍA.....	50
7.1. Tipo de estudio:.....	50
7.2. Universo:.....	50
7.3. Muestra:.....	50
7.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
7.5. Variables.....	50
7.7. Recolección de datos:.....	50
7.8. Descripción del instrumento.....	51
7.9. Análisis de datos.....	51
7.10. Aspectos éticos.....	51
VIII. RESULTADOS.....	54
IX. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	60
X. BIBLIOGRAFÍA.....	61
XI. ANEXOS.....	63

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso de cambio biológico que inicia desde el nacimiento y culmina con la muerte del ser humano, aun cuando es muy investigado, sigue siendo irreversible. El envejecimiento de la población se expresa habitualmente en el aumento de la proporción de personas mayores y en él influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y la mortalidad, si bien las migraciones, por ejemplo, pueden también contribuir, existen continentes con altos {índices de longevidad y bajas tasas de natalidad por ejemplo europa. El incremento de ancianos, sin dudas, demandará nuevas interrogantes relacionadas con estos y su repercusión en aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, medioambientales, recreativos y generacionales, entre otros.¹, incrementando el riesgo de enfermedades potencialmente mortales como las cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, accidentes cerebrovascular, insuficiencia renal y posiblemente el estado de ánimo y demencia.

La OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades para luchar por la salud, por la participación activa en la vida, y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando el ser humano envejece. Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y, al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias, y serán más felices².

La esperanza de vida es una medida que resume las tasas de mortalidad en todas las edades y los programas relacionados con la salud.³

México se ubica en el octavo lugar en esperanza de vida en el continente americano, con un promedio de 76.7 años, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015.

La esperanza de vida de las mujeres es de 73.8 años; la de los hombres, de 69.1 años.

Esperanza de vida para México en 2015: 76.7 años (OMS); 74.95 años (INEGI).

La calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales. Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.⁴

II. JUSTIFICACIÓN

La población adulto mayor está en ascenso a nivel mundial, La OMS, indica que entre el 2015 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22% y nuestro país no es ajeno a ello; teniendo en cuenta que

esta situación se da en un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional.¹

Evaluar la salud en el adulto mayor resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación de la capacidad de autocuidado (capacidad funcional) que hace referencia al conjunto de habilidades que permite llevar una vida independiente². El eje de acción de la enfermera en el primer nivel de atención es la promoción de la salud y prevención de enfermedades para lo cual se tendrá que brindar educación como herramienta esencial para la población que le permita mejorar su capacidad de autocuidado.

Por tal motivo se considera necesario determinar la capacidad del autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria teniendo las bases de acción como son los lineamientos, se pueden implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable.

III. OBJETIVOS:

- Medir los niveles de Autocuidado a la salud en personas de la etapa Adulto Mayor (65 años o más).

- Analizar la existencia de factores que predisponen al adulto mayor tener mayor o menor autocuidado, tales como: edad, sexo, estado civil, enfermedades crónicas existentes, contar con pareja, vivir con familia además de la pareja, recursos para la salud, recursos económicos, etc.

IV. HIPOTESIS:

Las capacidades de autocuidado a la salud en adultos mayores es baja debido a factores socioeconómicos como edad, sexo, estado civil, vivir con la familia, enfermedades crónicas agregadas, etc.

V. MARCO CONCEPTUAL

5.1 ADULTO MAYOR

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.¹

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son considerados de edades avanzadas; de 75 a 90 viejas o ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.²

Las naciones unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países de desarrollo. O sea que México es considerada anciana a una persona a partir de los 60 años.³

Al adulto mayor se le asocia generalmente como una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos.

5.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS ACERCA DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

5.2.1. Nivel internacional

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la mayoría de los países disminuyeron en menor o mayor grado su nivel de fecundidad y aumentaron la sobrevivencia de su población; tendencias que han incidido en un proceso de envejecimiento que caracteriza la dinámica poblacional de la mayoría de los países, dándose con mayor intensidad en aquellos que se encuentran desarrollados. El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada. De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), en 2014, 12% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más,

mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3 por ciento. Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adultos mayores de 32 por ciento.¹

<i>INDICE DE ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO</i>				
	<i>2000</i>	<i>2007</i>	<i>2025</i>	<i>2050</i>
<i>AFRICA</i>	<i>11,9</i>	<i>12,9</i>	<i>17,0</i>	<i>13,6</i>
<i>ASIA</i>	<i>29,0</i>	<i>35,8</i>	<i>64,3</i>	<i>115,7</i>
<i>EUROPA</i>	<i>116</i>	<i>136,2</i>	<i>211,9</i>	<i>262,7</i>
<i>AMERICA LATINA Y CARIBE</i>	<i>25,2</i>	<i>31,3</i>	<i>59,2</i>	<i>112,3</i>
<i>NORTEAMERICA</i>	<i>75,5</i>	<i>86,1</i>	<i>137,2</i>	<i>148,3</i>
<i>OCEANIA</i>	<i>52,7</i>	<i>59,7</i>	<i>89,6</i>	<i>120,2</i>

FUENTE: Ramos C.J.. (2014). reflexión sobre la inclusión social del adulto mayor. 3 de agosto del 2014, de INEGI.

La población mayor de 60 años en Europa son significativos y van en aumento, en el año 2008 la población de 60 y más años en la Europa de los 272 representa el 22,5% de la población total. Se estima que para la mitad del presente siglo esta cifra llegará al 35,2%.²

5.2.2. Nivel Nacional

El 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el 1º de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad, el cual tiene como objetivo reconocer la contribución de los adultos mayores al desarrollo económico y social, así como resaltar las oportunidades y retos que tiene la sociedad asociados al envejecimiento demográfico. Por tal motivo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), presenta un conjunto de indicadores que muestran las condiciones sociodemográficas de la población de 60 años y más.¹

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria. En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 por ciento².

El número de adultos mayores duplicó su monto en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014. Cabe señalar que al interior de este grupo de edad, se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad. De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres, consecuencia de una sobremortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más².

Un enfoque de derechos obliga a mejorar la capacidad institucional (gobierno y familias) para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la seguridad social (tanto en el

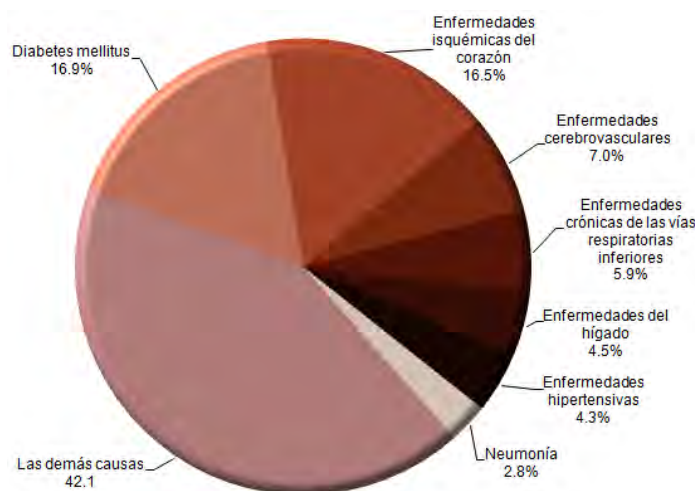
ámbito de las pensiones como de salud); velar porque ningún adulto mayor experimente discriminación en el trabajo; que no padezcan violencia y que sus redes familiares provean los satisfactores necesarios para mejorar su calidad de vida.²

En 2014 el monto de personas de 60 años y más es de 11.7 millones, lo que representa 9.7% de la población total.

MORTALIDAD

El aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De acuerdo a las estadísticas de mortalidad, de las 602 mil muertes registradas en 2012, 61.9% corresponden a personas de 60 años y más. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus (16.9%), las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), las enfermedades cerebrovasculares (7%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), las enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%); en conjunto, estas seis causas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional.³

Porcentaje de las defunciones de la población de 60 y más años por principales causas de muerte¹ 2012



MORBILIDAD

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes.¹ En la persona de edad, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida –familiar, salud, dependencia, entre otros– pueden causar aislamiento, soledad y angustia, situaciones relacionadas con estos trastornos.

En México, para 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 13.5% es por demencia no especificada, 13.2% por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol y 12.3% por trastornos depresivos. Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo.²

OCUPACIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 33.7 por ciento; en los hombres es mayor (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y su nivel disminuye conforme avanza la edad: casi una de cada dos (49%) personas de 60 a 64 años se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo¹⁷ y disminuye a 10.6% en aquellos que se encuentran en una vejez avanzada (80 años y más).¹

Es poca la población que llega a una edad avanzada y tiene los recursos para ser empleador (9.1%); la mayoría trabaja por cuenta propia (50.5%), mientras que una buena proporción son trabajadores sin pago (4.9%). Estos dos últimos contextos son tipificados por organismos internacionales como “trabajo vulnerable”. Una de cada tres personas de 60 años y más (35.5%) es subordinada y remunerada y sus condiciones laborales no son del todo favorables, ya que la mitad de estos no reciben prestaciones (49.2 por ciento).²

Una forma sintética de percibir la vulnerabilidad laboral de esta población es mediante la informalidad. Datos de la ENOE indican que tres de cada cuatro adultos

mayores (74.3%) se insertan al mercado laboral bajo estas condiciones. Un análisis por edad de la población que se ocupa de manera informal, permite observar que son los adultos mayores los que perciben un menor ingreso: uno de cada tres (33.5%) gana hasta un salario mínimo y uno de cada seis (16.2%) no recibe ingreso por su trabajo.²

PENSIONES Y JUBILACIONES

Conforme a la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) levantada en 2013, sólo una cuarta parte de los adultos mayores se encuentran pensionados (26.1%); este porcentaje es casi dos veces mayor en los varones (35%) que en las mujeres (18.5 por ciento). Tres cuartas partes (77.8%) de las pensiones provienen del IMSS, mientras que una sexta parte (14.7%) las otorga el ISSSTE y 7.5% otras instituciones. En los hombres, 47.3% de pensionados se da por jubilación o tiempo de servicio; 43.1% por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada y sólo 4.7% es pensionado por accidente o enfermedad de trabajo. En las mujeres esta configuración cambia radicalmente, 45.3% está pensionada por viudez, 30.6% por jubilación o tiempo de servicio y 19.2% por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada.¹

VIOLENCIA

En la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se establecen las obligaciones de la familia y su función social para con los adultos mayores que residen en el hogar, y prohíbe que “sus integrantes cometan cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos”.¹De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH 2011) de las mujeres alguna vez unidas (unidas y exunidas) de 60 y más años, 45% declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja (a lo largo de su vida).

Las investigaciones realizadas sobre el tema, han demostrado que las mujeres de cualquier edad están expuestas a ser violentadas, pero en el caso de las que se encuentran en una etapa senil, su situación se hace más vulnerable debido a la disminución de sus capacidades físicas, por padecer enfermedades crónicas, tener bajo poder adquisitivo.² En este contexto, los datos de la ENDIREH 2011 muestran que 18% de las mujeres unidas o exunidas de 60 años y más declararon haber padecido agresiones por parte de otros familiares distintos a su pareja o ex pareja, en estos casos los principales agresores resultan ser los hijos (43.3%) e hijas (37.3 por ciento).²

DISCAPACIDAD

El envejecimiento trae en los individuos y en especial conforme avanza la edad, la presencia y manifestación de deterioro físico y enfermedades crónico degenerativas, mismas, que ocasionan en las personas de 60 años y más, dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria de manera independiente. En México según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más. Este grupo de población corre el riesgo de ser vulnerable cuando son personas en edad avanzada y con discapacidad de ser discriminados en cualquier ámbito y ver disminuido el pleno ejercicio de sus derechos individuales

Información de esta misma fuente señala que 1 de cada 3 (31.6%) personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad. Por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de hombres (43.7%) con discapacidad.¹ Por tipo de discapacidad, la que presenta mayor proporción es la dificultad *para caminar, moverse, subir o bajar* (71.9%); le siguen las dificultades para *ver aun usando lentes* (32.1%) y *oír, aun usando aparato auditivo* (21.8%). Por su parte las que menos población concentran son: la *limitación para poner atención o aprender cosas sencillas* (4.4%) y las relacionadas con lo mental (2.1 por ciento). Por causa de discapacidad, 54 de cada

100 son consecuencia de la edad avanzada; 36 por una enfermedad (36.2%) y la causa menos reportada es por nacimiento (1 por ciento).

HOGARES Y TRANSFERENCIAS ECONÓMICAS

En el artículo 4º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se establece la necesidad de garantizar a los adultos mayores una vida digna, con equidad, autorrealización y participación en todos los órdenes de la vida pública, siendo obligación de las instituciones gubernamentales y de las familias generar el contexto adecuado para que se cumplan estos objetivos.¹ Datos de la ENIGH 2012 indican que en el país hay 31.6 millones de hogares²⁴ y en tres de cada diez (30%) vive al menos una persona de 60 años y más. El 41.5% de estos hogares son ampliados, 39.6% son nucleares; 17.3% son unipersonales; 1.3% son compuestos²⁶ y 0.3% son corresidentes.¹

VIVIENDA

La posibilidad de habitar una vivienda cuyas características satisfagan los requerimientos mínimos de higiene, abrigo, privacidad y comodidad, constituye una necesidad básica; por tanto las personas que no cuentan con estas condiciones están en una situación que afecta su desarrollo y calidad de vida. Datos del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2012, muestra que 17.7% de los adultos mayores reside en viviendas con un hacinamiento mayor a 2.5 personas por cuarto, 3.4% habitan viviendas que presentan carencia por piso de tierra; 1.8% habita en una vivienda con techos de lámina de cartón o desechos y 1.4% lo hace en viviendas con muros de barro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina de cartón, metálica o asbesto; o material de desecho.

En cuanto a las carencias por servicios básicos, 20.7% de los adultos mayores habitan en viviendas donde el combustible para cocinar es carbón o leña; 9% reside en viviendas que no cuenta con drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica y 8.5% habita viviendas sin agua entubada dentro de la vivienda o dentro del terreno.

5.2.3. Estatal SLP:

La población de San Luis Potosí muestra hoy profundas transformaciones que afectan su crecimiento y su estructura por edad san Luis potosí, población estimada por sexo, edad.

Grupo de edad	Hombres	mujeres
55-59	43726	47 144
60-64	34 951	37 448
65-69	28 637	30 673
70-74	23 058	24 522
75-79	17 558	18 675
80-84	11 447	12 422
85 y mas	9 190	10 885

La población de 65 años y más muestra ya los efectos de la mayor esperanza de vida y el impacto de la transición demográfica en su conjunto, representando el 7.1 por ciento de la población estatal.

5.3. CARACTERISTICAS DEL ADULTO MAYOR

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son considerados de edades avanzadas; de 75 a 90 viejas o ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad

Características del envejecimiento

- Universal, es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo, porque es un proceso acumulativo.

- Continuo, tiene un inicio y final.
- Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está Influído por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del Envejecimiento.¹

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer. A continuación se revisarán algunos cambios asociados al envejecimiento.

5.3.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS

Se produce una pérdida de estatura (1 cm por década a partir de los 40-50 años), que suele atribuirse a la pérdida de masa ósea y la consecuente reducción en la Altura de los cuerpos vertebrales. También hay una redistribución de tejido adiposo con tendencia a fijarse de forma centripeta en el tronco, así como una pérdida de masa muscular (sarcopenia) y una pérdida del contenido total de agua, que es más acusada en el líquido intracelular.

Piel: A nivel de la epidermis aparecen fenómenos atróficos, la capa basal se hiperpigmenta y existe cierto grado de hiperqueratinosis. En la dermis, también se evidencia atrofia y degeneración del colágeno, que da lugar a elastosis senil y degeneración actínica, junto dilatación de los vasos sanguíneos y roturas vasculares que ante traumatismos insignificantes, da lugar a la púrpura senil.

Aparato cardiovascular: El corazón, hipertrofia de la pared posterior del ventrículo izquierdo, junto con aumento de la fibrosis cardiaca y atrofia de las fibras musculares; como resultado se producen aumento de la rigidez del aparato subvalvar. En la pared vascular la capa intima aumenta su grosor como consecuencia del depósito de calcio, de distintos tipos de tejido, esteroides de colesterol y fosfolípidos; el cual se traduce en un aumento de la rigidez de la arteria y en una disminución de su elasticidad y de la luz vascular, lo que incrementa las resistencias periféricas y contribuye a aumentar la presión arterial Sistólica.

Riñón: Disminución progresiva del filtrado y una reducción del aclaramiento de creatinina a partir de la cuarta década, al aumento Paralelo de la creatinina sérica, debido a su menor producción endógena, aumenta la permeabilidad de la membrana glomerular para las proteínas y como consecuencia la proteinuria. También disminuye la capacidad máxima de

reabsorción tubular de la glucosa, de fosfato y de sodio, así como la capacidad para concentrar y diluir orina.

Aparato digestivo: La disminución del número y la funcionalidad de las piezas dentales reducen la eficacia de la masticación, lo que junto a una menor secreción de saliva, dificulta la formación del bolo alimenticio. Se produce atrofia de las papilas gustativas. Se altera la motilidad esofágica, con disminución de la amplitud de las ondas peristálticas, presencia de ondas polifásicas, relajación esofágica y Relajación incompleta del cardias. La mucosa gástrica aumenta su susceptibilidad a la lesión inducida por el jugo gástrico debido a una disminución en la cantidad y eficacia de la capa de gel secretada por las células gástricas, a una menor síntesis celular de prostaglandinas citoprotectoras, y a la disminución de la capacidad de Reparación de las lesiones, derivada de una menor capacidad proliferativa del epitelio. En el intestino grueso varios factores favorecen La aparición de divertículos: menor motilidad clónica con aumento del tiempo de tránsito por pérdida de neuronas del plexo mioentérico; aumento en la consistencia de las heces secundario a un menor consumo de fibra e incremento de la absorción de agua debido al aumento del tiempo de tránsito y al aumento del colágeno en la pared del colon.

Aparato respiratorio: Se produce un aumento del volumen residual pulmonar, con disminución de la capacidad vital y del volumen de reserva espiratorio. Hay también aumento del espacio muerto fisiológico y pérdida de pequeños vasos periféricos. En la gasometría existe una discreta tendencia a la reducción de la PO₂ arterial.

Aparato genitourinario: La vejiga pierde elasticidad y tono muscular, lo que debilita el suelo de la pelvis y el esfínter vesical. En el caso del varón también se producen cambios en la próstata que se encuentran a caballo entre lo fisiológico y lo patológico. Estos cambios tienden a favorecer la existencia de retención urinaria, de infección y, eventualmente, de incontinencia.

Sistema nervioso: Los cambios en el sistema nervioso central son muy variables. Se pierden neuronas, esta pérdida se compensa en parte debido al fenómeno de neuroplasticidad, consisten en el desarrollo de estructuras y funciones nuevas en determinadas neuronas, mediante neo conexiones sinápticas a través de la formación de nuevos árboles dendríticos. Las neuronas perdidas se sustituyen por glía dando lugar a fenómenos de gliosis. También aparecen placas seniles, ovillos neurofibrilares, cuerpos de Lewy, degeneración granulo vacuolar y distrofia neuro axonal, así como cambios importantes en los sistemas de transmisión neurohormonal. Todo ello se traduce, en el plano somato-sensorial, en cierta pérdida de la sensibilidad táctil, vibratoria y discriminatoria; en el plano motor, en una menor capacidad de coordinación y de control muscular; desde el punto de vista intelectual-cognitivo, en una pérdida de memoria reciente, con dificultad para nuevos aprendizajes, y en el comportamiento, en pérdida de la adaptabilidad al medio y en enlentecimiento en general.

Sistema endocrino: En la adenohipófisis, apenas se modifica la secreción de la hormona estimuladora del tiroides (TSH), hormona adrenocorticotropa (ACTH) y hormona de crecimiento (GH). Sí lo hacen los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), en relación con las alteraciones hormonales ligadas al climaterio. Las hormonas T3 y T4, mantienen niveles normales. Algo parecido ocurre en la corteza suprarrenal. No se modifican los niveles de cortisol libre plasmático y urinario, ni los de cortisol unido a Proteínas, siendo más lento el de aclaración metabólica y menor el número de receptores a glucocorticoides. No cambia tampoco la respuesta de la ACTH plasmática a la sobrecarga quirúrgica o a la hipoglucemia. Sí disminuyen la producción de andrógenos suprarrenales y los niveles de aldosterona en sangre y orina. Hay pocos cambios en las tasas de secreción de insulina, conservándose normal la unión insulina-receptor, por lo que la menor sensibilidad a la insulina que se aprecia con la edad se atribuye a una mayor resistencia a ella en Los tejidos periféricos.

Sistema hematológico: Los cambios son muy escasos. La médula activa se reduce en un tercio entre los 20 y los 70 años, y es posible observar menor número de células precursoras, pero la potencialidad hematopoyética se mantiene siempre muy por encima de las necesidades fisiológicas. Hay un ligero aumento en la fragilidad osmótica del hematíe o una menor capacidad bactericida de los Neutrófilos.

Sistema inmune: Se producen cambios notables con una limitación progresiva para cumplir su papel de vigilancia y defensa. Hay un aumento de autoanticuerpos séricos y más facilidad para adquirir enfermedades infecciosas, tumorales y autoinmunes. En relación con el sueño, aunque suele aumentar el número de horas en la cama, se reduce el de horas de sueño total y de sueño profundo, así como el de movimientos oculares rápidos (sueño REM), y aumenta el número de despertares.(18).

5.3.2. CAMBIOS PSICOSOCIALES

El campo psicosocial es de una gran amplitud, por lo que sintetizaremos la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

La ideología del “viejísimo”: Nuestra sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”; identificando esta etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social. El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor Como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal. Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de Superación, debido al gran temor a ser rechazados.

La vida laboral: El llegar a ser adulto mayor implica para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilación bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, por pérdida de su identificación dentro de la sociedad. Siente que “no son nadie” y pierde su sociabilidad. Por otro lado, la Teoría de la Continuidad refiere que el empleo del tiempo libre evita que se produzca esa crisis de ruptura e identidad social.

Cambio del rol desempeñado: Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas cuyo desempeño los haría sentirse útiles, y con reconocimiento social, elevando su autoestima. Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos.

Las personas adultos mayores deben buscar qué hacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aun sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro Paredes de su hogar, donde viven como desocupados un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, y sin horizontes. Sin embargo, muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener la familia y de criar a los hijos. Escogen amigos, como lo hicieron en su juventud, y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para la mayoría de los ancianos y, ellos mismos son para éstos, en crisis o no, una fuente de sabiduría, compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar.

Autoestima: Muchas veces la autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos negativos. Si el adulto mayor se percibe a sí mismo en esos términos, toma una actitud fatalista, de resignación y apatía, inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.

La depresión: La pérdida del entusiasmo de vivir es el trastorno mental más habitual, asociado a todos los cambios y pérdidas y poco puede hacer el adulto mayor para evitar su aparición pero mucho para superarla. Los síntomas somáticos y fisiológicos son más frecuentes e importantes que los emocionales y psicológicos, porque se mezclan con los cambios normales que se producen en la vejez. Puede configurarse esas sensaciones de soledad y aislamiento por el déficit sensorial, disminución del poder adquisitivo, cambios de vivienda, poca cantidad y calidad de los contactos y por la pérdida de sus seres queridos y amigos.

Afrontar la muerte: Algunos ven el cese de la vida como alternativa, de pasar a “mejor vida” y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma, o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. El adulto mayor tiene menor temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor intenso. Las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la muerte. Se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte (el “bien morir” de los antiguos filósofos estoicos - prueba de haber llevado una vida sana) puede ser el logro más importante de los últimos años.

Fragilidad en el adulto mayor

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas

fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

Este estado predispone al adulto mayor en la aparición de eventos adversos para la salud, dentro de ellos las limitaciones en ejecutar las actividades instrumentales de la vida diaria.

5.4. AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN LA VEJEZ.

Etimológicamente el autocuidado está conformado por dos palabras: “auto” del griego *aúto* que significa “por uno mismo”, y “cuidado” del latín *cogitatus* que significa “pensamiento”, lo que sería entonces el cuidado propio.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asumió el compromiso de fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos los programas de desarrollo, por ello, el tema del Día Mundial de la Salud durante 1999 fue “Sigamos activos para envejecer bien”. Un envejecimiento activo abarca todas las dimensiones de la vida física, mental, social y espiritual.²

Desde su creación en el año 2002, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) ha impulsado acciones que fomenten el desarrollo integral de las personas de 60 años y más de edad, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo familiar, social, comunitario, económico y político del país. El proceso del envejecimiento, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) indica, alienta a conciliar las necesidades e intereses de los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración donde cada persona, independientemente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar.³

En la Carta de Otawase refiere al autocuidado como las practicas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidado de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso

continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.⁴

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, dialogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.⁵

5.4.1. FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son.¹

- **FACTORES INTERNOS O PERSONALES:**

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

Los Conocimientos: Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.²

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una „clave para la acción” diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina „clave para la acción” a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o Una creencia.³

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

Las Actitudes: Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, Tolerante.⁴

Los hábitos: Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comporta mentales por su repetición.⁵

FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:6

Cultural: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones.⁷

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean „vanidosas“ y a los hombres se les dice lo contrario.⁸

La familia como pilar fundamental en la etapa de vida adulta

Mayor: La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.⁹

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.¹⁰

TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres categorías relacionadas: teoría de sistemas de enfermeros, teoría de déficit de autocuidado y teoría de autocuidado.¹

- **Teoría del autocuidado**

En la que 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".²

Los requisitos de autocuidado se definen como un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias, para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o desarrollo humano, o de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos: El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en la norma compatible con la vida, la salud y el bienestar personal.³

Los requisitos de autocuidado que deben satisfacer los individuos Orem los determina en 3 tipos: Requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.⁴

Los requisitos de autocuidado universales son definidos como los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida, o lo que está en proceso de ser validado, sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisito de autocuidado de desarrollo. Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
- Implicación en el autodesarrollo
- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud son propuestos para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo, determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. ^{6.7.8}

5.5. Participación de enfermería en el autocuidado de los Adultos Mayores.

VI. REVISION DE LA LITERATURA

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
Autocuidado en diabeticos tipo 2 con y sin control glucémico	cuantitativo	57 diabéticos controlados y 76 sin control glucémico, con promedio de 60 años de edad en una clínica del Seguro Social en México en 2003.	Analisar los principales elementos relacionados con el dominio cultural del autocuidado de la salud, entre pacientes con diabetes tipo 2 con y sin control glucémico.	Estudio exploratorio descriptivo y comparativo	<p>Los grupos de pacientes con y sin control no presentaron diferencias estadísticamente significativas, respectivamente, por edad (61.88+9.2 y 60.42+11.3); sexo (46% hombres, 54% mujeres y 39% hombres, 61% mujeres), estado civil (71% casados y 74% casados), escolaridad (60% y 66% con educación primaria o menos), y ocupación (32% y 34% trabajan).</p> <p>Los participantes muestran a diferente estructura semántica sobre la concepción del ejercicio entre los grupos de pacientes y la diferencia en el promedio de conocimiento cultural sobre el apoyo familiar para la salud de paciente. Estas informaciones deben ser tomadas en cuenta al elaborar programas educativos, de auto atención y atención médica adaptados a la cultura del paciente con diabetes tipo 2.</p>
TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos

Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos	cuantitativo	833 ancianos	Determinar el riesgo de úlceras por presión según Escala Norton en ancianos y clasificar el nivel de riesgo según proveedor de cuidados.	Estudio descriptivo, transversal	En Lima, Perú, el 53,3% de ancianos se encontraba en un rango de 80-89 años de edad, 69,8% eran de sexo femenino, 54,0% viudos y 34,9% asistidos por un cuidador informal. Asimismo, el 43,4% presentó un riesgo medio para úlceras por presión, siendo que el 65,1% presentaba estado físico general regular, estado mental apático 45,4%, actividad disminuida 65,1%, camina con ayuda 61,8% e incontinencia ocasional 55,5%. Con relación a clasificación de riesgo según cuidador, destacó el riesgo medio en todos los proveedores, sin embargo, el 26,4% asistido por cuidador informal presentó riesgo muy alto y el 25,9% asistido por otro familiar riesgo alto. Conclusiones: gran proporción de ancianos tuvo riesgo medio para presentar úlceras por presión, siendo que las condiciones determinantes lo incrementan
--	--------------	--------------	--	----------------------------------	--

Gallo Woolcott Karla Eleonora¹ , Pachas Fernández Carol Gissela¹ .. (17 de marzo del 2008). Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima.. pdf, 1, 1

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores	cuantitativa	240 adultos mayores	determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial	estudio descriptivo, de corte transversal	a media total ASA de los adultos mayores fue de 46,8, desviación estándar de 4,6; el 99,6% presentó “baja agencia de autocuidado”, en un rango de 24 a 59 puntos. La edad media fue de 71,6, desviación estándar de 6,7; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. El 21,7% estaba afiliado a Caprecom. El 23,8% presentaba problemas renales; el 71,3% reportó deficiencias visuales; el 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y el 84,2% con pulso normal. El 72% del sexo femenino se ubicó en un rango de diámetro abdominal en riesgo (mayor de 80 cm). Conclusión: los adultos mayores presentaron baja agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes que ameritan la atención por enfermería

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Hallazgos
Envejecimiento activo: cuidado Y autocuidado del adulto Mayor en respuesta a la Problemática social del Envejecimiento.	Cuantitativo	70 pacientes	Cuidado Autocuidado Envejecimeinto Activo Estudio analitico	<p>De los encuestados, 98% de sexo femenino y 2% de sexo masculino. Todos viven en sus hogares,</p> <p>La edad promedio es de: 74 años de edad. (rango entre 60 y 88 años)55% viven solas, 24% viven con sus esposos y 21% viven con otros familiares.(hijos, nietos).</p> <p>El ingreso económico que perciben les posibilita afrontar gastos de medicamentos, alimentación, pago de impuestos, vestimenta, higiene, etc. Un 37% requiere de la ayuda económica de un familiar (hijos) para afrontar gastos de medicamentos.</p> <p>El 99% le asigna alta importancia al cuidado de la salud. Lo identifican relacionado con una sensación de bien-estar personal, lo consideran “importante”; el 91% responde que “ cuidarse es importante para sentirse bien”., otras respuestas: “poder vivir”, “mantenerme activo- Pero ante la pregunta sobre cuidados puntuales ,como mamografía, papanicolau, densitometría ósea,, el 99% no lo hacen con la frecuencia que corresponde.. El examen prostático, si bien los hombres encuestados no hacen una muestra</p>

representativa por el bajo número de hombres que concurren a los talleres, no se lo realiza ninguno.

El 39% consulta al médico anualmente, de no surgir otra situación que lo amerite .El 61% responde “ voy cuando lo necesito” .

Ganso,H, Berezin, S y Scarímbolo, G. (2011). ENVEJECIMIENTO ACTIVO: CUIDADO Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN RESPUESTA A LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO. 2011, de II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR . Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires Sitio web: <http://www.academica.org/000-052/293>

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
El Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento: una propuesta educativa basada en el envejecimiento activo	Cualitativo	36 por ciento	tiene como objetivos, mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social de las personas a medida que envejecen, al tiempo que promueve la participación y el ejercicio de sus derechos humanos	educativo	México se encuentra en un proceso de envejecimiento moderadamente avanzado con un índice de envejecimiento de 33.9 y una tasa de natalidad de 2.1. Al no contar con un Plan Nacional Gerontológico, las instituciones responsables de proporcionar seguridad y servicios sociales diseñan estrategias para hacer frente a los retos del envejecimiento. En el año 2007, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) crea el Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento (CENESAEN) con el objetivo de normar el Programa de Envejecimiento a nivel nacional y operar un proyecto académico capaz de proporcionar atención educativa en el área de envejecimiento a trabajadores del Estado, jubilados y pensionados, derechohabientes y población abierta.

Cantillo Loria, L. Vivaldo M, M.. (jun 2011). El Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento: una propuesta educativa basada en el envejecimiento activo. 2011, de Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM) Sitio web:

<http://hdl.handle.net/10045/201>

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
autocuidado capacidad funcional adulto mayor	descriptivo	86 Adultos mayores de 60 a 74 años	determinar la relación que existe entre la capacidad funcional, depresión y las prácticas de autocuidado en el adulto mayor.	86 personas se aplicó los índices de Katz, Lawton, GDS, la escala de autocuidado de Leitón que permite evaluar la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en sus dimensiones: biológica y psicosocial y espiritual.	Los hallazgos mostraron el perfil de adultos mayores: edad promedio 71.06 años+71.26 años, 64% tiene entre 60 a 74 años, 54.6% son mujeres, 68.6% casados o convivientes, el 77.9% tienen educación primaria, 79% religión católica y 75.6% poseen seguro de salud. El 92.8% son independientes en la capacidad funcional básica y el 62.8% independientes en la capacidad funcional. El 59.3% de adultos mayores no muestran manifestaciones de depresión, 27.9% con probable depresión y 12.7% con depresión establecida. El 82.6% de adultos mayores tienen un nivel bueno de prácticas de autocuidado y el 17.4% autocuidado regular.

Camacho Serrantes, Susan Lachuma Viera, Iris. (2014). Camacho Serrantes, Susan Lachuma Viera, Iris. 2014, de iquitos Sitio web: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/211>

País	TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
San sebastian	Mitos y realidades sobre la vejez y la salud en los estudiantes de enfermería	descriptivo	264 alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería	Medir el conocimiento de los alumnos sobre la vejez y la ancianidad, y detectar creencias erróneas que puedan interferir en el cuidado de las personas mayores.	encuesta Hechos sobre el envejecimiento y la vejez de Fernández-Ballesteros, que contiene 23 enunciados sobre la vejez, de los cuales 11 son verdaderos y 12 falsos.	Destaca la existencia de algunas creencias erróneas que, si se mantuviesen, dificultarían fomentar la autonomía de los ancianos. Asimismo, este estudio orienta sobre aspectos a tener en cuenta en la formación de los futuros profesionales de enfermería

Xabier Zupiria Gorostidi, María Teresa Barandiaran Lasa, María José Uranga Iturrioz, M. J. Alberdi Erize, Joseba Xabier Huitzi Egilegor, Xabier Sanz Cascante. (2003). Mitos y realidades sobre la vejez y la salud en los estudiantes de enfermería. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica,, 14, 188,194.

País	TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
	Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar.		94 adultos mayores	determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar.	El TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar.	El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar

Ellen Esquivel, Katherine Doreyda Padilla Guibovich, Karen Estefania. (14-jul-2016). Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. 14-jul-2016, de Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO Sitio web: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/168>

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
AUTOPERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE SU VEJEZ	cuantitativo	60 años o más	aproximarse a los significados y percepciones que tienen los adultos mayores sobre esta etapa de su vida	análisis de la percepción que tienen los hombres y mujeres adultos mayores sobre la etapa en la que se encuentran actualmente,	Existe una asociación muy cercana entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas adultas mayores.

Sagrario Garay Villegas, Rosaura Avalos Pérez. (2009). AUTOPERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE SU VEJEZ. *kairos*, 12, 39-5

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado	Cuantitativo	adultos mayores de 65 años	Evaluar si el hecho de vivir solo o acompañado influía o no en el nivel de depresión de los mismos.	Inventario de Depresión de Beck, estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión. Los resultados mostraron que el nivel de depresión de las	Los resultados mostraron que el nivel de depresión de las personas mayores de 65 años que vivían solos es mayor que el de los que vivían acompañados

Analía Verónica Losada Marina Alvarez Strauch. (junio 2014). Argentina. Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años.. neuroman, 1, 48.

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Hallazgos
“AUTOCUIDADO EN LA VEJEZ”	cualitativo	Adulto mayor	Proporcionar a los ancianos una contextualización de los principales cambios que están experimentando en el plano físico, cognitivo, social y de personalidad, posterior a ello se hace una serie de recomendaciones para su autocuidado y reducir un	La vejez de acuerdo con Fernández (2006), es una etapa de la vida que comienza a partir de los 60 a 65 años de edad, y se caracteriza por un proceso de envejecimiento, que es el declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas de nuestro cuerpo tanto biológicos, físicos, cognitivos y psicológicos; es decir, se inicia una involución que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo. Algunos autores consideran su inicio a partir de los 60, otros de los 65 - 70 años; por su parte la Organización de las

deterioro patológico, es decir fuera de lo que se espera en esta etapa. Finalmente se recomienda la aceptación y el autocuidado para lograr transitar la etapa de la forma más autónoma y con mayor calidad posible

Naciones Unidas (2002), especifica el comienzo a los 65 años en países desarrollados y 60 para los que están en vías de desarrollo, como es el caso de México. Actualmente en nuestro país de acuerdo con el INEGI (2010), la esperanza de vida se encuentra a los 76 años de edad, situación que refleja un incremento considerable de acuerdo a los registros en años anteriores; de igual forma es importante considerar que según la pirámide poblacional la mayor parte de sus habitantes, se encuentra entre la edad 10 a 20 años; por lo que dentro de 50 años aproximadamente esta población se encontrará, justamente en la tercera edad; esta situación demanda prestar mayor atención a las necesidades que generará esta población en un futuro, para las cuales, posiblemente los gobiernos no se preparen adecuadamente; por lo tanto, es responsabilidad nuestra informarnos y prepararnos para vivirla dignamente en la medida de las posibilidades.

Mónica Minutti Urban, Anabel Zarco Ortiz María Amparo Miranda. (07/06/2011). "AUTOCUIDADO EN LA VEJEZ". 2011, de Universidad Bancaria de México Psicología y Educación Integral A.C. Sitio web: http://www.apsique.cl/blog/autocuidado_en_vejez

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Metodología	Hallazgos
Autocuidado de la salud para el adulto mayor Manual de información para profesionales	Cualitativo	Ancianos	informar, instrumentar, proponer a los profesionales un marco teórico necesario para desempeñar el papel de facilitador(a) en el proceso de aprendizaje para que los adultos mayores logren sensibilizarse, informarse, capacitarse, empoderarse; internalizar y practicar su autocuidado ante los cambios propios del envejecimiento contribuyendo a la consecución de un envejecimiento saludable y satisfactorio	holístico	Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición. Persona adulta mayor dependiente o postrada, se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% a un 5% de los que vienen la comunidad tienen esta condición

Mg. Zoila Leitón Espinoza Dr. Yiduv Ordóñez Romero. (junio 2003). Autocuidado de la salud para el adulto mayor. 2003, de Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Sitio web: <https://es.scribd.com/doc/33706153/Autocuidado-Del-Adulto-Mayor-MUY-BUENO>

TITULO	TIPO DE ARTICULO	Población de estudio	Objetivo	Hallazgos
autocuidado en las personas mayores de la ciudad de san francisco de Campeche	Cuantitativo	50 personas	El objetivo de este estudio es identificar si existe relación entre el autocuidado y las personas adultas mayores que asisten al Centro de rehabilitación y Educación Especial, en la Ciudad de San Francisco de Campeche. Para ello se utilizó el método descriptivo, exploratorio con alcance cualitativo, y los instrumentos Test de capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM). El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS. Los sujetos de estudio fueron 50 personas adultas mayores d más de 60 años.	En los resultados se encontró que 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 %. En conclusión, en relación con el sexo y la percepción de autocuidado, la población total de hombres encuestados presentan un nivel de autocuidado adecuado, 11.11 % menor al 50 % estipulado, en comparación con el total de mujeres, quienes presentaron 0 %, lo que quiere decir que los hombres presentan mayor autocuidado que las mujeres

VII. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio:

Diseño: Descriptivo, cuantitativo y transversal

7.2. Universo:

Para mediados de 2015 la población de adultos mayores en San Luis Potosí fue de 292 mil 552 personas de las cuales, 47.4% son hombres y 52.6 son mujeres en San Luis Potosí.

7.3. Muestra:

Por conveniencia, Se aplicarán 50 cuestionarios “Escala para Estimar capacidades de Autocuidado (EECAC) de Evers, Isemberg, Philsen, Senten y Browns (1989)”

7.4. Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

Adultos mayores hombres y mujeres de 60 años o más

- Criterios de Exclusión
- Adultos hombres y mujeres menores de 60 años.

7.5. Variables

Variable dependiente: Capacidades de autocuidado para diabetes mellitus Tipo2

Variable independiente Sexo, edad, estado civil, recurrencia de consulta médica, complicaciones existentes.

7.6. Prueba Piloto:

Se realizará una prueba piloto en el 10% de la población (5 sujetos) con sujetos con características semejantes a la del estudio.

7.7. Recolección de datos:

Se llevará a cabo la recolección de datos en adultos de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No 45 en el turno matutino a través de un instrumento autoadministrado de “Capacidades de autocuidado para diabetes Mellitus” (autor

Evers, Iseberg, Philsen, Senten, y Browns 1989, adaptado por Gallegos. que contemplaba en su llenado un promedio de 15 minutos.

7.8. Descripción del instrumento: Se aplicará el instrumento “Capacidades de autocuidado para diabetes Mellitus” (autor Evers, Iseberg, Philsen, Senten, y Browns 1989, adaptado por Gallegos y readaptado por Ponce, Reynoso Saldaña y López 2016.; . Que consta de 24 items tipo Likert

7.9. Análisis de datos: Los datos serán procesados en el paquete estadístico SPSS V.11.0, se obtendrán tablas o gráficas donde se señala la frecuencia y porcentajes y medidas de tendencia central para el informe descriptivo

La ponderación se llevará a cabo de la siguiente forma:

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	
Muy baja	1- 2.00
Baja	2.01 – 3.00
Buena	3.01 a 4.00
Muy buena	4.01 a más

7.10. Aspectos éticos

Se entregará un Consentimiento informado para dar consentimiento a la investigación resguardando la confidencialidad de los datos y la integridad del participante.

El estudio se realizará bajo las disposiciones de la Ley General de Salud que en materia de investigación para la salud; en el Título Quinto, Capítulo único, con sus ocho artículos (del 96 al 103) se establecen las bases generales para normar toda la investigación médica.

Y con base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo, (de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), Capítulo 1 sobre las disposiciones comunes, del Artículo 13 donde se señala lo siguiente: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 17 del mismo Reglamento donde se señala la probabilidad de riesgo para el sujeto investigado, cabe mencionar que el trabajo propuesto no representó ningún riesgo para los individuos involucrados, sin embargo, se llevó a cabo el consentimiento informado de manera escrita (anexo 6) y verbal ante el padre o tutor de cada uno de los niños, así también se realizó la gestión necesaria con el área correspondiente, para lograr la colaboración del personal que se encontraba en los servicios, cumpliendo así con lo estipulado en el artículo 21, específicamente en sus fracciones:

- I. Cuando se dé a conocer la justificación y los objetivos de la investigación.
- III. Al explicar las molestias o los riesgos esperados, tanto para los pacientes como a las compañeras de enfermería.
- V. Al garantizar que se dará respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- VII. Se dará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento para dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, y
- VIII. Asegurando que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

También se considerará lo convenido en el Código Ético de enfermería, específicamente en el capítulo segundo: De los deberes de las enfermeras para con las personas, en sus artículos:

2°. “Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”

3°. “Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”, y

5°. “Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”

Y en relación al capítulo cuarto: De los deberes de las enfermeras para con sus colegas, en sus artículos:

19°. “Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal”

21°. “Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos” y,

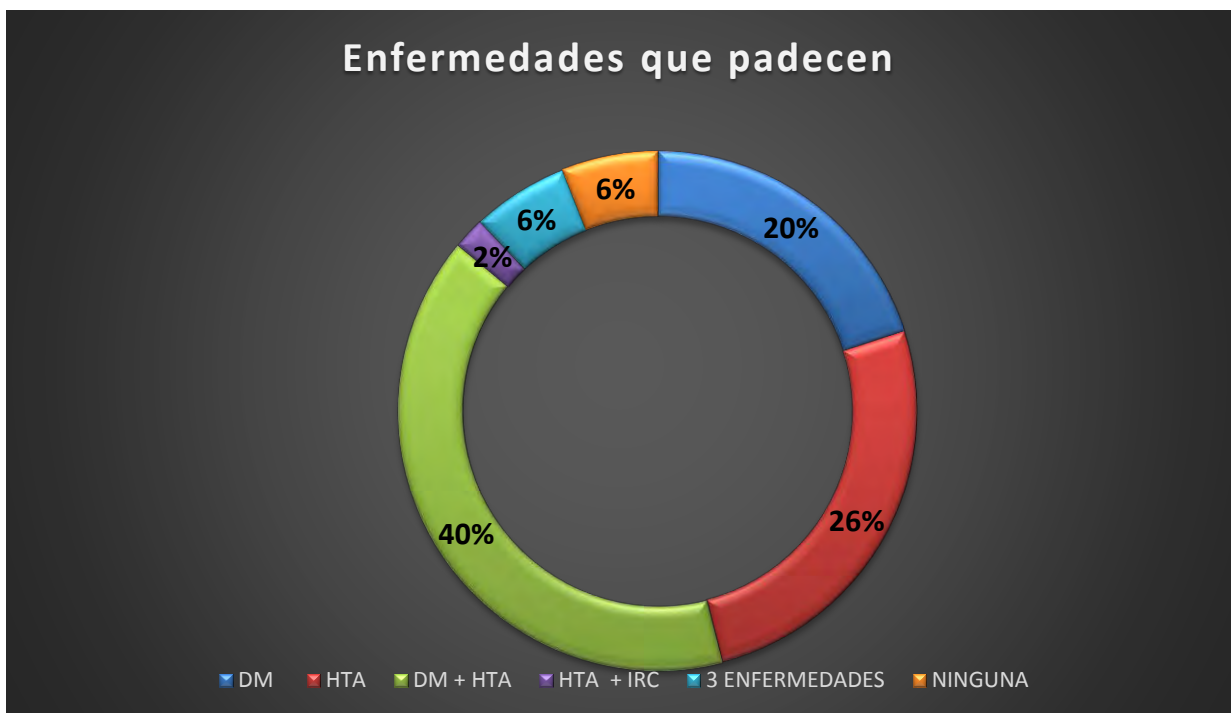
22°. “Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos”.

VIII. RESULTADOS.

De la población estudiada, se tuvieron el 50% mujeres y 50% hombres, con un promedio de edad de 75.16 años (D.E. 1.245) . Cumpliendo los criterios de inclusión toda la muestra pertenece a la etapa Adulto mayor de 60 años o más.

Las capacidades autocuidado promedio para toda la muestra alcanzaron un promedio de 3.43, que medido desde la escala tipo Likert y la ponderación enunciada en la metodología significa Buen nivel de autocuidado.

GRAFICO NO. 1



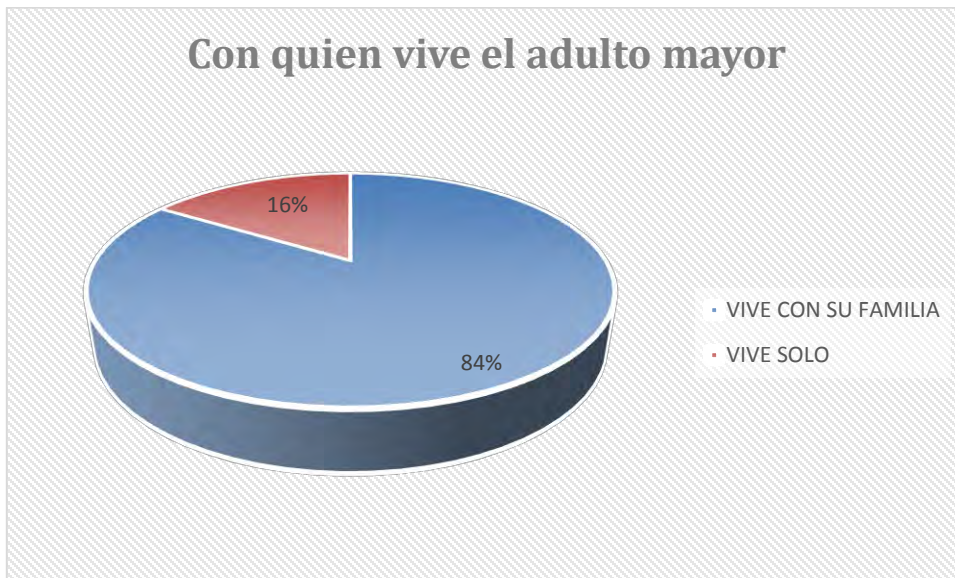
Respecto a la entrevista preguntando que enfermedades padecen, se puede observar en el gráfico No. 1 que el 40% de ellos padecen Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial; el 26% sólo hipertensión arterial y el 20% sólo diabetes. Es de notar un grupo de 6% que padecen 3 enfermedades, y que ello los pone en mayor riesgo de complicaciones y así mismo en dificultades para poder ejercitar su autocuidado

GRAFICO NO. 2



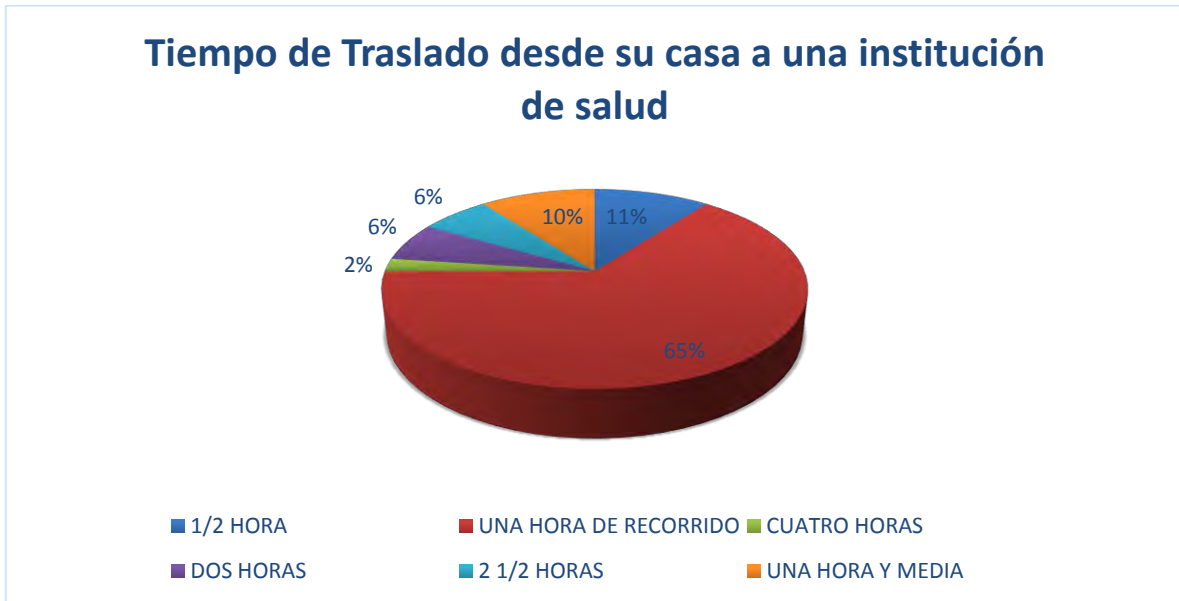
Respecto al estado civil se puede ver que el 80% de ellos son casados, lo que nos dice que al menos viven con la pareja. Y el 20% son solteros .

GRÁFICO NO. 3



En el gráfico se puede visualizar que al menos el 84% de las personas viven con su familia. Sin embargo el 16% viven solos, lo que ocasiona un riesgo en su salud y por lo tanto no hay posibilidades de tener un apoyo familiar para promover el autocuidado de estas personas

GRAFICO NO. 4

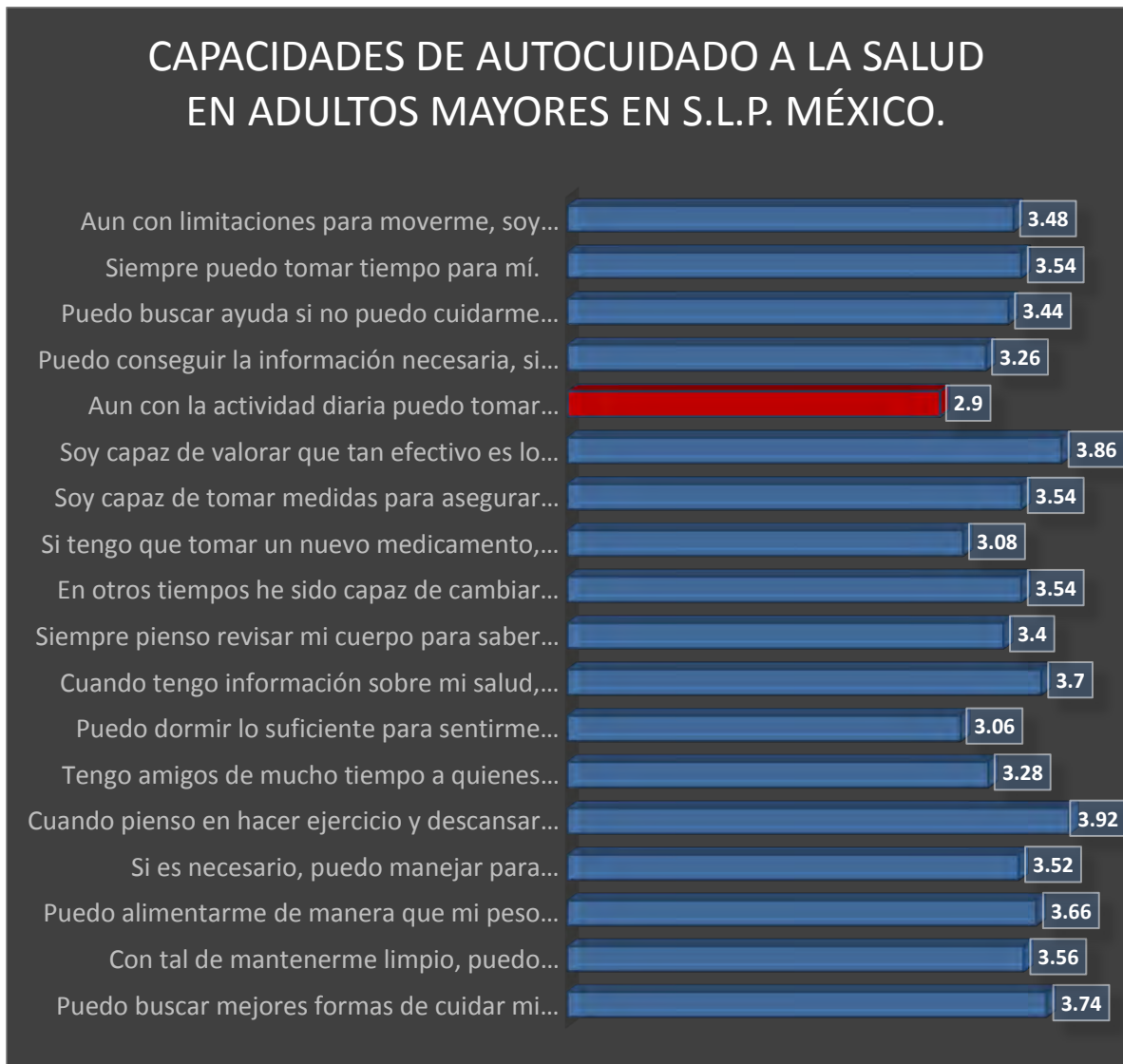


Promedio de traslado es de 1 ¼ hrs.

Es de notar que los adultos mayores de estas localidades potosinas invierten al menos 1 hrs y 15 minutos en trasladarse a una institución de salud para ser atendidos.

El 65% de ellos se trasporta por 1 hr al menos, pero se tiene al menos una persona que tarda 4 hrs en llegar al servicio médico.

GRAFICO NO. 5



En este gráfico se puede observar que en el ítem “Aún con la actividad diaria puedo tomar tiempo para cuidarme” se encuentra en un nivel Bajo de autocuidado. Esto quiere decir que el reporte indica que tienen como necesidad sentida y vivida el hecho de que su salud física les impide cuidarse de una mejor manera. (2.9 = nivel bajo).

CAPACIDAD DE AUTOCUIDARSE	MEDIA ALCANZADA	
Según cambian las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	3.87	Buena
Siempre verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	3.3	Buena
Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme	4.06	Muy buena
Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor	3.5.	Buena
Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantener con salud.	3.72	Buena
Con frecuencia tengo la energía para cuidarme como debo	3.4.	Buena
Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	3.74	Buena
Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño	3.56	Buena
Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto	3.66	Buena
Si es necesario, puedo manejar para mantenerme tal como soy	3.52	Buena
Cuando pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día lo hago	3.92	Buena
Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda	3.28	Buena
Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado	3.06	Buena
Cuando tengo información sobre mi salud, raras veces pido información sobre lo que no entiendo	3.7	Buena
Siempre pienso revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio	3.4	Buena
En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, y con ello ha mejorado mi salud	3.54	Buena
Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	3.08	Buena
Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.	3.54	Buena
Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	3.86	Buena
Aun con la actividad diaria puedo tomar tiempo para cuidarme.	2.9	Baja
Puedo conseguir la información necesaria, si mi salud se ve amenazada.	3.26	Buena
Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma(ó)	3.44	Buena
Siempre puedo tomar tiempo para mí.	3.54	Buena
Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	3.48	Buena

IX. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El sexo femenino siempre considerado como sexo débil, ha estereotipado a la mujer como cuidadora de la salud de su familia, pudiéndose considerar que también cuida adecuadamente de su propia salud. Sin embargo, los resultados obtenidos no evidencian diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres, ya que para este estudio se tuvo que el nivel alcanzado para ambos sexos es de 3.6. (nivel bueno de autocuidado). Situación que coincide con el estudio de Millan en 2010 en una población de adultos mayores de Cuba.

Al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y con su forma de vivir la enfermedad, ya que ellos sienten que sus actividades y su salud no les permite cuidarse más. Esta puede ser una limitante para que al plantear una intervención de enfermería para mejorar las capacidades de autocuidado, estas personas manifiesten incapacidad para realizar o fortalecer sentidas.

Estas personas consideran que si pueden cuidar de su salud, alimentarse y tomar su medicación adecuadamente, sin embargo consideramos necesario un estudio más profundo que implique una valoración de su salud (medición de peso, talla, signos vitales, glucemia, etc) que permitan verificar que tanto corresponde su sentida capacidad de autocuidado y su salud real.

Es para el personal profesional de enfermería una oportunidad de Abordaje en estas poblaciones y evitar que lleguen a la hospitalización y las respectivas consecuencias al agregarse enfermedades.

X. BIBLIOGRAFÍA

- ¹Ramos C.J.. (2014). reflexión sobre la inclusión social del adulto mayor. 3 de agosto del 2014, de INEGI Sitio web: file:///G:/adultos0.pdf
- ²Reyes S.. (2001). necesidades de salud y utilización de servicios ´por los derechohabientes del IMSS . México D.F. : México 2001
- ³Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe sobre la salud en el mundo/Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2011, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index4.html>
- ⁴Arroyo Rueda M.C. Manuel F.. (2011). La vejez avanzada y sus cuidados. Monterrey Nuevo León, México: UANL
- ⁵José maría vertiz. (abril 2014). proyecciones de poblaciones 2010 2030. abril 2014, de conapo Sitio web: www.conapo.gob.mx
- ⁶Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [citado 2014 Mayo 10] <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- ⁷ONU. United Nations. (2001)The world ageing situation. Exploring a new society for all ages. New York: United Nations; 2001.
- ⁸ANZOLA PÉREZ, Elías. (2010). asistencia geriátrica. En modelos de atención gerontológica (205). México: inapam
- ⁹BOGGIO JUAREZ, MANUEL. Las practicas de autocuidado y Actividades de la vida diaria en el adulto mayor. Venezuela 2010
- ¹⁰ Liana Alicia Prado Solar. (nov.-dic. 2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. scielo, vol.36 no, 1.
- ¹¹ CARTA DE OTTAWAN.primera conferencia internacional sobre promociones de la salud. Canadá, noviembre 1986.

- ¹²Uribe, J. Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la Red el 9 de febrero
- ¹³ Alejandra Araya G.. (junio2012). calidad de vida en la vejes. En autocuidado de la salud(134). santiago de chile: salecianos.
- ¹⁴ Gonzales A. (Junio 2013). Vejez. Parte importante en el desarrollo de la vida. En de la adultez a la vejez (7-17). México: 2013 México.
- ¹⁵Lozano Cardoso A. (1992). introducción a la geriatría. Méndez. Editores: México p. 72-162.
- ¹⁶Dr. Enrique Cabrera. (jul.-sep. 2007). VALORACION ETICA DEL MODELO DE DOROTEA OREM . scielo, v.6 n.3, 1.
- ¹⁷Prof. Adjunto Dr. Martinez, Héctor David. (2014). Manual de Medicina Preventiva y Social. 2013, de gerontologia Sitio web:
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

XI. ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ESCUELA DE ENFERMERIA

CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES EN S.L.P., MEXICO

De manera más atenta le solicitamos su colaboración para responder el presente cuestionario ya que estamos realizando un trabajo de investigación para ver el Nivel de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, al contestar dicho cuestionario le aseguramos que todas sus respuestas serán confidenciales y anónimas, nos ayudaran a concluir con dicho trabajo y para poder darse cuenta en que cuidados puede mejorar. De antemano le agradecemos su colaboración.

Instrucciones: los enunciados que se alistan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse así mismas en su forma habitual de ser. Por favor lea cada una de ellos, encierre el número que le corresponda al grado que mejor lo describa a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas solo asegúrese de que selecciona lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Según cambian las circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
2. Siempre verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4	5
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	1	2	3	4	5
4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor.	1	2	3	4	5
5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantener con salud.	1	2	3	4	5
6. Con frecuencia tengo la energía para cuidarme como debo.	1	2	3	4	5

7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	1	2	3	4	5
8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño	1	2	3	4	5
9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto	1	2	3	4	5
10. Si es necesario, puedo manejar para mantenerme tal como soy	1	2	3	4	5
11. Cuando pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día lo hago	1	2	3	4	5
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda	1	2	3	4	5
13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo información sobre mi salud, raras veces pido información sobre lo que no entiendo	1	2	3	4	5
15. Siempre pienso revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio	1	2	3	4	5
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, y con ello ha mejorado mi salud.	1	2	3	4	5
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	1	2	3	4	5
18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.	1	2	3	4	5
19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
20. Aun con la actividad diaria puedo tomar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4	5
21. Puedo conseguir la información necesaria, si mi salud se ve amenazada.	1	2	3	4	5
22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma(ó)	1	2	3	4	5
23. Siempre puedo tomar tiempo para mí.	1	2	3	4	5
24. Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4	5

FUENTE. Escala para estimar las capacidades de Autocuidado de Gallegos E.

1998. Adaptado por Ponce, Reynoso, Saldaña y López, 2016.

