



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON TERMINAL GESTIÓN
DIRECCIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

“FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES RELACIONADOS CON
LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E. BRENDA ALICIA SALAZAR MUÑOZ

ASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERÍA
MARÍA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

CO-ASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERÍA
MARÍA LETICIA RUBI GARCÍA VALENZUELA

Morelia, Michoacán. Septiembre del 2017



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
Cuna de héroes, crisol de pensadores.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

“FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES
RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES DE
AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E BRENDA ALICIA SALAZAR MUÑOZ

ASESORA DE TESIS:

DRA. MARÍA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

CO-ASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERÍA

MARIA LETICIA RUBI GARCÍA VALENZUELA

ACTA DE REVISIÓN

La Doctora en Enfermería María Magdalena Lozano Zúñiga Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como Asesora de tesis de maestría y la Doctora en Enfermería María Leticia Rubí García Valenzuela como Co- Asesora de Tesis.

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de Tesis titulado “Factores Básicos Condicionantes relacionados con las actividades de autocuidado en el adulto mayor”, elaborado por Brenda Alicia Salazar Muñoz licenciada en enfermería y que será presentado como requisito para optar al grado de Maestra en Enfermería con terminal en gestión, dirección y liderazgo por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra María Magdalena Lozano Zúñiga.
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA: _____

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán
Profesor e Investigador Titular “A”
Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA _____

Mtra. Brenda Martínez Ávila
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA _____

Dra. María Leticia Rubí García
Valenzuela
Profesor e Investigador Titular “C”
Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA: _____

Mtra. Ana Celia Anguiano Moran
Profesor e Investigador Asociado “C”
Facultad de Enfermería UMSNH

FIRMA _____

Morelia, Michoacán, 2017

DEDICATORIAS

A Dios y a la santísima virgen quien me dio la fuerza, la fortaleza y sobre todo la salud para terminar este trabajo

A mis padres, en especial a la memoria de mi padre, el cual me decía siempre lo orgulloso que estaba de mí; los amo

A Ramón, Vanessa y Valeria mi esposo y mis hijas por su paciencia, amor y comprensión

A mis Hermanas (os) Leonor, Luz Maria, Gabriela y Juan Jose

AGRADECIMENTOS

A mi asesora Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga por su apoyo durante la maestría y el desarrollo de esta tesis, gracias por ser y estar

A mi Co-asesora Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela, icono de la Universidad por el acompañamiento, la paciencia, por tener siempre la palabra adecuada, por motivarme a ser mejor, pero sobre todo creer en mí y en mis capacidades; Mil gracias Dra. Rubí

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la facultad de enfermería, a todos los docentes por su exigencia, disciplina y dedicación

ÍNDICE

Resumen

Abstract

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACION	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
IV. OBJETIVOS	13
4.1 OBJETIVO GENERAL	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
V. HIPÓTESIS DE RELACIÓN.....	14
VI. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	15
6.1 Enfoques Conceptuales del Envejecimiento	20
6.2 Aspectos Biológicos y Sanitarios del Envejecimiento.....	22
6.3 Aspectos Psicológicos del Envejecimiento.....	23
6.4 Concepto de Envejecimiento Cognitivo	23
6.5 Características del Envejecimiento	24
6.6 Factores Básicos Condicionantes, Prácticas de vida saludable y Autocuidado	25
6.7 Componentes de la Teoría.....	27
6.8 Factores Básicos Condicionantes	30
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
7.1 Tipo de Estudio	46
7.2 Definición del universo de estudio.....	46
7.3 Tamaño de la muestra	46
7.4 Definición de la Unidad de Observación (Población total).....	46
7.5 Criterios.....	47
7.5.1 Criterios de Inclusión	47
7.5.2 Criterios de exclusión:.....	47

7.5.3 Criterios de Eliminación:	47
7.6 Variables	47
7.6.1 Variable Independiente: Factores Básicos Condicionantes.	47
7.6.2 Variables Dependientes: Actividades de Autocuidado	47
7.7 Selección de instrumento y procedimiento de recolección de la información.....	48
7.8 Procesamiento y presentación de la información	49
7.9 Análisis Estadístico	50
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	51
8.1 VINCULACIÓN DEL PROYECTO CON LAS POLÍTICAS SANITARIAS Y DE INVESTIGACIÓN.....	53
IX. RESULTADOS.....	54
X. DISCUSIÓN.....	67
XI. CONCLUSIONES.....	79
XII. SUGERENCIAS PARA TRABAJOS POSTERIORES.....	82
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
XIV. ANEXOS	90
XV. APÉNDICES.....	99
Glosario de términos	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Dorothea Orem (2001)	34
Figura 2. Adaptación del modelo de Dorothea Orem sobre factores básicos condicionantes	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables Sociodemográficas	54
Tabla 2 de contingencia. Edad/ autoexploración mamaria.....	61
Tabla 3 de contingencia. Sexo/ autoexploración mamaria.....	62
Tabla 4 de contingencia. Edad/ lavado de dientes.....	62
Tabla 5 de contingencia. Escolaridad/ problemas para dormir.....	63
Tabla 6 de contingencia. Religión/ padecimiento de algún trastorno	64
Tabla 7 de contingencia Sexo/ fumar	64
Tabla 8 de contingencia.Sexo/ consumo de bebidas alcohólicas	65

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla y Gráfica 1. Distribución del estado civil.....	99
Tabla y Gráfica 2 .Distribución del Sexo de la población	100
Tabla y Gráfica 3. Distribución porcentual del factor Escolaridad	101
Tabla y Gráfica 4. Distribución por rangos de Edad de la población.....	102
Tabla y Gráfica 5. Ocupación.....	103
Tabla y Gráfica 6. Distribución de la Religión que profesa.....	104
Tabla y Gráfica 7. Hace ejercicios.....	105
<i>Tabla y Gráfica 8. Pertenece a un grupo de actividades.....</i>	<i>106</i>
Tabla y Gráfica 9. Practica juegos de mesa (lotería, dominó, damas chinas, etc.)..	107
Tabla y Gráfica 10. Realiza visitas a familiares y o amigos	108

Tabla y Gráfica 11. Asiste a bodas, quince años, bautismos	109
Tabla y Gráfica 12. Participa en actividades recreativas de su comunidad	110
Tabla y Gráfica 13. Le gusta hacer manualidades	111
Tabla y Gráfica 14. Le gusta asistir a fiestas patronales	112
Tabla y Gráfica 15. Se ayudan económicamente	113
Tabla y Gráfica 16. Asiste a misa	114
Tabla y Gráfica 17. Me gusta el barrio donde vivo	115
Tabla y Gráfica 18. Tenemos farmacias, médico y hospitales accesibles para cualquier emergencia	116
Tabla y Gráfica 19. Tengo acceso fácil al transporte público	117
Tabla y Gráfica 20. Dificultad para mover y usar las manos	118
Tabla y Gráfica 21. Dificultad para mover y usar los pies	119
Tabla y Gráfica 22. Realiza su lavado de dientes	120
Tabla y Gráfica 23. En caso de padecer algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos	121
Tabla y Gráfica 24. Usted toma bebidas alcohólicas	122
Tabla y Gráfica 25. Usted fuma	123
Tabla y Gráfica 26. de Contingencia 1	124
Tabla y Gráfica 27. de Contingencia 2	125
Tabla y Gráfica 28. de contingencia 3	126
Tabla y Gráfica 29. de Contingencia 4	127
Tabla y Gráfica 30. de Contingencia 5	128

Resumen

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. En el proceso de envejecimiento los Factores básicos condicionantes (FBC) tienen particular importancia porque de acuerdo a la teórica Dorothea Orem (1993) son aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado.

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y no experimental; el universo de estudio fueron 165 adultos mayores autovalentes, muestreo no probabilístico y por conveniencia. Para obtener la información se aplicó el instrumento estructurado a partir de la operacionalización de variables y propuesto por el grupo de investigación en el cual se inserta éste trabajo. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS versión 21.0, se diseñaron tablas de frecuencia y porcentaje, la aplicación de pruebas estadísticas descriptiva e inferencial que determinó la confiabilidad del instrumento a través del Alpha de Cronbach, para identificar la correlación de variables y comprobar la hipótesis, se realizaron tablas de contingencia con cuadros de Chi-cuadrada de Pearson. **RESULTADOS:** Se observó en la población de adultos mayores con un 35% estuvieron en el rango de 60-65 años; en lo que se refiere al estado civil se aprecia que el 54.5% de los adultos mayores fueron casados y viudos el 24.8%; se caracterizaron por presentar un nivel de escolaridad bajo con un 26% primaria incompleta y analfabetismo 24% con una media de 3.63; en la dimensión de actividades físicas y sociales que realiza el adulto mayor un 30% de la población pertenecen a un grupo de actividades; un 80% camina como ejercicio y un 20% no lo realiza; en lo que se refiere a la práctica de juegos de mesa como lotería, domino, ajedrez y damas chinas, un 17% lo practican y el resto no lo realiza; en lo que respecta a si asiste a bodas, quince años y bautismo el 35% no asiste, pero el 65% contestó afirmativamente; respecto a si asistía a misa solo el 40%, la convivencia con la familia es importante para el adulto mayor porque permite la

integración de la persona a su entorno cercano; a este respecto se observó que el 90% platican unos con otros; en lo que se refiere a si se ayudan económicamente el 90% respondió que sí; el 95% le gusta su familia; en lo que se refiere al ambiente social percibido tienen farmacias, médicos y hospitales accesibles para cualquier emergencia el 76% ; en los datos relacionados con el autocuidado el 95% se realiza el lavado de dientes; alcoholismo el 81% no tiene este hábito y 89% no fuman. La correlación de variables edad con el lavado de dientes, en el rango de 60-65 años, 34.5% lo realiza y a medida que aumenta la edad esta práctica de autocuidado disminuye presentando una Chi^2 de 0.004; escolaridad con problemas para dormir; la escolaridad fue baja con una media de 3.63 donde oscila haber cursado hasta tercero y cuarto de primaria, presentando un valor de Chi^2 0.005.

Palabras clave: Factores básicos condicionantes, Autocuidado, Adulto mayor

Abstract

Introduction: Aging is a phenomenon present throughout the life cycle, from conception to death. In the aging process, the Basic Conditional Factors (BCF) have importance in agreement with Dorothea Orem (1993) they're fundamental aspects to each individual that determines in a particular way, the actions performed for self care. **Methodology:** Quantitative study, descriptive, transverse and non experimental; the study group was composed of 165 self-sufficient elderly. To obtain the information, a variable operation proposed by the research group was applied, and it's attached to this work. The statistical analysis was done through the SPSS program version 21.0, with frequency and percentage tables, the application of descriptive statistics that determined the reliability through Cronbach's Alpha, to identify the correlation between the variables and to prove the hypothesis, contingency tables were created with Pearson's Chi-Cuadrada. **Results:** It was observed in our sample, that 35% were in the 60-65 years old range; when it comes to marital status, 54.5% were married and 24.8% widowed; they had a low schooling education with 26% that did not finish elementary school, illiteracy 24% with a medium of 3.63; in physical and social activities, 30% are part of some kind of activity; 80% walks as their exercise routine and 20% do not; in respect to the practice of board games as in lottery, dominoes, chess and checkers , 17% play and the rest do not; when it comes to wedding, baptisms and XV's years attendance, 35% do not attend but 65% answer yes; church attendance, only 40%, socializing to an elderly is important because it allows the integration to their social circle; in this respect, it was observed that 90% talk to each other; when it comes to help each other financially, 90% answered yes; 95% like their family; in their living environment were observed accessible pharmacies, doctors and hospitals to 76%; in respect to their self care, 95% brush their teeth; alcoholism, 81% do not have the habit and 89% do not smoke. The correlation in the 60-65 year old range, 34.5% brush their teeth and the more advanced the age the self - care practice diminishes, presenting a Chi of 0.004; schooling was low with a

medium of 3.63 when it varies the grades up to third and fourth grade, presenting a Chi 0.005

Keywords: Basic Conditional Factors, self - care, Elderly.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser. Actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento del mismo desde múltiples perspectivas (Alvarado, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que actualmente en todo el mundo por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, para el 2050 se espera que la población mundial en esta franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto al 2015; entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 11% al 22%, para el 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años, en el 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos, la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado, todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (OMS, 2015).

El envejecimiento poblacional se ha tornado importante conforme se ha convertido en un fenómeno global, tras la casi universal disminución de la fertilidad y, en menor grado, por el incremento de la esperanza de vida, el tema es de interés inmediato en los países desarrollados, donde el envejecimiento

está ya muy avanzado y continuará, con serias consecuencias en cada aspecto de la vida (Gutiérrez, 2010).

México vive un prematuro y acelerado envejecimiento, mientras en el 2010 las personas con 65 años de edad y más representaba el seis por ciento de la población total, para el 2016 este segmento significa el quince por ciento, estimó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en la presentación del estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2013) el organismo señaló que mientras México tardará 26 años en llegar a una tasa de envejecimiento de quince por ciento de la población, en otros países este ritmo ha sido más lento (INEGI. 2013). La población mayor de 60 años para ambos sexos aumentará como resultado de la transición demográfica y la población menor de 60 años disminuirá hasta que la pirámide muestre una base invertida; sin embargo, la pirámide al primero de enero del año 2051 eventualmente alcanzará la estabilidad, si permanecieran invariables las condiciones previstas para el 2050 mencionado en el perfil epidemiológico (SINAVE, 2010).

La vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad, sin embargo, a veces la vejez se percibe desde el punto de vista clínico como una colección de enfermedades, la confusión acerca de la naturaleza exacta de la relación entre el envejecimiento y las enfermedades es una cuestión que en mucho tiempo, ha impedido la necesaria evolución hacia la comprensión del proceso intrínseco del envejecimiento (Reyes y Castillo, 2011).

El envejecimiento incluye características personales, como los factores fisiológicos, físicos, la nutrición y el estilo de vida, que junto a factores como la genética, el ejercicio y la ausencia o el control de la enfermedad crónica desempeñan papeles importantes en el envejecimiento. Además de los factores mencionados, el envejecimiento también depende de factores cognitivos y

mentales; existen correlaciones entre los niveles de educación, conocimiento adquirido y el envejecimiento; algunas investigaciones han demostrado que la actividad mental mantiene al individuo alerta y saludable, el aprendizaje y la estimulación continua ayudan a las personas mayores a permanecer cognitivamente intactas (Alvarado & Salazar, 2014).

Otro factor importante que se relaciona con el envejecimiento es el apoyo social, e incluye el interno y el externo, el medio ambiente, la familia y la comunidad que son aspectos importantes en el envejecimiento (Alvarado & Salazar, 2014). A partir de estos entornos surgen las redes de apoyo con las que puede contar el adulto mayor.

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos y diversos, además estas variaciones no son lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años (OMS, 2015). En realidad es difícil distinguir lo que ocurre en cada adulto mayor, cuáles cambios son resultado del envejecimiento y cuáles se derivan de procesos patológicos, o se potencian por la presencia de los mismos.

En el proceso de envejecimiento los Factores básicos condicionantes (FBC) tienen particular importancia porque de acuerdo a la teórica Dorothea Orem (1993) son aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado, son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere (Orem, 1993).

En un estudio transversal, analítico, realizado por Leyva (2011) donde se evaluó la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control de la presión arterial, se estudiaron hipertensos controlados y descontrolados cada grupo con 79 pacientes, permite identificar que los FCB y la capacidad de

autocuidado son mejores en los pacientes hipertensos controlados que en los descontrolados, siendo más notable la diferencia entre ambos grupos al comparar las proporciones de capacidad de autocuidado buena y factores ambientales buenos.

En un estudio descriptivo de Gallegos (1998; citado por Fernández y Manrique, 2011) se concluyó que los pacientes hospitalizados debían recurrir a profesionales calificados para recibir el cuidado requerido y que existía un conjunto de FBC que impactaban las capacidades de autocuidado de los pacientes.

También Durmaz (2007; citado por Fernández y Manrique, 2011) en el estudio “Agencia de autocuidado y los factores relacionados con esta agencia entre prácticas con hipertensión” reporta que los FBC ocupación, lugar de residencia, sexo y edad no tuvieron efecto significativo en la agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos, mientras que el nivel educativo y los ingresos económicos sí lo tuvieron.

Por lo anterior descrito el propósito de la presente investigación, fue analizar la relación de los factores básicos condicionantes con las prácticas saludables y el autocuidado en el adulto mayor.

Para lo cual, a través de la introducción se abordan aspectos generales como el envejecimiento, características del envejecimiento, el proceso del envejecimiento relacionado con los factores básicos condicionantes así como la importancia del autocuidado para mantener prácticas de vida saludable. La justificación contiene elementos referenciales de la vulnerabilidad trascendencia y magnitud del problema, en el cual se sustenta la realización de la investigación, se encuentra apoyado por elementos teóricos, empíricos e históricos, se aborda el planteamiento del problema donde se delimitó la pregunta de investigación, así como la hipótesis de trabajo.

Los objetivos de estudio fueron la guía del mismo, y el marco teórico contiene la base conceptual de las variables de estudio, consta de una revisión de los conceptos de Factores Básicos Condicionantes, prácticas de vida saludable y Autocuidado.

Estudio descriptivo, transversal, con un muestreo no probabilístico por conveniencia en un primer nivel de atención. Para obtener la información acerca de los Factores Básicos Condicionantes de los adultos mayores, se aplicó el formato de datos sociodemográficos y de salud el cual consta de tres partes, en la primera se encuentran los datos de identificación, la segunda parte corresponde a los Factores Básicos Condicionantes descriptivos y por último los relacionados con el sistema de salud.

La presente investigación corresponde a la línea de generación del conocimiento del cuidado integral y autocuidado del adulto mayor. Se debe priorizar y consolidar las acciones de cuidado integral con énfasis en la promoción y prevención disminuyendo los riesgos y daños en especial de los adultos mayores.

II. JUSTIFICACION

Una vida larga debe ser el derecho de todos, pero hoy, para los viejos en México, la longevidad puede ser un arma de doble filo, muchos nunca pensaron que envejecer podía ser tan agotador y difícil; para aquellos que son pobres, envejecer significa nuevas cargas y preocupaciones sobre la planeación de sus últimos días, si bien para algunos adultos mayores en México, la vida será mejor en el siglo XXI, para otros será peor, pero para la mayoría habrá poco cambio, nuestra sociedad de la cual los adultos mayores son parte integral, está sujeta a presiones económicas, sociales y políticas; una gran proporción de nuestros ancianos viven en condiciones de pobreza; la pobreza es la principal causa subyacente de un envejecimiento prematuro y una mayor prevalencia de enfermedad (Gutiérrez, 2010).

Está claro que el perfil epidemiológico en diferentes regiones del mundo no sigue un patrón en particular, en países como México, el mejoramiento de los estándares de vida no ha sido uniforme para la población y la vulnerabilidad del sector más pobre está creciendo como consecuencia de programas económicos que no lo han favorecido. Gutiérrez (2010) menciona que los cuidados para una población más vieja deben evolucionar si se quiere enfrentar eficazmente el tipo de problemas que se vienen presentando, un componente crítico del sistema es el nivel de atención primario donde en su gran mayoría los Adultos Mayores son atendidos.

México es un país joven, a pesar de que ya cuenta con un número significativo de personas de edad avanzada, cerca de cinco por ciento de la población es mayor de 65 años de edad y se cuenta con un millón que ha superado los 80 años. Se espera que para el año 2020 la tasa de crecimiento de las personas de edad avanzada se dispare a ritmos muy importantes, lo más importante, pero difícil de lograr, es conseguir que la población de 40 años de

edad tome conciencia y empiece con programas de promoción y prevención, debido a que la vejez es una etapa de la vida donde las costumbres, los malos hábitos y las patologías se suman a un envejecimiento que puede ser inadecuado (D' Hyver, 2014). El 15% de los mexicanos tendrá más de 65 años en 2016, cuando en 2010 la cifra era del 6%. México habrá duplicado su población de más de 65 años en solo un cuarto de siglo cuando Francia tardó 115 años (INEGI, 2013).

Los cambios que constituyen el envejecimiento son complejos y diversos, son influenciados por el entorno, la cultura, la familia y las características personales del individuo. Los cambios en el adulto mayor son muy complejos, estos en la persona son parte del proceso de envejecimiento, pueden complicarse o potenciarse con la presencia de procesos patológicos.

En el proceso de envejecimiento los Factores básicos condicionantes (FBC) tienen particular importancia porque de acuerdo a la teórica Dorothea Orem son aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado, son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere (Orem, 1993).

Para actuar en esta creciente del envejecimiento se deben redoblar esfuerzos en acciones preventivas y de autocuidado, el reconocimiento del Adulto Mayor sobre las actividades de promoción de la salud como herramienta preventiva, así como la importancia de que la propia persona sea consciente de los beneficios de llevar prácticas de vida saludable. La creciente necesidad de asistencia y tratamiento de una población que envejece, exige políticas adecuadas y la falta de ellas puede ocasionar carencias irreversibles, por ello, es necesario brindar a las personas mayores el mismo acceso a la atención preventiva, curativa y de rehabilitación que gozan otros grupos etarios, así

como lo propone el Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor, 2013-2015). El ideal de un proceso de envejecimiento saludable requiere que las personas mayores compartan o tengan acceso a los mismos servicios generales disponibles para la población en su conjunto, y que también reciban cuidados adicionales que estén a la altura de sus necesidades especiales. Estas necesidades incluyen los entornos o ambientes sociales y físicos, la promoción de prácticas de vida saludables y la provisión de cuidados médicos y de enfermería (Gutiérrez, 2010).

Para promover el desarrollo integral de las personas adultas mayores se ofrecen oportunidades necesarias para que alcancen un nivel de vida decoroso con bienestar y calidad a través de modelos de atención, proporcionándoles cuidados, centros de atención integral, centros culturales, recreativos contribuyendo con ello a que los adultos mayores sean independientes y participativos fomentando su autocuidado y autorrealización, reconociendo y haciendo valer el derecho humano que tienen las personas adultas mayores de vivir con dignidad (Inapam,2011).

La importancia de este estudio es reconocer el autocuidado en el adulto mayor en relación a los factores básicos condicionantes y se logre a través de un proceso educativo, que el adulto mayor se transforme en su propio agente de autocuidado, para que pueda incorporar conductas de salud que fomenten un bienestar integral, en el mantenimiento y restablecimiento de su salud, considerando las áreas de oportunidad que permitan valorar los aspectos de interculturalidad de manera positiva en busca de una longevidad funcional y productiva.

El motivo de la realización de este trabajo radica en la promoción de la salud y el desarrollo de proyectos de investigación que permitan considerar los beneficios que se brindarán al campo de la enfermería como ciencia ,una vez

que los resultados muestran los medios necesarios para la mejora de la salud y el ejercicio de la profesión con profesionalismo y aspiraciones de progreso en todos los campos del bienestar comunitario e institucional; para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, en el individuo o grupo (Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad de España, 2014). Esta investigación también reafirma la importancia de que el personal de Enfermería es corresponsable de fomentar el autocuidado como una actividad que permita a las personas convertirse en sujetos activos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades con la finalidad de mejorar su calidad de vida a nivel comunitario e institucional.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha considerado que el envejecimiento es un proceso multifactorial, biológico, psicoespiritual, social, pero fundamentalmente biológico. La importancia genética en la regulación del envejecimiento biológico es demostrada por la longevidad característica para cada especie. Sin embargo la herencia solamente influencia alrededor de 35% de la variabilidad del tiempo total de sobrevivencia de una especie, mientras que los factores medioambientales son responsables del 65% restante (Landínez, Contreras y Castro, 2012). El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Tales cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Sin embargo es importante distinguir el envejecimiento como un proceso; el proceso de envejecimiento.

Cabe mencionar que el envejecimiento tiene impacto en las políticas gubernamentales de dos maneras, en primer lugar una política social apropiada reconoce el valor de los recursos humanos representados por un gran número de personas en edad mayor, apoya su papel en el mejoramiento de la calidad de nuestras sociedades y protege su derecho a vivir con dignidad en la parte final de su vida, en segundo lugar, existen poderosas razones económicas, sociales y éticas para un cambio fundamental en la política y opinión pública con respecto a los ancianos en nuestra sociedad (Gutierrez,2010).

De conformidad con lo dispuesto en una reciente decisión de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS (2015) está en proceso de elaborar una Estrategia y Plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, en consulta con los estados Miembros y otros asociados. La estrategia y plan de acción se fundamentan en los datos científicos del Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud y se basan en las actividades ya iniciadas para

abordar cinco ámbitos de actuación prioritaria, a saber: 1. Compromiso con un envejecimiento Saludable 2. Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores 3. Establecimiento de Sistemas para ofrecer atención Crónica 4. Creación de Entornos adaptados a las personas mayores 5. Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión.

Los Factores Básicos Condicionantes han sido definidos como los factores internos y externos en los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de cuidados requeridos (Orem, 1993). Estos factores son propios de la persona o del ambiente en el que vive y van a influir en el tipo de acciones de autocuidado que se emprenden, pero también en los objetivos o resultados esperados y en la capacidad de la persona para el autocuidado, a los factores que condicionan la conducta de autocuidado, lo que propicie una práctica de vida saludable en el Adulto Mayor. Posteriormente fueron agregados dos factores más:

- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

Se hace apremiante ser cada vez más conscientes del papel de autocuidado en la salud en general y en particular en la educación, la prevención y la promoción de la salud, el reto es participar con los adultos mayores para que se ayuden ellos mismos a tener prácticas de vida saludables, así como la participación de profesionales de la salud para ayudar con el cambio, es por eso que para este trabajo se toma el modelo de Dorothea Orem como referencia.

Orem (1993) define el concepto de autocuidado como la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar. Esta teórica hace énfasis en que el individuo debe tener una participación activa

de su propio cuidado, ser responsable de sus decisiones en determinada situación para así mismo y con esto coincidir de lleno con la finalidad de la promoción de la salud, en este caso del Adulto Mayor.

El presente trabajo se llevó a cabo con la población que demanda servicios en el Centro de Salud de Morelia, es población abierta y adolece de afiliación a seguridad social. En sus visitas o controles en el centro de salud, los adultos mayores participan de actividades físicas, sociales, culturales y cívicas ya que el adulto mayor requiere de un cuidado efectivo y de manera integral, por el profesional de la salud, para que le brinde educación, prevención y promoción a la salud.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta

¿Cuál es la relación entre los factores básicos condicionantes y las actividades de autocuidado del adulto mayor?

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores básicos condicionantes relacionados con las actividades de autocuidado que aplica el adulto mayor.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores básicos condicionantes presentes en el adulto mayor.
- Conocer las características de las actividades de autocuidado en el adulto mayor.
- Determinar la correlación que presentan los factores básicos condicionantes con las actividades de autocuidado que aplican los adultos mayores estudiados.

V. HIPÓTESIS DE RELACIÓN

Hi Existe relación entre los factores básicos condicionantes y las actividades de autocuidado del Adulto Mayor

H₀ Los factores básicos condicionantes no se relacionan con las actividades de autocuidado del Adulto Mayor.

VI. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

El marco teórico de esta investigación está centrado en la subteoría de autocuidado desarrollada por Dorothea Orem (2001) Sus conceptos y la descripción general de la teoría, son tomados partiendo de los planteamientos realizados por Marriner and Tomey (2007) en su obra Modelos y Teorías de enfermería. La teoría del autocuidado describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, está fundamentada en que el autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas deben deliberadamente llevar cabo por si solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; por lo tanto, el autocuidado es un sistema de acción.

El concepto central de la teoría es el autocuidado, definido por Orem como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (Orem, 2001).

Son importantes los factores que demandan una acción reguladora, se expresan como requisitos de autocuidado puesto que están asociados con la edad, el sexo de los individuos, su estado de salud y de desarrollo, su patrón de vida. Estas características distintivas de los hombres, mujeres y niños, junto con otras, se llaman, dentro de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado, factores básicos condicionantes.

El envejecimiento y la vejez, como fenómenos sociales, representan temas de gran trascendencia para la orientación del desarrollo de los países. El estado está llamado a responder desde las políticas públicas a las nuevas dinámicas y transformaciones en las estructuras sociales, comprendiendo las

implicaciones de tener una población que envejece todos los días y aumenta de manera acelerada y consistente (Velázquez, 2010)

A través de los años, se presentó un aumento en las necesidades socioeconómicas, culturales y políticas de las personas mayores, lo que ameritaba la atención de los mandatarios y las naciones, razón por la cual, la Organización de las Naciones Unidas convocó en 1982 a una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, escenario en el que se reconocieron los graves problemas que aquejaban cada vez más a la población del mundo y permitió la definición del Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, herramienta normativa que preceptúa las medidas y recomendaciones que deben adoptar los Estados miembros para garantizar los derechos de las personas mayores en el ámbito de los pactos, con el fin de fomentar una respuesta internacional adecuada al fenómeno del envejecimiento (Moreno, Rojas, S. 2010)

El comienzo de un nuevo siglo, el aumento considerado de la población mayor y los cambios culturales, sociales y económicos, hicieron necesario que se adoptara un nuevo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, se dieron a conocer medidas y recomendaciones encaminadas a las direcciones prioritarias en beneficio de la tercera edad; la creación de un entorno propicio y favorable, sumando a ello la reafirmación de los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad aprobados por la Asamblea General en 1991 (Ríos, 2010).

Estudios relacionados al envejecimiento, Factores básicos condicionantes y la agencia de autocuidado nos muestran la importancia de la temática en el cuidado de los adultos mayores, es el caso de la investigación de Fernández (2011) que realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con 240 adultos mayores. Se aplicó la Escala ASA (Appraisal of Self-care Agency

Scale) para valorar la agencia de autocuidado y la ficha de datos sociodemográficos y salud (DSDS), se observó que los adultos mayores de Tunja y Soraca, Colombia presentaron una baja agencia de autocuidado, en un rango de 24 a 59 puntos según las categorías establecidas en el estudio para la escala ASA, los FBC descriptivos se ubicaron en el rango de edad de 60-70 AÑOS, 76.7% pertenecían al sexo femenino, 49.2% sin escolaridad, 42.5% eran viudos, 70.4% de oficios del hogar, 53.3% estaban asignados al estrato social, 73.8% vivían con la familia, dentro de los FBC del sistema de salud y del estado de salud, los participantes del estudio presentaron problemas renales, deficiencia visuales, tensión arterial media y con pulso normal.

Otro estudio de Hong (2009; citado por Fernández y Manrique, 2011) con diseño cuantitativo descriptivo, correlacional, comparativo, en 97 pacientes, encontró diferencia estadística significativa entre el promedio de los tipos de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos, relacionados con nutrición, ejercicio, control de peso, y las características de los sujetos, como edad, raza, historia familiar, hospitalización, nivel educativo, ocupación.

En un estudio transversal, analítico, realizado por Leyva (2011) donde se evaluó la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control de la presión arterial, se estudiaron hipertensos controlados y descontrolados, cada grupo con 79 pacientes. Éste estudio permitió identificar que los FBC y la capacidad de autocuidado fueron mejores en los pacientes hipertensos controlados que en los descontrolados, siendo más notable la diferencia entre ambos grupos al comparar las proporciones de capacidad de autocuidado buena y factores ambientales buenos.

En un estudio descriptivo Gallegos (1998; citado por Fernández y Manrique, 2011) concluyó que los pacientes hospitalizados debían recurrir a profesionales calificados para recibir el cuidado requerido y que existen un

conjunto de FBC que impactan las capacidades de autocuidado de los pacientes.

También Durmaz (2007; citado por Fernández y Manrique, 2011) en el estudio “Agencia de autocuidado y los factores relacionados con esta agencia entre prácticas con hipertensión” reportan que los FBC ocupación, lugar de residencia, sexo y edad no tuvieron efecto significativo en la agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos, mientras que el nivel educativo y los ingresos económicos sí lo tuvieron.

Muñoz (2011; citado por Fernández y Manrique, 2011) realizó una investigación sobre factores condicionantes en el desarrollo de episodios depresivos en universitarios de la ciudad de San Luis Potosí tipo descriptivo, transversal y con análisis de causalidad, se muestrearon 819 alumnos inscritos en las carreras de enfermería, contador público, Ingeniero civil, mercadotecnia y administración. El mismo autor menciona que para determinar la presencia o ausencia de los factores básicos condicionantes que intervienen en el desarrollo de episodios depresivos en universitarios, según el modelo de Dorothea Orem, se realizó un análisis de causalidad mediante regresión logística binaria; para este estudio no resultó ser estadísticamente significativo, quizá debido a que la mayoría de los alumnos son económicamente dependientes de la familia, por lo que no perciben una amenaza latente que implique un desempleo, problemas laborales o las condiciones de trabajo.

Tenahua et al (2011) realizaron una investigación sobre capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. El propósito del estudio fue determinar la relación de los factores básicos condicionantes con las capacidades de autocuidado en personas de 40 a 65 años de un área rural con al menos un factor de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia u obesidad. Se sustentó teóricamente en el marco conceptual de Orem; el diseño fue correlacional,

transversal con una muestra de 200 personas y se calculó por análisis de potencia, el instrumento que se aplicó fue “Uno mismo como encargado de cuidado”, validado por Alpha de Cronbach; se realizaron medidas antropométricas de peso, talla, presión arterial y colesterol. Los Factores Básicos Condicionantes que influyeron en la capacidad de autocuidado y acciones de autocuidado fueron la escolaridad y el nivel socioeconómico, situación que se sustentó con los postulados teóricos del modelo.

En Sonora en el año 2014 se llevó a cabo un estudio sobre el autocuidado y Factores Condicionantes presentes en las personas con Diabetes Tipo 2, en donde se incluyeron 115 personas de predominio de género femenino, así como de personas adultas mayores y amas de casa, en cuanto a la escolaridad más del 70% cuenta con educación básica e ingresos menores a los 8 salarios mínimos al mes; además el 80% tiene seguridad social. El estudio fue no experimental de tipo correlacional, descriptivo, muestreo no probabilístico, las personas con más años con el padecimiento son las que presentan autocuidado por lo que el tiempo de padecimiento se vuelve un factor condicionantes para llevar a cabo el autocuidado (Robles, Morales, Palominos & Figueroa, 2014).

López, Torres, Blanco y Hernández (2014) mencionan en un estudio transversal que en todos los grupos de edad, casi la mitad de las mujeres reportó haber realizado la autoexploración mamaria(AE), técnica explicada por el personal de salud a la mayoría de ellas, casi todas las mujeres iniciaron la autoexploración después de los veinte años, con una práctica mensual y sin fecha fija durante el mes, menos de la cuarta parte de las mujeres informó realizarse la AE de pie o acostada y la mayor parte lo hizo con una duración de diez minutos.

Por último Rodríguez, Daza, K.D (2011) menciona en un documento de investigación, publicado por la escuela de medicina y ciencias de la salud, que

el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos; y como una etapa de la vida apta para crecer y continuar aprendiendo. El mismo autor menciona que desde una perspectiva biológica encontramos que en el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, osteomuscular, renal y las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar, el envejecimiento involucra cambios como el descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico, disminución de células y cambios atróficos entre otros.

6.1 Enfoques Conceptuales del Envejecimiento

Diversas definiciones plantean la necesidad de abordar el envejecimiento desde diferentes perspectivas, Rodríguez, Daza, K.D (2011) en su texto de vejez y envejecimiento menciona a Zetina (2000), el cual propone diferentes enfoques para describirlo:

Enfoque biológico: El envejecimiento aquí se define como un proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte, se refiere específicamente a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la vejez debido al deterioro orgánico, a partir de ahí se define un envejecimiento primario y uno secundario, el envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades, o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas, el envejecimiento secundario, por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionada por los traumas, caídas o enfermedades (Rodríguez, Daza, K.D; 2011).

Enfoque demográfico: Al referirnos a la vejez dentro de una perspectiva demográfica, consideramos la diferencia entre los grupos de la tercera y cuarta edad, la cual consiste en que la primera etapa comprende desde la jubilación, 60 años, hasta que se pierde la independencia que son a los 80 años, dentro de esta perspectiva también es importante tener en cuenta la transición demográfica que se presenta en la actualidad, pues la pirámide poblacional cambia a razón del aumento de la esperanza de vida (Fox Aarón, J. 2010).

Enfoque socioeconómico: Por lo general, el envejecimiento está asociado a la jubilación y se analiza económicamente desde una perspectiva donde las personas mayores terminan su ciclo productivo de vida, esta situación lleva a un conflicto en las personas mayores debido a que sus ingresos disminuyen o son nulos, desde otro punto de vista, es necesario tener en cuenta que debido al aumento de la población de personas mayores y a la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas en ellas, los sistemas de salud y pensiones no están preparados para asumir la sobrecarga y han influenciado drásticamente las garantías de derechos y la calidad de vida de la personas mayores (Baquero,2011).

Enfoque Sociocultural: Como se describió anteriormente, la organización jerárquica de cada sociedad tiene un comportamiento diferente según su cultura y sus desarrollos particulares, por ejemplo en las tribus indígenas y en oriente la persona mayor cumple un papel importante en la sociedad debido a su sabiduría y experiencia, y la edad por sí misma es símbolo de respeto (Simmons, 2010).

Enfoque familiar: Las personas mayores deben enfrentar la situación donde los hijos adquieren un hogar propio y dejan su casa materna, por lo tanto tienden a vivir solos, problemática que es agravada por la feminización de la viudez, sin embargo, si por el contrario viven en el núcleo familiar de sus hijos, se sienten discriminados y poco útiles. Por lo anterior, plantea la necesidad de

formar núcleos familiares donde se adquirieran fórmulas de convivencia y vinculación interfamiliar de las personas mayores, y además resalta la importancia del apoyo de vecinos y redes de amigos que ayudan a disminuir el aislamiento y la soledad (Rodríguez, Daza, K.D 2011).

Enfoque psicológico: En las sociedades actuales la vejez se considera como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores (Carvalho y Andrade, 2010).

El análisis de todos estos enfoques conduce a comprender la complejidad del proceso del envejecimiento y la vejez; es necesario tener en cuenta que no solo se incluyen aspectos físicos, sino también es importante comprender el contexto donde una persona se desarrolla a lo largo de su vida, las problemáticas y necesidades tanto individuales como sociales, además de los intereses y los proyectos de vida satisfactorios encaminados al desarrollo humano hasta el fin de sus días (Carvalho y Andrade,2010).

6.2 Aspectos Biológicos y Sanitarios del Envejecimiento

En cuanto a lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos; así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo, se observan cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo (Chong, A. y Ruiz, J; 2012).

6.3 Aspectos Psicológicos del Envejecimiento

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos y afectivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano (Chong, A. y Ruiz, J; 2012).

6.4 Concepto de Envejecimiento Cognitivo

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aqueje a un adulto mayor, el más común es la queja de memoria, múltiples causas pueden ser las provocadoras de este tipo de problemas, es por eso que el deterioro cognoscitivo se puede caracterizar como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo; la función cognoscitiva de los ancianos puede verse afectada por los cambios propios del envejecimiento, pasando por el deterioro cognitivo leve hasta la demencia; uno de los cambios más reconocidos que suceden con el envejecimiento es el enlentecimiento de los procesos mentales (Pérez, 2010).

El mismo autor menciona que también existe disminución en el recuerdo espontáneo y una leve disfunción ejecutiva, si bien los ancianos pueden aprender información nueva, lo cierto es que a partir de la adultez la habilidad para aprender nueva información y recordarla después disminuye aproximadamente 10% por década (Pérez, 2010).

Sin perder la concepción holística de la persona anciana, se realizará un abordaje reduccionista de las bases biológicas del proceso de envejecimiento

cerebral, en condiciones normales, para así dejar la puerta abierta al estudio de las patologías que, asociadas al deterioro cognitivo, puedan presentarse en esta etapa del ciclo vital (Crespo y Fernández, 2011).

6.5 Características del Envejecimiento

Dentro de las características generales del envejecimiento se produce una disminución funcional de origen interno, la cual es de ocurrencia universal e irreversible, con un desarrollo lineal y con una velocidad variable de deterioro, siendo este diferente entre órganos y sistemas dentro del individuo y aun entre los mismos seres humanos (Melgar, 2012). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) concibe el envejecimiento como una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural, este proceso es universal y se inicia desde que nacemos.

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 influido 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 (Melgar, 2012).

6.6 Factores Básicos Condicionantes, Prácticas de vida saludable y Autocuidado

El desarrollo de la presente investigación se encuentra enfocado en la sub-teoría de autocuidado diseñada por Dorothea Orem, sus conceptos de Autocuidado y factores básicos condicionantes (Marriner, 2007), así como el concepto de prácticas de vida saludable (OMS ,2012) son esenciales para la presente investigación.

Factores Básicos Condicionantes: Aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado, son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere (Orem, 1993).

Autocuidado: Orem (1993) define el concepto de autocuidado como la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Prácticas de vida saludable: Se entiende por vida saludable a aquella forma de vida en la cual la persona mantiene un armónico equilibrio en su dieta alimentaria, actividad física, intelectual, recreación sobre todo al aire libre, descanso, higiene y paz espiritual. La OMS (2012) recomienda que se adopte un estilo o prácticas de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la

vejez, los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores (OMS, 2012).

En la teoría de Orem (1993), se describen 10 factores básicos que condicionan el autocuidado, sin embargo solo se conceptualizan algunos, por lo cual para el desarrollo de la presente investigación se definieron, de acuerdo a la autora, de la siguiente forma:

Edad, número de años cumplidos

Sexo, género del individuo

Estado de desarrollo, etapa evolutiva en la que se encuentran los individuos de acuerdo a la edad.

Estado de salud, es la autopercepción del individuo del nivel de funcionalidad y bienestar en relación con su salud y se define para esta investigación a través de la medición del índice de masa corporal, nivel de tensión arterial, percepción del estado de salud y antecedentes familiares y personales.

Factores del sistema de salud, son aquellas características que permiten de acuerdo a la línea de vinculación al sistema la mayor o menor accesibilidad a la atención en salud, y se definen en esta investigación a través de las variables tipo de afiliación al sistema, acceso a citas y medicamentos.

Factores del sistema familiar, cantidad de interacción y apoyo que percibe el individuo de su núcleo familiar para conseguir un mayor estado de salud; se define a través de las variables, estado civil, apoyo para el cuidado de salud y relaciones familiares.

Factores del medio ambiente, condiciones del entorno y del individuo que le permite alcanzar un nivel óptimo de bienestar, definido por las variables zona de vivienda, estrés, relajación y descanso-sueño.

Factor patrón de vida, es el comportamiento del individuo en torno a los hábitos que influyen o determinan el estado de salud; para el estudio se consideran el consumo de cigarrillo, alcohol, sal, frutas, verduras, grasas y actividad física.

Disponibilidad y adecuación de los recursos, son las condiciones económicas que presentan los individuos para cubrir sus necesidades personales y familiares básicas y están determinadas por el estrato, ocupación, proveedor de recursos para el hogar y salario (Orem, 1993).

6.7 Componentes de la Teoría

Orem (1993) etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres sub teorías relacionadas: la sub teoría del autocuidado que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la sub teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermera puede ayudar a la gente y la sub teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada , continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona, estos requisitos están relacionados con periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales, esta teoría también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de otros (Orem,1993).

Marriner (2007) define el autocuidado como las prácticas de las actividades que las personas maduras, o que están madurando inician y llevan

a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Las acciones de autocuidado que realiza el individuo se encaminan al cumplimiento de los requisitos de autocuidado. Los requisitos de autocuidado son un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Los requisitos de autocuidado que deben satisfacer los individuos Orem los determina en 3 tipos: requisitos de autocuidado universal, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Los requisitos de autocuidado universal (Orem, 1993), 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 círculo vital. Se proponen 8 requisitos para hombres, mujeres y niños:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. La provisión del cuidado asociado con los procesos de eliminación y los excrementos
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso

-
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción humana
 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
 8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal (Orem, 1993).

El segundo tipo de requisito de autocuidado, son los relativos al desarrollo. Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universal en la segunda edición de Nursing, Concepts of practice, promueven los procesos de vida y la madurez, previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

Por último los requisitos de autocuidado de desviación de salud, estos requisitos de autocuidado existen 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 del cuidado que precisan las personas ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras dura (Orem,1993).

Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona, la complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Otro concepto central son las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona, según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano.
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (Orem, 1993).

6.8 Factores Básicos Condicionantes

Los factores internos y externos en los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan Factores Básicos Condicionantes. Estos factores fueron identificados en 1958 y desde entonces se ha trabajado con ellos. Fueron enumerados a principios de la década de 1970 por el Nursing Development Conference Group. El listado original contenía los ocho primeros factores o tipos de factores identificados a continuación. Los 9 y 10 han sido añadidos posteriormente (Orem ,1993).

Fueron enumerados por el grupo de desarrollo de enfermería quienes determinaron ocho factores y recientemente se han agregado dos más:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo

-
- Estado de Salud, índice de masa corporal, nivel de tensión arterial, percepción del estado de salud y antecedentes familiares y personales.
 - Orientación Sociocultural, nivel educativo, religión y asistencia a grupos de interacción social.
 - Factores del sistema de cuidado de la salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento, tipo de afiliación al sistema y acceso a citas y a medicamentos.
 - Factores del sistema familiar, estado civil, apoyo para el cuidado de salud y relaciones familiares.
 - Patrón de vida , incluidas las actividades en las que se ocupa regularmente, consumo de cigarrillo, alcohol, sal, frutas, verduras, grasas y actividad física.
 - Factores ambientales, zona de vivienda, estrés, relajación y descanso-sueño.
 - Disponibilidad y adecuación de los recursos, estrato, ocupación, proveedor de recursos para el hogar, salario (Espitia, 2011).

Valor práctico de los Factores Básicos Condicionantes. La selección y uso de los Factores Básicos Condicionantes enumerados están basados en la premisa de que las personas que buscan y reciben cuidados de enfermería son individuos que al mismo tiempo son miembros de una familia; familias que son unidades de grupos socioculturales mayores que viven en algún lugar o lugares durante el periodo de existencia de cada individuo en el mundo, situación que permite que los propios Factores Básicos Condicionantes se agrupen en 3 categorías para poder ser utilizados por la enfermera (Orem, 1993).

-
1. Los Factores descriptivos de los individuos incluyen la edad, sexo y estado de desarrollo.
 2. Los factores que localizan a las personas dentro de las constelaciones de la familia y de los grupos socioculturales y factores del sistema familiar.
 3. Los factores que describen a los individuos en su mundo de existencia incluyen el estado de salud, factores del sistema de cuidado de la salud, patrones de vida, factores ambientales, y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Puede necesitarse información sobre cada uno de los 10 Factores Básicos Condicionantes para usarla al calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente. La información es necesaria para, en primer lugar particularizar los requisitos de autocuidado universal y en segundo lugar identificar los obstáculos a superar si tienen que satisfacerse los requisitos de autocuidado universales (Orem, 1993).

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado. Algunos, como la edad, el sexo y el estado de desarrollo, así como los factores del entorno físico, afectan al grado en el que debería de satisfacerse un requisito de autocuidado universal o del desarrollo.

Orem (1993) menciona, estos factores que van a condicionar el tipo de conducta de autocuidado son de dos tipos: unos propios de la persona y otros del ambiente se encuentran relacionados con lo que se define como las dos dimensiones del autocuidado:

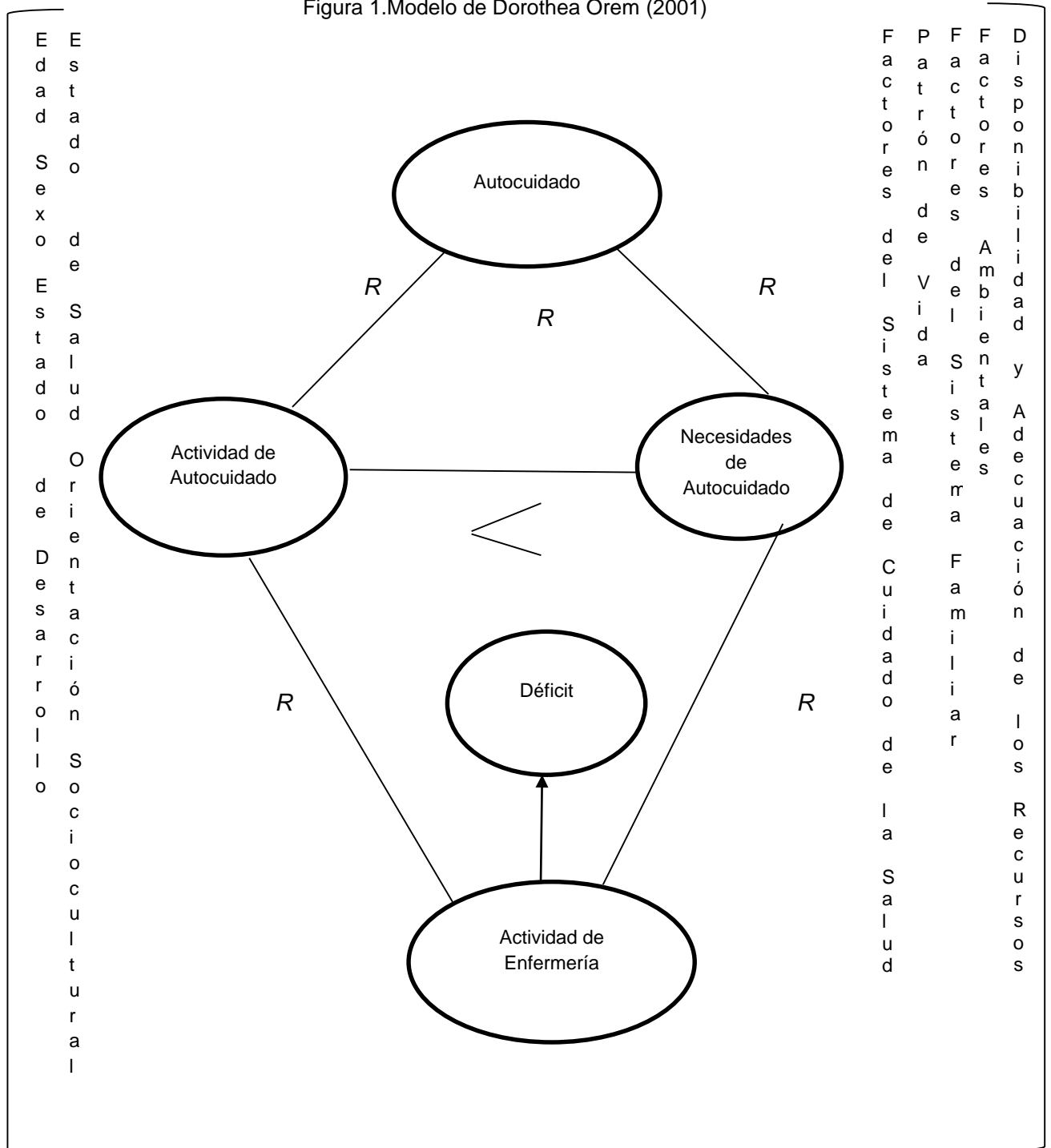
1. La dimensión relacionada con las condiciones internas; la acción intencionada de autocuidado implica aspectos internos de la persona como son la toma de conciencia de uno mismo, el pensamiento

racional, el auto concepto, es la dimensión personal y voluntaria del autocuidado.

2. La dimensión relacionada con las condiciones externas; se relaciona con el ambiente en el que vive la persona y con los acontecimientos que se producen en la interacción de las personas y su entorno (Orem, 1993)

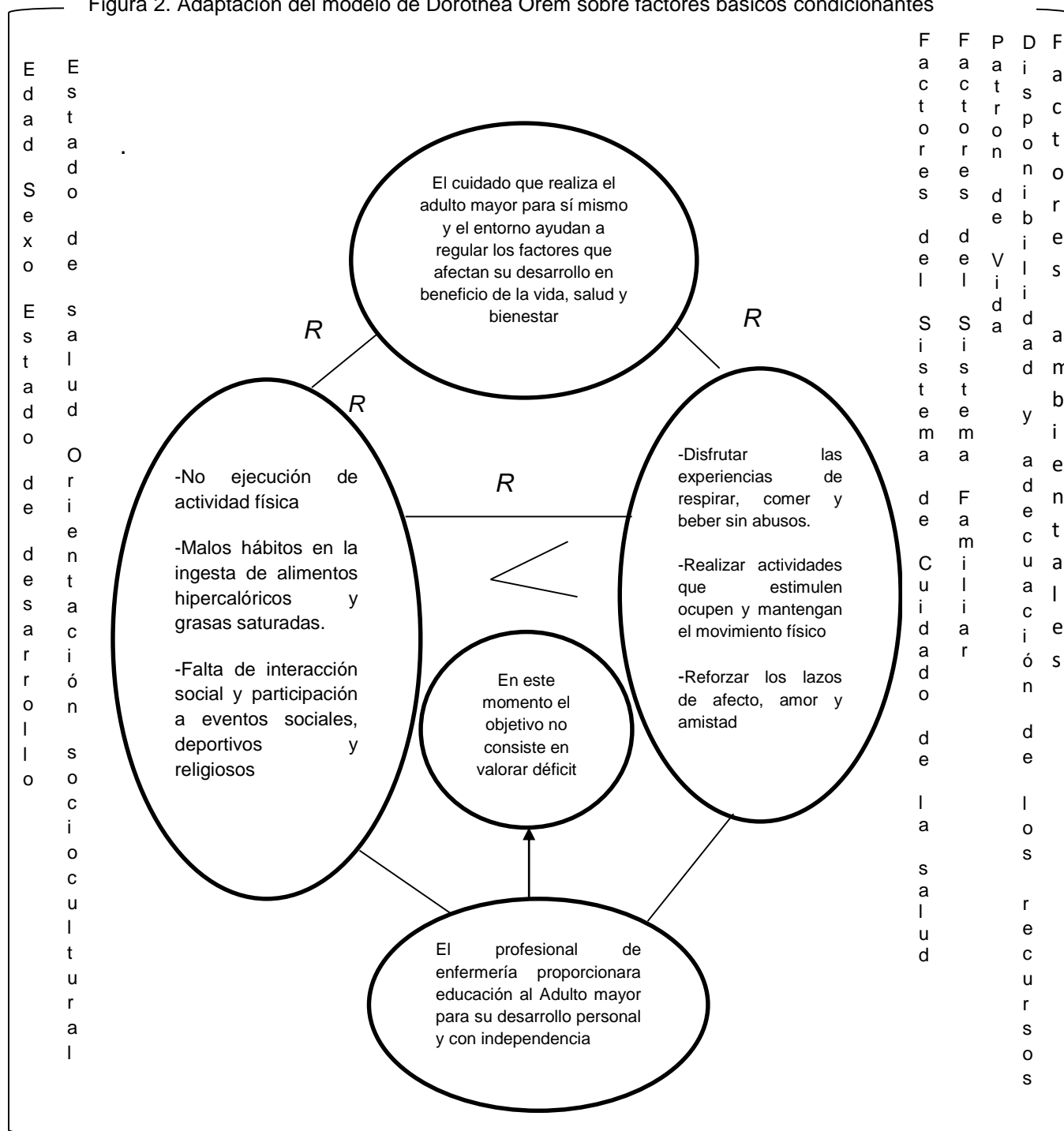
A continuación se presenta el esquema que propone Orem (2001), como marco conceptual para la enfermería y en el cual se identifica la ubicación de los Factores Básicos Condicionantes.

Figura 1. Modelo de Dorothea Orem (2001)



Con el objetivo de dar una introducción a la adaptación del modelo de Orem se mencionan los factores básicos condicionantes; el autocuidado que debe tener el adulto mayor, las actividades y demandas de autocuidado así como la actividad de enfermería. Propuesta de Salazar Muñoz 2017.

Figura 2. Adaptación del modelo de Dorothea Orem sobre factores básicos condicionantes



El envejecimiento saludable pertenece a un ámbito semántico que ha ido creciendo ampliamente a lo largo de los últimos 40 años, desde aproximadamente los años sesenta, a la vez que se han adoptado distintos términos prácticamente sinónimos como envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo, productivo y activo. La mayor parte de autores concuerdan en que todas estas rubricas verbales conforman un nuevo paradigma o nueva consideración de la vejez y el envejecimiento (Fernández, 2011). El mismo autor menciona que centrándose en el envejecimiento saludable, aunque este término es utilizado por la OMS en un documento en 1990, este es sustituido por el “envejecimiento activo” en 2002, a partir del II Plan Internacional de Acción sobre envejecimiento de las Naciones Unidas en el año 2002; el cual menciona el proceso de optimización de las oportunidades de la salud; con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de población y edad, permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital y así, participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesitan (Bolaños, 2010).

Durante el envejecimiento se observan modificaciones tanto del rendimiento físico como del sensorial, que limitan al adulto mayor y lo obligan a modificar sus actividades. En la mayoría de los casos se presenta fatiga mental y física; disminución de la memoria, de la agudeza visual y auditiva, del sentido del gusto, de la capacidad de concentración, de la eficacia cardiopulmonar y de la potencia sexual, entre otras (Bolaños, 2010). El Adulto mayor se preocupa por su salud y por el avance de signos de su deterioro en diferentes ámbitos, lo que aumenta su vulnerabilidad. Sin embargo le es difícil darse cuenta que al modificar su ambiente, actividad o rutina, podría estar en condiciones de seguir realizando ocupaciones significativas. Cuando se hacen estos cambios el

Adulto Mayor puede llegar a la etapa de la vejez con energía, con deseos de continuar trabajando o aportando, con iniciativa y planes de trabajo, a pesar de que en el contexto social o dentro de su propia comunidad encuentre limitaciones para involucrarse en ocupaciones a su alcance.

Para lograr una cultura de envejecimiento activo y saludable es necesaria la interacción de factores tanto de índole sanitaria, económica y social, como del entorno físico y de la conducta de la persona. En nuestra sociedad el envejecimiento puede considerarse, por un lado, un avance, un éxito de supervivencia, y por otro lado, un gran desafío, pues supone una mayor exigencia sanitaria, social y económica (Camacho, Gámez, Flores y Guerrero, 2010).

Menciona Foucault desde la perspectiva filosófica, que el cuidado de si se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones (Chirolla, 2010; citado por Garcés y Giraldo, 2013). El mismo autor afirma que uno no puede ocuparse de sí mismo sin conocerse, el cuidado de si es sin duda el conocimiento de sí, es el lado socrático- platónico, pero es también de un cierto número de reglas de conducta o de principios que son, a la vez verdades y prescripciones (Britos, 2010; citado por Garcés y Giraldo, 2013).

Destaca Foucault (citado por Garcés y Giraldo, 2013) que el cuidado de si abarca tres aspectos fundamentales: en primer lugar, es una actitud con respecto a los otros y con respecto al mundo. En segundo lugar, es una manera determinada de atención, de mirada. Preocuparse por sí mismo implica convertir la mirada y llevarla del exterior al interior; implica cierta manera de prestar atención a lo que se piensa a lo que sucede en el pensamiento. En tercer lugar, la noción de cuidado de si designa una serie de acciones que ejerce sobre sí mismo, mismas por las cuales se hace cargo de sí mismo, se

purifica, se transforma y se transfigura (Lanz, 2012; citado por Garcés y Giraldo, 2013).

La preocupación por uno mismo es la actividad que se ejerce sobre sí. Foucault nos dice en la hermenéutica del sujeto, uno se preocupa de si para sí mismo, y es en esta preocupación por uno mismo en donde este cuidado encuentra su propia recompensa (Giraldo, 2010; citado por Garcés y Giraldo, 2013).

Foucault (2001; citado por Vignale 2011) concibe la inquietud de sí mismo como una actitud general, una manera determinada de atención de mirada sobre lo que se piensa y lo que sucede en el pensamiento, implica también acciones que uno ejerce sobre si, mediante los cuales se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma y transfigura. En síntesis, es una actitud con respecto de sí mismo, con respecto a los otros y con respecto al mundo.

El ocuparse de si tiene como ancestro en la Grecia arcaica una serie de prácticas que Foucault reúne bajo el nombre de <<técnicas de si>> o del yo, por estas entiende practicas meditadas y voluntarias mediante las cuales los hombres no solo fijan reglas de conducta sino que procuran transformarse a sí mismos, modificarse en su ser singular y hacer de su vida una obra (Vignale, 2011).

El cuidado de si pasaba entonces por comprender que el cuerpo y el alma eran un todo, a través del cuidado personal de la estética se lograba una mente más despejada, así mismo quienes cultivaban su saber necesariamente debían preocuparse por su cuerpo y su salud (Sossa, 2011). Por último el mismo autor menciona que el cuidado de si estaba entendido también como una forma de respeto y cuidado por los demás.

Podemos exponer entonces que en los griegos el cuidado de la estética corporal era importante, pero no operaba por un individualismo, no bajo criterios económicos, exististas o como una cosa que se puede modificar porque sí, porque así lo hacen todos. En Grecia había un arte de la existencia, una preocupación valorativa, ética, humanística y de ahí que surgieran las técnicas de si (Foucault, 1998; citado por Sossa, 2011).

A continuación se presentan algunas de las prácticas que conllevan el cuidado de si como son las prácticas ligadas al conocimiento de sí mismo: para estas uno debía poner atención en la orina, en los sueños, se aconsejaba poner atención, registrar y meditar respecto de lo que en las noches uno fantaseaba (Foucault, 1992; citado por Sossa, 2011). Hay que recordar en efecto que la interpretación de los sueños no se considera como asunto de pura y simple curiosidad personal; es un trabajo útil para gobernar la propia existencia y prepararse a los acontecimientos que van a producirse.

Así mismo se debía estar al tanto de las comidas, en sus ingredientes, su temperatura; debían igualmente ejercerse una serie de hábitos; se aconsejaba el cantar, pues ayuda a la salud, los paseos, hablar en público, saber escuchar, la concentración anímica, los ejercicios físicos y espirituales, la filosofía, la introspección, los baños, las relaciones sexuales o la abstinencia; escribir era importante dentro del cuidado de si, mandar cartas, purificarse antes de dormir con baños o meditación, recordar a los muertos, la gimnasia, el ayuno o las dietas, etc., (Foucault, 2008; citado por Sossa, 2011).

En este mismo sentido existían prácticas ligadas al cultivo de si, a la preocupación por el entorno; estas prácticas pasaban por meditar respecto de las condiciones climáticas del año en que vivían, de su relación con el medio ambiente, de sus amistades, del orden social, etc. En síntesis, la persona debía preocuparse por poner atención en sí misma y en su contacto durante toda la

vida, buscando siempre transformarse así mismo (Foucault, 2000; citado por Sossa, 2011).

Con respecto a la relación con la verdad debe formar parte de una preocupación personal; el afán de conocerse así mismo debe necesariamente, pasar por ocuparse de sí mismo; debe dominarse el yo a fin de conseguir concretar una filosofía de vida que haga de la persona un ser más pleno (Sossa, 2010; citado por Garcés y Giraldo, 2013). El sujeto es quien tiene acceso a la verdad. Chaverry (2008, citado por Garcés y Giraldo, 2013) afirma que el sujeto tiene que ser objeto de sí con miras a una transformación espiritual que le dará acceso a la verdad, el sujeto del cuidado del sí se constituye a sí mismo a partir de su relación con la verdad.

El desafío verdadero no está solo en la esperanza de vida, sino como lograr a través de acciones individuales y grupales una mejor calidad de vida de los adultos mayores. Por lo anterior, se considera necesario, a partir de una valoración funcional y de necesidades de desempeño ocupacional cotidiano del adulto mayor para ofrecer servicios de atención social significativos para el usuario, con un propósito y una graduación que lleve a mantener y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social.

La actividad física es considerada como un factor que se relaciona directamente con el grado de discapacidad física en el grupo de adultos mayores. Diferentes estudios observacionales sugieren que un nivel alto de actividad física y mental, así como interacción social, pueden ayudar a mantener la función cognoscitiva durante el envejecimiento (Press, 2009). Es ampliamente conocido que la actividad física está asociada con una menor tasa de deterioro de la función motora y una reducción en resultados adversos. La actividad es solo un componente de un estilo de vida activo y saludable, el incremento en las actividades cognitivas y sociales en las personas mayores se

asocian con una mayor supervivencia y un menor riesgo de demencia (Buchman, 2010).

Todos los adultos mayores de 60 años deben de ser integrados a programas de actividad física y cognoscitiva que se prestan en los servicios de atención social a la salud, con prioridad en aquellos que muestran trastornos incipientes de la funcionalidad mental. Existe una amplia gama de actividades que integren acciones sociales y físicas, se asocian a una menor tasa de deterioro funcional, mayor longevidad y disminución en la tasa de deterioro cognitivo (Buchman, 2010).

Con respecto a la interacción social humana, es compleja, y el comportamiento social se genera en el cerebro a través de estructuras cerebrales interconectadas que procesan los diferentes elementos de información socio-cognitivos y socio-afectivos, los cuales finalmente son integrados y traducidos en acciones, la estimulación social puede desacelerar el deterioro de la función motora y posiblemente retrasar los resultados adversos en el estado de salud. Los estilos de vida, sistemas de protección social, la independencia financiera y el estado de salud son pilares importantes en los grupos de adultos mayores para impulsar mecanismos formales e informales de apoyo (Buchman, 2010).

Para la OMS (2015) el apoyo a los ancianos es labor de todos, de ellos mismos, de la familia, la comunidad, las instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y el voluntariado. La asistencia a las personas adultas mayores debe abarcar tanto las zonas urbanas como rurales debe ser integral, esto es que se ocupe de la salud física y mental considerando los aspectos preventivos, curativo, rehabilitatorios y el entorno social. Una forma de favorecer la salud de las personas adultas mayores entendiendo estas como el equilibrio biopsicosocial como lo señala la definición de la Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2015), es proporcionándoles una vida digna, activa y un rol en la familia y la sociedad.

Es indispensable que se replanteen los conceptos de empleo y productividad principalmente de acuerdo con lo establecido en la ley del trabajo, ya que el trabajo digno y remunerado es un derecho y un deber social, además que no podrá discriminarse a un trabajador entre otros motivos por su edad (Baquero, 2011).

Queda claro que la especialización tecnológica optimiza procesos y ayuda en la estandarización de la calidad de los servicios y productos, para muchos patrones la productividad se reduce al uso de computadoras e internet, al manejo del inglés y a las capacidades físicas de los jóvenes (Moreno, Rojas, 2010). Con este prejuicio se deja de lado a muchos adultos mayores que podrían realizar diversos tipos de actividad en áreas como capacitación de personal, relaciones públicas, atención al público, labores rutinarias, de archivo, administrativas e intelectuales. Los trabajos de supervisión, reclutamiento y obtención de recursos financieros, pueden ser desempeñados por personas mayores de 60 años, por su cualidad de observadores y darse tiempo para enseñar además de que no se dejan llevar por su primer impulso (Moreno, Rojas, 2010).

La experiencia de los adultos mayores aporta riqueza en los procesos de las organizaciones y como casi cualquier persona que pertenece a un grupo vulnerable, quienes se encuentran incorporados a la fuerza laboral, saben que no tiene asegurado su lugar en una organización, que otros muchos quisieran un puesto de trabajo y por consiguiente se comprometen verdaderamente con la oportunidad de demostrar que aún son productivos (Baquero, 2011). Dicho de otra manera, para el adulto mayor significa un nuevo impulso realizar un trabajo con dignidad, desarrollar un potencial, poner a prueba su capacidad, su experiencia, marcar sus propios límites y finalmente ser su propio jefe.

De igual modo, todas estas observaciones se relacionan también con datos sobre el autocuidado en el adulto mayor como es el alcoholismo y el hábito tabáquico. Los trastornos por el consumo de alcohol son comunes en los adultos mayores y se asocian con considerable morbilidad. Así entre el 2 y 3% de los alcohólicos son mayores de 65 años. En algunos casos, es el resultado de una larga de abusos, pero la mayoría opta por una forma de escapar de una realidad que le resulta difícil de asumir (Penny Montenegro y Melgar Cuellar, 2012).

La atención de los medios y de las iniciativas de salud pública relacionadas con los trastornos del consumo de alcohol suelen enfocarse hacia la gente joven. Sin embargo, el consumo del alcohol es frecuente entre personas mayores y se asocia con problemas de salud (Penny Montenegro y Melgar Cuellar, 2012)

Otro elemento de salud importante, son las acciones como la promoción de la salud que contribuyen al incremento de la esperanza de vida a nivel corporal como el cuidado dental, Taboada-Aranza, O; Cortés-Coronel, X. y Hernández-Palacios R. D; (2014) determinaron el perfil epidemiológico de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo en México y demostraron que la caries dental sigue siendo un problema de salud pública en la población de adultos mayores, la prevalencia en esta población en su estudio fue de 100%, adscritos al grupo de promotores de salud gerontológica de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional. Los estudios en ancianos mexicanos describen a la falta de dientes, la presencia de caries y periodontopatías como problemas serios entre la población de más de 60 años (Taboada-Aranza, O; Cortés-Coronel, X. y Hernández-Palacios R. D; 2014).

En la actualidad se sabe que es posible mantener una buena salud bucodental de los individuos hasta edades avanzadas y que los dientes no se

pierden a causa del envejecimiento, las alteraciones bucodentales no sólo se quedan a ese nivel también impactan en la capacidad para desempeñar actividades habituales como son el comer –con repercusión en su nutrición–, el hablar, el socializar, es decir, en su calidad de vida (Taboada-Aranza, O; Cortés-Coronel, X. y Hernández-Palacios R. D; 2014).

La pérdida de dientes no tiene que ver con el avance de la edad, simplemente los adultos mayores han estado expuestos durante más tiempo a los factores de riesgo de caries y enfermedad periodontal (Taboada-Aranza, O; Cortés-Coronel, X. y Hernández-Palacios R. D; 2014). Llegar a la tercera edad con todos los dientes o con los pocos que queden en buen estado requiere de una adecuada prevención y atención dental, es aquí donde el odontólogo debe intervenir educando a sus pacientes jóvenes y adultos, en el cuidado de su salud dental, con lo cual estos últimos se verán recompensados en la senescencia (Taboada-Aranza, O; Cortés-Coronel, X. y Hernández-Palacios R. D; 2014).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) dan a conocer la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014; este ejercicio estadístico capta información sobre las características sociodemográficas de la población; datos de la ENADID 2014 señalan que en el país residen 119.9 millones de personas, de las cuales 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. Esto hace que la relación hombres–mujeres sea de 95 varones por cada 100 mujeres a nivel nacional (INEGI, 2015). En relación con lo anterior los resultados encontrados en la presente investigación es que el género femenino en su mayoría permea en los estudios realizados.

Así mismo, el autocuidado en la exploración de las mamas muestra que la prevención secundaria es el elemento clave para combatir la mayor propagación de esta enfermedad (Salazar, Valdez; 2013). Ésta encierra el

diagnóstico temprano mediante la autoexploración de las mamas en forma sistemática, el examen clínico con búsqueda intencionada, tratamiento en forma oportuna de las tumoraciones de glándula mamaria así como la realización de imagenología en población de riesgo (Salazar, Valdez; 2013). La incidencia también aumenta con la edad; sin embargo, la relación de la edad con la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama deberá definirse más, por ello, la promoción de la autoexploración y del examen clínico de senos adquiere una gran relevancia en la prevención y el control en países como el nuestro aun en la tercera edad.

La Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda la educación sobre el cáncer de mama dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención medica si descubren alguna anormalidad, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicio de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población. Uno de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama es el envejecimiento a mayor edad mayor riesgo, la edad es uno de los factores más conocidos para padecer cáncer de mama en México suele manifestarse a partir de los 20 años de edad y su frecuencia se incrementa hasta alcanzar los 40 a 54 años, los pacientes menores de 40 años tienen un riesgo mayor de desarrollar una recurrencia local (Cárdenas, Bargalle, Erazo y Pointevin, 2013).

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudio

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, correlacional, transversal, porque la variable es medible permitiendo su cuantificación para analizarla estadísticamente.

7.2 Definición del universo de estudio

Tiempo: El estudio se realizó de noviembre 2015 a mayo de 2016.

Lugar: Centro de Salud de Morelia

7.3 Tamaño de la muestra

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La población considerada para el presente estudio, 165 usuarios adultos mayores autovalentes, que son de acuerdo aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria; que acuden al centro de salud de Morelia. Para la selección de la muestra se consideraron criterios que más adelante se mencionan (A. Aracelly, 2012).

7.4 Definición de la Unidad de Observación (Población total)

Los Adultos Mayores que acudan al Centro de Salud “Dr. Juan Manuel González Ureña” de la ciudad de Morelia.

7.5 Criterios

7.5.1 Criterios de Inclusión

- Toda persona varón o mujer de 60 años o más autovalente que acuda al Centro de Salud de Morelia.
- Adulto mayor que vive en ambiente familiar.
- Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación.

7.5.2 Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que tienen un cuidador exclusivo.

7.5.3 Criterios de Eliminación:

- Cuestionarios incompletos o mal llenados

7.6 Variables

7.6.1 Variable Independiente: Factores Básicos Condicionantes.

7.6.2 Variables Dependientes: Actividades de Autocuidado

Definición Operacional

Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado: Edad, Sexo, Estado de desarrollo, Estado de Salud, Factores del Sistema de Salud, Orientación Sociocultural, Factores del Sistema Familiar, Factores del ambiente, Patrón de vida, Disponibilidad y adecuación de recursos.

7.7 Selección de instrumento y procedimiento de recolección de la información

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos así como el instrumento de factores básicos condicionantes y de salud que se describe a continuación.

Instrumento

Para obtener la información acerca de los Factores Básicos Condicionantes de los adultos mayores, se aplicó el formato de datos sociodemográficos y de salud, propuestos por los investigadores del grupo. El cual consta de tres partes, en la primera se encuentran los datos de identificación, la segunda parte corresponde a la edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, estrato social, convivencia con la familia ,enfermedades agregadas problemas cardiacos, renales, diabetes, deficiencias que presentaba motoras, visuales, auditivas, valores de los signos vitales: tensión arterial media y pulso así como las medidas antropométricas: peso, talla, diámetro abdominal, índice de masa corporal y la tercera parte actividades de autocuidado. Para estructurar el instrumento de colecta, se recurre a la operacionalización de variables, considerando ítems dicotómicos.

Procedimiento

Se solicitó la aprobación de la Secretaría de Salud, como con el permiso de las autoridades pertinentes del Centro de Salud de Morelia, para obtener los registros de la población a estudiar y llevar a cabo la investigación. La participación de los adultos mayores fue voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado, posterior a la información ofrecida sobre la investigación

La medición de la Tensión Arterial fue realizada con la persona en estado de reposo, en posición sentada sobre una silla con la espalda apoyada y con los antebrazos a nivel del corazón, se colocó el brazaletes en el brazo desnudo entre la mitad del hombro y el codo, se procedió a realizar la toma mediante el empleo de un tensiómetro de brazo obteniéndose el valor de tensión arterial.

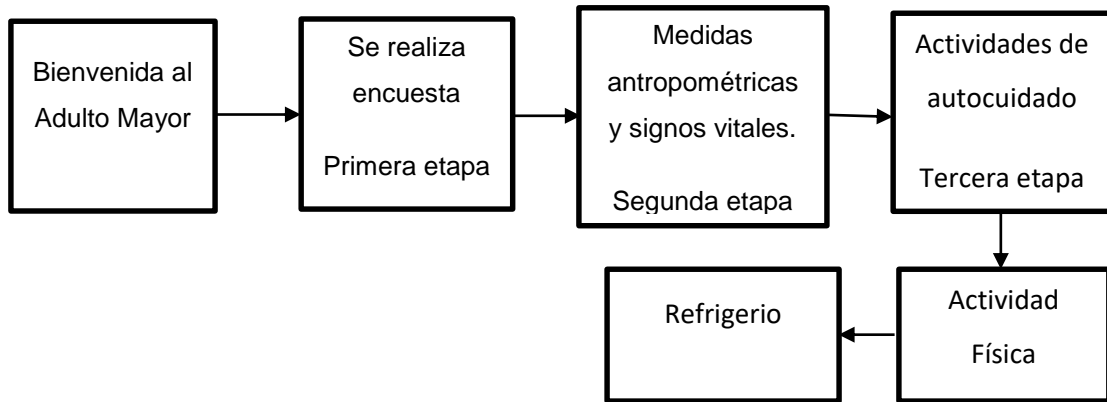
Se realizaron las mediciones del peso y talla solicitándole al paciente que subiera a la báscula con la mirada al frente y espalda recta, se le pidió que se ubicara de espaldas bien erguido y mirando al frente; el cálculo del índice de masa corporal fue obtenido a través de la medición del peso corporal del paciente en bipedestación sobre una báscula debidamente calibrada, la cual reporta una sensibilidad de 0.1Kg. La talla fue medida con el paciente en bipedestación apoyado en una pared utilizando una cinta de dos metros de longitud. Obtenidos estos valores se aplicó la fórmula

$$IMC = \frac{\text{PESO (Kg)}^2}{(\text{Talla(cm)})^2}$$

Mediante un abordaje con cada participante, se informó el propósito de la investigación y se preguntó la intencionalidad voluntaria para participar de la misma, la cual quedó manifestada a través de la firma del consentimiento informado. Posteriormente el investigador realizó la aplicación de la Ficha Factores Básicos Condicionantes del autocuidado (Espitia, Cruz; 2011).

7.8 Procesamiento y presentación de la información

Los adultos mayores fueron invitados a participar en el estudio, una vez obtenido su consentimiento para la realización de la encuesta, se acordó con ellos el día, el lugar y el horario, se les aplicó un cuestionario; los participantes contestaron el cuestionario, en tanto se efectuaron actividades lúdicas, durante 15 a 20 minutos para integración grupal.



7.9 Análisis Estadístico

El Procesamiento y análisis de los datos, se llevó a cabo a través del programa estadístico SPSS versión 21.0 y la aplicación de pruebas estadísticas descriptivas e inferencial que determinó la confiabilidad de los instrumentos a través de la aplicación del Alpha de Cronbach con un puntaje de 0.75 y chi cuadrada para comprobar hipótesis, se diseñaron tablas de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento de las variables, se elaboró un informe de la investigación así como la publicación y socialización de los resultados.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

El desarrollo de la investigación estuvo enmarcado en los 4 principios bioéticos fundamentales de:

AUTONOMIA: En la medida que los sujetos contaron con la libre decisión de participar o no en el estudio, de abandonar en cualquier momento su participación en la ejecución de la recolección de datos, y finalmente solo se recolectó la información posterior haber realizado una explicación clara del estudio y la obtención de la firma del consentimiento informado.

PRIVACIDAD: Se garantizó que ningún tipo de identificación se pusiera en el desarrollo del instrumento, se asegurará de igual forma que los resultados individuales se mantendrían en estricta confidencialidad y solo se utilizarían por la investigadora.

NO MALEFICIENCIA: Se explicó a los informantes que la participación o no en la investigación, no afectaría de ninguna manera la calidad del cuidado y servicios que les brindan en la institución.

VERACIDAD: Se garantizó el compromiso de transcribir y expresar la información manifestada por cada participante durante la recolección de datos, así como el manejo de la información, será procesada en total confidencialidad y solo con el propósito de los fines establecidos.

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, en el cual establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 13). Establece los lineamientos y principios generales en donde la

investigación que se realice en seres humanos deberá apegarse (Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII y Artículo 16), las cuales establecen:

Fracción I.-Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Fracción V.-Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que el reglamento señala.

Fracción VII.-Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la de bioseguridad, en su caso.

Fracción VIII.-Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría.

Artículo 16.-En las investigaciones de seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y esté lo autorice.

Este estudio, por ser realizado en seres humanos, se buscó prevalecer en el respeto a la dignidad y bienestar de los pacientes, para lo cual se abordó a cada persona en una interacción particular e individualizada, considerándolo como un ser integral, se explicó en forma clara y completa los objetivos del estudio de la investigación de tal forma que pudiera comprenderla, así de cómo se llevaría a cabo la colecta de los datos, esto a través del consentimiento informado por escrito, mediante el cual la persona que está sujeto a la investigación autoriza su participación en la investigación, el participante tendrá la libertad de retirarse y dejar de participar en el estudio del estudio en el momento que lo considere pertinente, aclarando cualquier pregunta o duda

acerca de los procedimientos (Artículo 20, Artículo 21, Fracción I, II, III, VI, VII y VIII, Artículo 22, Fracción I, II, III, IV y V).

Se cuidó la privacidad de los datos del individuo sujeto a la investigación, el nombre no se mencionará y solo el investigador responsable, tendrá un registro de los participantes para poder identificar en caso necesario los riesgos inherentes. Se contó con un lugar privado para explicar el cuestionario, esto con el fin de respetar la confidencialidad de la información. La participación de los adultos mayores sería voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado, posterior a la información ofrecida sobre la investigación.

8.1 VINCULACIÓN DEL PROYECTO CON LAS POLÍTICAS SANITARIAS Y DE INVESTIGACIÓN

Programas preventivos

Uno de los componentes del modelo de atención social a la salud de adultos mayores, se ubica en la primera línea estratégica del Plan Gerontológico Institucional y permite a las personas conservar y desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital, así como participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, capacidades y anhelos, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados (Camacho, et al.2010). El mismo autor pretende que los adultos mayores conserven el mayor grado de autonomía posible, que retrasen lo más posible los distintos niveles de dependencia y conserven el mejor nivel y la mayor calidad de vida a su alcance, con la participación del individuo, la familia, y la comunidad. En la planificación de servicios, programas y acciones es necesario tener en cuenta las opiniones de las personas adultas mayores, ellos son los protagonistas de este período de la vida. Se debe promover el auto cuidado y la capacitación para la atención integral informal, cuidadores, familiares, amistades y voluntarios (Inapam, 2011).

IX. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, iniciando con la descripción de las variables sociodemográficas que permitieron caracterizar a la población de estudio, posterior a ellos se explicarán cada una de las variables del cuestionario, y la relación de las dimensiones de los Factores Básicos Condicionantes con el autocuidado.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Variable	Población (n=165)	
	f	%
Estado civil		
Soltero	22	13
Casado	90	54.5
Unión libre	3	1.8
Separado	3	1.8
Divorciado	6	3.6
Viudo	41	24.8
Total	165	100
Genero		
Mujer	114	69.1
Hombre	51	30.9
Total	165	100
Escolaridad		
Analfabeta	40	24
Primaria Incompleta	44	26
Primaria completa	23	14
Secundaria incompleta	7	4
Secundaria completa	11	7
Bachillerato	9	6
Estudios Técnicos	8	5
Universidad	4	2
Profesional	19	12
Total	165	100
Edad		
60-65	58	35
66-70	47	29
71-75	28	17
76-80	17	10

Variable	Población (n=165)	
Mayor de 80	15	9
Total	165	100
Ocupación		
Ama de casa	84	51
Empleada Domestica	10	6
Comerciante	8	4
Otro	63	39
Total	165	100
Religión		
Católica	141	86
Cristiano	8	5
Evangelista	4	2
Testigo de Jehová	3	2
Ninguna	8	5
Otra	1	0
Total	165	100

Fuente: Cuestionarios aplicados en el 2016

En la tabla 1, se describe el comportamiento de las variables sociodemográficas presentes en la población de estudio. La primera de ellas: el estado civil, se puede apreciar que la variable con mayor porcentaje de la población fueron casados.

Los adultos mayores se caracterizaron por presentar una escolaridad de primaria incompleta. El comportamiento de la variable de ocupación fue mayor en el grupo de amas de casa para el caso de las mujeres, con 51%, lo mismo sucedió con la religión, la doctrina católica fue la de mayor incidencia con 86% en la población de adultos mayores. Como dato relevante fue el comportamiento de la variable edad de los participantes, se observó en la población de adultos mayores con un porcentaje de 35% estuvieron en el rango de 66 a 70 años.

El 20% (25) de los participantes reporto tener un trabajo remunerado que cubre de lunes a viernes, un 16% con un total de 22 adultos mayores trabaja de lunes

a sábado, 10 tres días a la semana con un 8%; 104 (54%) no trabajan, y el 3%(4) trabaja medio tiempo. Al realizar el análisis del instrumento, se observó el comportamiento de cada una de las variables y se encontraron los siguientes datos:

Actividades físicas y sociales

Es ampliamente conocido que la actividad física está asociada con una menor tasa de deterioro de la función motora y una reducción en resultados adversos. La actividad es solo un componente de un estilo de vida activo y saludable, el incremento en las actividades cognitivas y sociales en las personas mayores se asocian con una mayor supervivencia y un menor riesgo de demencia (Buchman, 2010).

En la dimensión de actividades físicas y sociales que realiza el adulto mayor 50 (30%) de la población participante los adultos mayores pertenecen a un grupo de actividades el 70% (115) de los ciudadanos no, 132 de ellos con 80% camina como ejercicio y 33(20%) no lo realiza. Es importante mencionar que en lo que se refiere a la práctica de juegos de mesa tales como lotería, domino, ajedrez y damas chinas, 17%(29) expresaron afirmativamente, 83%(136) 136 adultos mayores no lo hacen.

En lo que respecta a si asiste a bodas, quince años y bautismos es necesario mencionar que el porcentaje más alto 108 (65%) contestó afirmativamente y 57(35%) no asiste; Por otro lado cuando se cuestionó a los adultos mayores si participaba en actividades recreativas de su comunidad 47 personas que equivale a un 29% respondieron participar activamente; así mismo llama la atención que 118(71%) no participa en dichas actividades. Los resultados obtenidos de la variable le gusta asistir a fiestas patronales o parroquiales reportaron 65%(107) y el resto con 35%(58) no asiste. Respecto a

si asiste a actividades de culto o a misa 66(40%) adultos mayores si asisten y 99(60%) no.

Situaciones de convivencia con la familia

Las personas mayores deben enfrentar la situación donde los hijos adquieren un hogar propio y dejan su casa materna, por lo tanto tienden a vivir solos, problemática que es agravada por la feminización de la viudez, sin embargo, si por el contrario viven en el núcleo familiar de sus hijos, se sienten discriminados y poco útiles. Por lo anterior, plantea la necesidad de formar núcleos familiares donde se adquieran fórmulas de convivencia y vinculación interfamiliar de las personas mayores, y además resalta la importancia del apoyo de vecinos y redes de amigos que ayudan a disminuir el aislamiento y la soledad (Rodríguez, Daza, K.D 2011).

La convivencia con la familia es muy importante para el adulto mayor porque permite la integración de la persona a su entorno cercano, la falta de esta convivencia propicia el aislamiento del adulto mayor, hasta tener una gran soledad e inclusive una depresión.

A este respecto se observó que el 90% (149), contestaron que platican unos con otros y 16(10%) no lo hace; en lo que se refiere si se ayudan económicamente es importante mencionar que 148 (90%) adultos mayores respondieron que sí y el resto siendo 17(10%) no cuentan con esa ayuda. En lo que respecta si le gusta su familia 155(95%) si le gusta y 10(5%) respondió que no. Al cuestionar a las personas encuestadas si les gustaba cómo vivían 152 (92%) contestaron que sí y 8%(14) respondieron que no.

Ambiente Social Percibido

El Adulto mayor se preocupa por su salud y por el avance de signos de su deterioro en diferentes ámbitos, lo que aumenta su vulnerabilidad. Sin embargo le es difícil darse cuenta que al modificar su ambiente, actividad o rutina, podría estar en condiciones de seguir realizando ocupaciones significativas. Cuando se hacen estos cambios el Adulto Mayor puede llegar a la etapa de la vejez con energía, con deseos de continuar trabajando o aportando, con iniciativa y planes de trabajo, a pesar de que en el contexto social o dentro de su propia comunidad encuentre limitaciones para involucrarse en ocupaciones a su alcance.(Camacho, Gámez, Flores y Guerrero, 2010).

En lo que se refiere al ambiente social percibido en esta categoría se realizaron 14 preguntas de las cuales es importante mencionar que cuando se cuestionó a los adultos mayores si les gustaba el barrio donde vivían 92%(155) contestó que sí y 8%(13) no le gusta; los resultados que se obtuvieron referente a si tienen farmacias, médicos y hospitales accesibles para cualquier emergencia 76%(125) respondieron tener cerca de donde acudir y 40(24%) contestaron que no; el 94% (155) adultos mayores reporto tener acceso fácil al transporte público y 6%(10) que no.

Respecto a cómo considera que es su estado de salud física en general 38%(62) contestaron que era bueno, 47%(78) fue regular y 15%(25) respondió que era malo; referente a si asiste al médico 86%(142) si asisten y 14%(23) que no.

Enfermedades

Los datos arrojados en la dimensión de enfermedades fue la siguiente: 49 adultos mayores que equivale a 30% eran diabéticos y 70%(116) no padecían de esta enfermedad; 50%(83) resultaron ser hipertensos; 23%(39)

refirieron tener dificultad para mover y usar las manos y 126 (77%) no la tienen; Otro dato relevante 63%(104) no tenían dificultad para moverse y usar los pies y 37% (61) se les dificultaba.

Lavado de dientes

Otro elemento de salud importante, son las acciones como la promoción de la salud que contribuyen al incremento de la esperanza de vida a nivel corporal como el cuidado dental, Taboada-Aranza, O; Cortés-Coronel, X. y Hernández-Palacios R. D; (2014) determinaron el perfil epidemiológico de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo en México y demostraron que la caries dental sigue siendo un problema de salud pública en la población de adultos mayores, la prevalencia en esta población en su estudio fue de 100%, adscritos al grupo de promotores de salud gerontológica de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional.

En la dimensión referente a los datos relacionados con el autocuidado del adulto mayor; 95%(155) se realizan el lavado de dientes y el resto de la población no lo hace; 92% (150) cuando padece de algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos y 8% (15) no lo lleva a cabo.

Alcoholismo y Tabaquismo

Los trastornos por el consumo de alcohol son comunes en los adultos mayores y se asocian con considerable morbilidad. Así entre el 2 y 3% de los alcohólicos son mayores de 65 años. En algunos casos, es el resultado de una larga de abusos, pero la mayoría opta por una forma de escapar de una realidad que le resulta difícil de asumir (Penny Montenegro y Melgar Cuellar, 2012).La atención de los medios y de las iniciativas de salud pública relacionadas con los trastornos del consumo de alcohol suelen enfocarse hacia

la gente joven. Sin embargo, el consumo del alcohol es frecuente entre personas mayores y se asocia con problemas de salud. Los datos arrojados en lo referente al alcoholismo fue el siguiente: 19%(30) respondieron que si consumen alcohol y 81%(135) que no. Respecto a la variable del tabaquismo 11%(19) fuman y 89%(146) no fuman.

Autoexploración Mamaria

El autocuidado en la exploración de las mamas muestra que la prevención secundaria es el elemento clave para combatir la mayor propagación de esta enfermedad (Salazar, Valdez; 2013). Ésta encierra el diagnóstico temprano mediante la autoexploración de las mamas en forma sistemática, el examen clínico con búsqueda intencionada, tratamiento en forma oportuna de las tumoraciones de glándula mamaria así como la realización de imagenología en población de riesgo (Salazar, Valdez; 2013).La incidencia también aumenta con la edad; sin embargo, la relación de la edad con la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama deberá definirse más, por ello, la promoción de la autoexploración y del examen clínico de senos adquiere una gran relevancia en la prevención y el control en países como el nuestro aun en la tercera edad.

En cuanto a las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria el mayor porcentaje lo realiza siendo el 66%(89) y 34%(76) el resto de la población no lo lleva a cabo; 39%(65) tienen problemas para dormir y 61%(100) que no.

Tablas de contingencia de variables sociodemográficas con las variables de autocuidado

Las tablas de contingencia también llamadas dinámicas, tablas cruzadas o tablas de control se definen como la técnica estadística más utilizada en análisis de datos. Está formada por dos variables y está basada en el cálculo de porcentajes. Concretamente se trata de analizar si la distribución de porcentajes de una variable se repite por igual en las categorías de la otra variable, debido que se estudia una variable en función de otra.

Lo importante en esta investigación es averiguar si los porcentajes de la variable a explicar en este caso la variable independiente, se diferencian mucho, poco o nada entre las categorías de la variable explicativa, la variable dependiente. Si hay altas diferencias de porcentajes las dos variables están relacionadas ya que una variable explica la otra. Si no hay diferencias de porcentajes es que no hay relación, en caso que la diferencia es pequeña u ocurre solo en algunas categorías es que la relación explicativa entre las variables es débil.

Tabla 2 de contingencia. Edad/ autoexploración mamaria

Usted realiza autoexploración mamaria= (165)				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Si		No	
Edad				
60-65	39	24	19	11
66-70	27	16	20	12
71-75	13	8	15	9
76-80	6	4	11	7
Mayor de 80	4	2	11	7
	89	54	76	46
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

En la tabla número 2 se puede apreciar que en lo que se refiere a la autoexploración mamaria existe un predominio mayor en un rango de edad de 60-65 años presentaron un 24% y conforme va aumentando la edad, disminuye el porcentaje y el autocuidado.

Tabla 3 de contingencia. Sexo/ autoexploración mamaria

Usted realiza autoexploración mamaria=165				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Si		No	
Sexo				
Femenino	85	52	29	18
Masculino	4	2	47	28
	89	54	76	46
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Como se observa en la tabla número 3 que muestra los resultados de la relación que existe entre que si realizan la autoexploración mamaria y el sexo, los participantes en esta investigación presentaron que un 52% si lo realiza siendo estos del sexo femenino, el resto del grupo no lo lleva a cabo.

Tabla 4 de contingencia. Edad/ lavado de dientes

Realiza su lavado de dientes				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Si		No	
Edad				
60-65	57	35	1	0.6
66-70	45	27	2	1
71-75	28	17	0	0
76-80	13	8	4	2
Mayor de 80	14	9	1	0.6
	157	96	8	4
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

En la tabla número 4 que muestran los resultados en relación con la variable de que los participantes realizan su lavado de dientes con la edad, en el rango de 60 a 65 años de edad presentaron un 35% de los cuales llevan a cabo esta actividad y a medida de que la edad va en aumento los adultos mayores disminuyen esta práctica de autocuidado.

Tabla 5 de contingencia. Escolaridad/ problemas para dormir

Usted tiene problemas para dormir=165				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Si		No	
Escolaridad				
Analfabeta	25	15	15	9
Primaria incompleta	17	10	27	16
Primaria completa	10	6	13	8
Secundaria incompleta	1	1	6	4
Secundaria completa	3	2	8	5
Bachillerato	1	1	8	5
Estudios técnicos	4	2	4	2
Universidad completa	0	0	4	2
Profesional	3	2	16	10
	64	39	101	61
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

En la tabla número 5 se puede observar que los participantes predominaron en el analfabetismo con un 15% los cuales presentaron problemas para dormir y un 10% en primaria incompleta, oscilaban que terminaron entre tercero y cuarto de primaria con un Chi cuadrado de 0.005 lo que indica que estas variables tienen relación y mostraron significancia.

Tabla 6 de contingencia. Religión/ padecimiento de algún trastorno

	En caso de padecer algún trastorno			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Si		No	
Religión				
Católica	133	83	8	5
Cristiano	7	4	1	0
Evangelista	4	2	0	0
Testigo de Jehová	3	2	0	0
Ninguna	1	1	2	1
Otra	6	3	0	0
	154	95	11	6
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

En la tabla número 6 se puede apreciar que el 83% de los adultos mayores profesa la religión católica, este porcentaje es mayor en caso de padecer algún trastorno o enfermedad, mientras que los participantes de otras religiones estuvieron en la categoría de Cristiano un 4%, con presencia de Chi cuadrado de 0.003 con 4 grados de libertad lo cual demuestra que ambas variables tienen relación entre sí.

Tabla 7 de contingencia Sexo/ fumar

	Usted fuma			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Si		No	
Sexo				
Mujer	6	3	108	66
Hombre	12	7	39	24
	18	10	147	90
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

En la tabla número 7 se puede apreciar la relación que existe entre la variable fumar y el sexo, un 69% de los participantes fueron mujeres de las cuales un 3% fuma, en relación con los varones un 7% lo realiza, aunque es una relación débil, las variables son dependientes entre si presentando una Chi cuadrado de 0.001.

Tabla 8 de contingencia. Sexo/ consumo de bebidas alcohólicas

	Usted toma bebidas alcohólicas			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo				
Mujer	13	8	101	61
Hombre	17	10	34	21
	30	18	135	82
Total	165	100		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

En la tabla número 8 se muestran los resultados entre la variable ingerir bebidas alcohólicas con el sexo, el 69 % de los encuestados fueron mujeres de las cuales el 8% no lo realiza en relación con el hombre de un 21% el 10% de los participantes contestaron afirmativamente. Estos resultados nos ayudan a entender que el alcohol tiene influencia ya que tuvo una significancia de Chi cuadrado de 0.001 con un grado de libertad.

Comprobación de hipótesis

Una vez aplicada la prueba estadística, se analizó las tablas de contingencia y graficas de barras en donde la correlación de variables edad con el lavado de dientes (tabla 4) en el rango de edad de 60-65 años un 34.5% lo realiza y a medida que aumenta la edad esta práctica de autocuidado disminuye, la debilidad como característica asociada se encontró con una magnitud de efecto tipo mediano, que equivale aproximadamente a un tercio de desviación estándar en el valor de Phi (.308) y χ^2 de 0.004.

Otra variable característica como diferencia fue la escolaridad un 16.4% de la población no termino la primaria, el 15.2% eran analfabetas (tabla 5), la escolaridad fue baja con una media de 3.63 donde oscila haber cursado hasta tercero y cuarto de primaria, la cual muestra un Phi valor de 0.367 con χ^2 de .005 y una magnitud de efecto mediano.

El género caracteriza al grupo siendo mujeres la mayoría de la muestra, en los resultados, la correlación fue positiva se observó un 65.5% no consume alcohol con un Phi (.263) valor significativo bajo y que es directamente proporcional, con resultado de χ^2 de 0.001. El consumo de tabaco es otro síntoma característico con un valor significativo–con Phi valor (.271) y χ^2 de 0.001 (tabla 7). Se observó una relación estadísticamente significativa en la variable religión con un valor de Phi (.336) con χ^2 de .003 con una magnitud de efecto mediano y directamente proporcional (Tabla 6).

El resto de las variables que midieron las actividades físicas, sociales de convivencia con la familia y ambiente social presentaron $P > 0.05$ convirtiéndolas en no significativas.

X. DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue analizar los factores básicos condicionantes relacionados con las actividades del autocuidado en el adulto mayor. El envejecimiento de la población es un reto de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un desafío para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS,2014). Por lo tanto al hablar del envejecimiento se refiere a un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo, estos se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas.

Dorothea Orem (1993) describe diez Factores Básicos Condicionantes (FBC) para las personas que son: edad, género (sexo), estado de desarrollo, orientación sociocultural, el estado de salud, factores del sistema de cuidado de la salud, factores del sistema familiar, patrones de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos, los cuales tienen particular importancia en el proceso del envejecimiento porque son aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener un autocuidado. Y que a partir del grado de dependencia que representan en la realización de actividades en la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud

Orem (1993) identifica como el primer Factor Básico Condicionante a la edad. En la demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida que se ha llamado población adulta mayor; en éste sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la cual los Estados

soberanos se afilian voluntariamente para colaborar en pro de la paz mundial, promover la amistad entre todas las naciones y apoyar el progreso económico y social, establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor(OMS, 2014; citado por Instituto Nacional de las mujeres, 2015).. En el caso de la población participante en esta investigación se observa que la mayor parte de los encuestados se encuentra en el rango de edad de 60 a 65 años, en donde en lo general tienen autonomía porque se encuentran activos.

Se deben tener presentes las diferencias dentro de este grupo etario, ya que las condiciones de vida de una persona de 60 años difieren de las de una de 80 ,considerando que entre las primeras se encuentran personas económicamente activas y productivas, no dependientes de cuidados, que dedican tiempo al trabajo remunerado como al no remunerado; mientras que conforme aumenta la edad, las probabilidades de deterioro de la salud se incrementan y, por tanto también el número de personas dependientes de cuidados. Éstas características habrán de considerarse en la población de estudio, pues a mayor edad, es probable que influyan otros factores relacionados con la edad, para que apliquen o no el autocuidado.

Otro factor a considerar es el género porque como lo menciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012) a partir de los veinte años de edad, el número de mujeres rebasa al de los varones, debido a una sobre mortalidad masculina, consecuencia en gran parte, de la mayor exposición de los hombres a situaciones de riesgo, que mueren por accidentes, lesiones o agresiones, como ocurre en casi todos los países del mundo, excepto en algunos de África. Además las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres (United Nations, 2011; citado en Instituto nacional de las mujeres, 2015). Es necesario focalizar el antecedente del 2014, año en que se señala que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, cifras que se incrementarían en el año 2050. Por lo tanto, las proyecciones para la población pronostican que prevalecerá el mayor número de mujeres que de

hombres adultos mayores y que en el 2050 ellas representaran más de la mitad de la población de 60 años.

En los resultados de este estudio el sexo femenino fue en mayor número que el masculino, lo cual es congruente con lo planteado en el párrafo anterior donde la situación demográfica de los adultos mayores, así como en la población en general, el sexo femenino predomina sobre el masculino, y requiere que se considere específicamente por las características físicas, sociales y culturales de la mujer mexicana, así como el perfil epidemiológico para éste grupo etario, lo que marcará la especificidad de los elementos a considerar en las intervenciones de enfermería para fortalecer el autocuidado en la población estudiada.

Respecto a lo que describe Orem (1993) como tercer requisito de los factores básicos condicionantes, lo relativo al estado de desarrollo, en el caso de los adultos mayores aspectos importantes a considerar son los que promueven procesos de vida que conducen a la madurez. Eric Erickson (2010; citado por Boeree George C, 2012), define ocho etapas del desarrollo donde describe el ciclo vital o estadios psicosociales, es decir la crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a los cuales se enfrentan las personas para alcanzar la plenitud y madurez. El mismo autor señala la importancia de consolidar las diferentes etapas del desarrollo, pues si la persona adolece desde la infancia o vive rodeado de situaciones que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar, pueden ser los elementos claves que caractericen al adulto mayor que no es consciente de la importancia de aplicar el autocuidado y cómo los aspectos psicosociales, como los explorados en éste estudio, son determinantes para que las personas puedan vivenciar una vejez con características de plenitud.

En el desarrollo de los factores básicos condicionantes Orem (1993) menciona que la edad y el estado de salud constituyen un factor determinante

en el autocuidado. Lo define como una conducta aprendida que se va desarrollando progresivamente en la vida humana, bajo la rutina de las actividades de la vida diaria, siguiendo un patrón normal, pero cuando la persona enferma este patrón cambia. Es importante mencionar que los datos de esta investigación referente al estado de salud de la población, permiten inferir que las personas adultas mayores que viven en compañía de sus familiares, puede tener un papel relevante para su bienestar físico y emocional, particularmente en el caso de quienes requieren de cuidados o apoyo a causa de una enfermedad o discapacidad, y en hogares que no se viven situaciones de violencia intrafamiliar. Sin embargo los adultos mayores que viven solos, en hogares unipersonales, lo cual puede significar que se encuentren en una situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad que no puedan satisfacer por ellos mismos.

Adicionalmente, en el caso de las mujeres, los cambios biológicos ocurridos durante su ciclo reproductivo y el paso transicional hacia la etapa post reproductiva definida en el momento del cese de la menstruación, las condiciona a un riesgo adicional de padecer enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus (ENSANUT, 2012; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015). El hecho de tener una expectativa de vida más larga no representa necesariamente una ventaja para ellas, por el contrario, puede significar un periodo mayor de enfermedad o discapacidad.

Igualmente la autora (Orem, 1993) establece que el autocuidado varía en los individuos dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad, con el estado de salud, con el nivel educativo, con las experiencias de vida en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria. En este estudio los resultados arrojaron que el nivel de escolaridad en los adultos mayores fue bajo con una media de 3.63, donde oscila haber cursado hasta tercero y cuarto de primaria. Los datos concuerdan con lo referido por Maurois

(2014; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015) donde el promedio de la escolaridad de la población se estimó en 4.6 años que no cubre ni la educación básica, en gran parte porque la expansión del sistema educativo no beneficio a esas generaciones

Con relación al estado civil la mayoría eran casados similares a lo reportado por Censo de población y vivienda (2010; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015) en donde el estado conyugal que predomina entre las personas adultas mayores es la unión en pareja o en unión libre; la viudez ocupa un lugar importante entre las personas de edad avanzada. El mayor porcentaje se ocupaba de oficios del hogar, lo que guarda relación con ser en su mayoría de sexo femenino y personas mayores; este resultado coincide con Guevara y Sánchez (2003, 2004; citado por Fernández y Manrique, 2011).

Los datos presentados sugieren un gran reto para el sector salud, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT (2012; citado por Instituto nacional de las mujeres 2015), en ese año, menos de la cuarta parte no era derechohabiente de institución alguna, mientras que el seguro popular de salud cubría prácticamente más de la cuarta parte de la población, lo que concuerda con lo encontrado en este estudio la mayor parte de los adultos mayores fueron afiliados al seguro popular. El contar con seguridad social para atención médica garantiza que los adultos mayores estén inscritos en programas de la salud por lo que este aspecto es una fortaleza que puede garantizar de alguna manera el acceso a los servicios de salud, de la población estudiada.

Por diversas circunstancias, pero en particular por la falta de acceso a los servicios médicos y otros servicios de atención a personas adultas mayores, su cuidado recae principalmente en las familias, lo cual representa un trabajo adicional para los integrantes del hogar y puede incidir en su bienestar físico y emocional (INEGI, 2010; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015), por lo que se difiere con este estudio ya que se encontró que la mayor parte de la

población tiene fácil acceso a farmacias , médicos y hospitales para cualquier emergencia.

Podría pensarse que vivir bajo el mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge es fuente de bienestar y seguridad en este grupo poblacional, por otro lado contar con el apoyo que pudiera recibirse por medio de las redes sociales conformadas por los familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo sirve para reforzar las relaciones sociales que favorecen la integración social de las personas adultas mayores (Guzmán - Huenchuan, 2012; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015. De acuerdo a los datos del módulo de condiciones sociales de la encuesta Nacional de ingresos y gastos en los hogares (MCS-ENIGH, 2012; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015) perciben gran dificultad e incluso imposibilidad de conseguir ayuda de redes familiares o sociales; en comparación con los hallazgos obtenidos en este estudio la mayor parte de la población reciben apoyo cognitivo y se integran fácilmente a la sociedad.

En México una tercera parte de la población adulta mayor trabaja para el mercado laboral, la participación en actividades económicas se reduce conforme aumenta la edad, sin embargo se observa que dos de cada diez hombres adultos mayores de 80 años y más continúan económicamente activos (Encuesta Nacional de ocupación y empleo, 2014; citado por Instituto Nacional de las mujeres 2015). La actividad de los adultos mayores es el trabajo no remunerado; así en los resultados fue posible identificar que más de la mitad de los adultos mayores encuestados, se dedican a los quehaceres domésticos, actividad que muy probablemente han desarrollado durante toda su vida. Al respecto de lo mencionado anteriormente, existe concordancia con los hallazgos en este estudio; las personas adultas mayores tienen una contribución social y económica importante no reconocida con el trabajo no remunerado que realizan en sus hogares.

El deterioro funcional debido a la edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias psíquicas y sociales, se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado (Manrique-Espinoza, et al; 2013, citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015). Con respecto a lo anterior mencionado por el autor se difiere en este sentido, ya que los adultos mayores expresaron no tener alguna dificultad para mover y usar sus extremidades. Tanto por cuestiones físicas como de género mujeres y hombres viven de manera diferente el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud como lo propone Manrique-Espinoza (2013). El estado de salud y pérdida de autonomía de las personas adultas mayores han sido evaluados con diferentes escalas que miden la capacidad funcional que tiene las personas para realizar Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) esta incluye las capacidades de autocuidado más elementales como son comer, ir al baño, contener esfínteres asearse, caminar, vestirse actividades esenciales para el autocuidado (INSP-ENSANUT, 2012; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015).

En otro aspecto importante relacionado con el autocuidado, es necesario mencionar que una de las drogas legales que con mayor frecuencia se consume es el alcohol, y en este sentido la organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013; citado por Instituto nacional de las mujeres, 2015) menciona que el consumo del alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales. El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes, algunos de ellos pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman; ese estado de embriaguez puede acrecentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas, fracturas, y accidentes de automóvil. De acuerdo a lo antes mencionado no acorde con los resultados de los adultos mayores encuestados la mayor parte de los participantes no consumen alcohol, y eso se relaciona con las prácticas de autocuidado y estilo de vida saludable

que excluye el consumo de alcohol en forma rutinaria. El Instituto Nacional sobre el abuso del alcohol y el alcoholismo parte de los Institutos Nacionales de la Salud, recomienda que las personas que estén bien de salud y son mayores de 65 años de edad tomen no más de 7 bebidas alcohólicas a la semana y 3 bebidas alcohólicas en un solo día.

El adulto mayor al mantener el mal hábito de fumar, propicia el riesgo en su salud, podría adquirir un sinnúmero de enfermedades pulmonares como es el cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) esta última donde se ven afectados los alveolos pulmonares dando como resultado disnea, fatiga tos e infecciones respiratorias y finalmente puede llevar a la muerte. Según el informe sobre control del tabaco para la región de las Américas (OPS, 2016) señala que el tabaco es determinante para que se desencadenen enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales son actualmente responsables de casi dos tercios de las muertes a nivel mundial.

De acuerdo a los resultados de este trabajo se observa que una parte considerable de la población no es consumidor de tabaco, y el menor porcentaje que si lo realiza concientizar sobre los factores de riesgo que esto implica al seguir haciéndolo así como de los beneficios que obtendrá al abandonar el tabaco como disminuir riesgo de padecer cáncer de pulmón y EPOC, mejorar la respiración y oxigenación de su organismo con esto permitiendo aumentar la actividad física, mejorando la circulación y que disminuirá el riesgo de padecer enfermedades cardiacas y circulatorias por lo cual dispondrá de más energía y de mayor vitalidad.

Por otra parte en lo que respecta a la práctica de autocuidado de autoexploración mamaria, es el más simple, de bajo costo y no invasivo, además que tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer, de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación el porcentaje mayor realiza esta práctica y a medida que avanza en edad dicha práctica disminuye.

El auto examen mamario persigue sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama que conozca su propio cuerpo, factores de riesgo y que identifique cambios anormales para la demanda de atención medica apropiada (Santos, Mata, Rosado, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) menciona que llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los adultos mayores. Con respecto a lo anterior mencionado la población encuestada refirió comer lo que su economía les permite, ya que muchas veces no cuentan con suficiente dinero para comprar los alimentos adecuados o nutritivos. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, grasas saturadas, grasas de tipo trans, azúcares libres y sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales (OMS, 2015).

Por otro lado el aislamiento y la soledad conducen, entre los que viven solos, al consumo de comidas fáciles o ya preparadas, por falta de motivación en las mujeres o de habilidad culinaria en los hombres y, al mismo tiempo, el número de comidas omitidas va siendo mayor. Parece indudable que gozar de apoyo social y comer en compañía mejora el apetito, la cantidad de alimento ingerido y, por tanto, repercute en el estado nutritivo (Barrera y Osorio, 2012).

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona ,por ejemplo de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico, el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente así como los hábitos alimentarios (OMS,2015).

La inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño en los adultos mayores puede considerarse un problema de especial repercusión dadas sus consecuencias para su salud y calidad de vida. En la mayoría de los casos es el resultado del propio proceso de envejecimiento en el que tiene lugar una serie de cambios biológicos que tienden a reducir la intensidad, duración y continuidad del sueño (Estrella-González y Torres-Prados 2015). Con respecto a lo anterior mencionado por los autores los resultados obtenidos en esta investigación no coinciden ya que el mayor porcentaje reporto dormir 8 horas diarias, lo que promueve el descanso y el bienestar de los adultos mayores estudiados. Tener una higiene adecuada es fundamental, para ello, no solo hay que cuidar la limpieza del cuerpo sino que también hay que prestar atención a otros factores como la higiene del sueño, su fragilidad puede ser fruto de problemas de micción, afectivos o el consumo de ciertos medicamentos, pero muchas veces la causa de este problema no es otra que la edad (Hernández, 2014).

Al realizar un análisis filosófico del autocuidado es importante mencionar a Foucault (2007 citado; por Rodríguez, Cárdenas, Pacheco y Ramírez, 2014) citado desde el aspecto ético, analiza principalmente la antigua Grecia de los siglos II y III A.C, viendo como en esa época existían prácticas del cuidado de sí, ligadas a concepciones filosóficas mayores, de este modo describe que el precepto ocuparse de uno mismo era para los griegos, uno de los principales principios de las ciudades, una de las reglas más importantes para la conducta social, personal y para el arte de la vida, este imperativo se traduce en una serie de actividades que conformaron las tecnologías del yo. De acuerdo a lo mencionado por el autor es transcendental la intervención del profesional de enfermería en relación a concientizar a los adultos mayores sobre el cuidado de sí mismo, lo valioso que es para ellos el cuidar de su alma y su cuerpo que es único.

Entre las premisa que menciona Foucault(2007 citado; por Rodríguez, Cárdenas, Pacheco y Ramírez, 2014)están las tecnologías del yo, son las técnicas que se ejercen sobre uno mismo y que permiten a los individuos efectuar por sus propios medios un cierto número de operaciones sobre sus cuerpos, sus almas, sus pensamientos y sus conductas, como elementos sustantivos del autocuidado; cabe mencionar, que estas técnicas buscan un cuidado y esmero por el sí mismo, son prácticas reglamentadas o no, individuales y colectivas, que tiene por fin tanto conocerse uno mismo, como transformarse en alguien mejor , más saludable.

M. Foucault (2007) (citado por Rodríguez, Jiménez, Pacheco, Ramírez, 2014) sustenta que el cuidado de si se inicia desde el pensamiento griego en el decir cuídate a ti mismo, representa una visión ética ontológica en donde la reflexión de la libertad implica el cuidado de si además de ser manifestación y constitución del ser, cuidar de si es conocerse, formarse y superarse así mismo para poder asumir ciertas reglas y principios establecidos en la moral que conducen a la verdad. Menciona el mismo autor que el cuidado de si es ético en sí mismo e implica relaciones complejas con los otros, ya que el ethos de la libertad conlleva una manera de relacionarse y ocuparse de los otros pues, para cuidar bien de sí, hay que escuchar las lecciones de un maestro, consejero o amigo que oriente y guie sin anteponer el cuidado de los otros al cuidado de si, ya que éticamente es primordial y ontológicamente la primera filosofía en la relación consigo mismo (citado por Rodríguez, Jiménez, Pacheco, Ramírez, 2014).Así puede identificarse, por un lado la responsabilidad ética ontológica que permea la decisión de cuidarse o no en los adultos mayores estudiados, y el papel preponderante que puede desarrollar el profesional de enfermería al convertirse en promotora de salud en la población de estudio, aplicando la consejería empática y con conocimientos científicos que favorecen la salud de los estudiados.

El mismo autor refiere, hay que ocuparse de sí mismo, no cuando la persona es joven, sino en todas las circunstancias de la vida. Por lo tanto

ocuparse de si será una responsabilidad durante toda la vida y tendrá como edad crucial ya no la adolescencia, sino la madurez, pues ya no será la preparación para la vida adulta y cívica, sino para la vejez. Para preparar el cumplimiento de la vida en esa edad en que la vida misma se cumplirá y quedara como suspendido, y que será la vejez (2007 citado; por Rodríguez, Cárdenas, Pacheco y Ramírez, 2014). Por lo tanto no debe considerarse la vejez simplemente como término de la vida sino como una meta, el anciano es quien goza de sí mismo, y el punto al que llega en la vejez (citado por Rodríguez, Jiménez, Pacheco, Ramírez, 2014).

En síntesis quien cuida de sí mismo, sobre lo que hace, sobre el lugar que ocupa entre los demás hasta el punto de saber cuáles son sus deberes, llegará a tener una relación adecuada con el grupo social al que pertenece. Desde el punto de vista en enfermería, el cuidado de si es una acción sustantiva para poder cuidar a otros, lo que significa que para poder cuidar a los demás, es necesario desarrollar la conciencia de atender las necesidades propias.

El proceso de envejecimiento por el que atraviesa la población nacional, especialmente aquella que se concentra en grandes centros urbanos, representara en un tiempo no muy lejano nuevos retos para la atención de salud en esta población (Guimares, Mendoza, Valdez y Medina, 2014). Lo anterior muestra la necesidad de conocer en detalle los factores de riesgo que son determinantes para la carga de enfermedad, así como los factores básicos condicionantes que influyen en las conductas de autocuidado en el adulto mayor, esto revela la necesidad de desarrollar programas de intervención de enfermería adecuados para las características y necesidades de este grupo etario, con el objetivo claro de favorecer las conductas saludables y el bienestar de los adultos mayores, que como ya se mencionó anteriormente, cada vez serán más.

XI. CONCLUSIONES

La teoría de Dorothea Orem, en sus diferentes publicaciones, utilizada como base teórica para la presente investigación, fue muy útil por su contenido, ya que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, los principios y conceptos de la misma se utilizaron para analizar la relación de los Factores Básicos Condicionantes y las actividades de autocuidado en el adulto mayor.

Para la colecta de datos de este proyecto, se estructuró un instrumento a partir del proceso de operacionalización de variables, mismo que presentó resultados estadísticos confiables, de congruencia interna, lo que posibilita su uso posterior en estudios similares, sobre todo cuando el interés es conocer los factores básicos condicionantes que intervienen para que una persona aplique o no el cuidado.

La descripción de todos los factores básicos condicionantes que menciona la teoría de Orem en esta investigación, permitió adquirir una visión particular y aproximada de las condiciones sociodemográficas en que se desarrollan los Adultos Mayores, a su vez se estableció la asociación de dichos factores que influyen sobre la capacidad de autocuidado.

De los Factores Básicos Condicionantes que plantea la teoría de Orem, se demostró que existe una asociación fuerte con el autocuidado, al arrojar valores de $p < 0.05$. Los factores que presentaron esta asociación fueron: Edad, Sexo, Escolaridad, Religión y patrón de vida, dentro de estos el consumo de alcohol y de tabaco. Este hallazgo fue de gran relevancia por tanto es preciso que estos factores señalados sean evaluados, conocidos y abordados en las intervenciones educativas que realiza el profesional de enfermería en la práctica clínica asistencial.

El personal de enfermería como un servicio humano se debe de preocupar por ofrecer un conocimiento especializado a los adultos mayores que requieren un autocuidado, debe de comprender los conceptos para poder desarrollar en la población el autocuidado, que existen factores básicos condicionantes que son característicos, propios de cada persona y del ambiente en donde se desenvuelve y esto puede afectar la capacidad de cuidar de sí mismo.

Los adultos Mayores encuestados conforman el grupo de edad denominado vulnerable, por los resultados obtenidos se aprecia que los participantes no tienen bien definido el significado sobre el autocuidado lo que dificulta lo lleven a cabo correctamente; en general desconocen como participar en su autocuidado lo cual ocasiona preocupación y angustia en la persona; que no pasaría si fuera co-participe de su cuidado.

Estas categorías fueron las más significativas estadísticamente al marcar la diferencia entre el hacer y el saber. En la investigación se concluyó que es de gran importancia enfocar las acciones educativas del profesional de enfermería hacia el cambio en los hábitos, prácticas de autocuidado mostrando una actitud de escucha y atención hacia la realidad vivida por los individuos que conlleven a la búsqueda de actividades de autocuidado.

Mediante investigaciones como esta se busca la profesionalización de Enfermería, donde la enfermera de manera organizada y comprometida con su trabajo, expanda sus conocimientos y contribuya al diseño e implementación de programas e intervenciones basadas en la evidencia con énfasis en los estilos de vida saludable como una estrategia importante para la educación en salud de los adultos mayores.

Es importante mencionar que durante la colecta de datos, se encontró diferentes reacciones en el adulto mayor como tristeza, depresión, desmotivación, llanto, soledad; a pesar de vivir en un ambiente familiar. En ese

momento el reto del profesional de enfermería es hacer una evaluación objetiva y tener una conexión más profunda con la persona, mostrando preocupación, interés; hacerlo sentir querido, importante, escuchado y motivarlos a la participación e incluirlos en actividades colectivas de la sociedad

XII. SUGERENCIAS PARA TRABAJOS POSTERIORES

Es importante que se continúe con esta línea de investigación, no solo en esta institución, sino con otras poblaciones en donde también se esté en contacto con adultos mayores y se tenga grupos de apoyo mutuo (GAM), en distintos escenarios y características sociodemográficas, fortalecerá la teoría de Orem y sus aportaciones.

Es de vital importancia identificar cuáles son las capacidades de autocuidado que demuestran los adultos mayores y de esta forma dar el soporte educativo de enfermería de acuerdo a las características cognitivas, emocionales y actitudinales de cada individuo.

Es necesario que se desarrollen instrumentos específicos de valoración para los factores básicos condicionantes (FBC) para el contexto de la población, reconociendo la importancia que tiene la educación en estilos de vida saludables y el autocuidado como estrategias de alto impacto para la prevención.

Se debe impulsar la realización de investigaciones que demuestren estrategias de intervención efectivas para potencializar las habilidades y capacidades de autocuidado en los adultos mayores.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Aracelly (03 de abril de 2012). Psicología del Adulto Mayor. Definiciones cercanas sobre el Adulto Mayor. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://psadultomayor.blogspot.mx/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-eladulto.html>.
- Alvarado, A., y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento, *Revisiones Gerokomos*, 25 (2): 57-62. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
- Baquero, N. (2011). *Boletín del Observatorio del mercado de trabajo y la seguridad social*. Recuperado de: www.uexternado.edu.co/pdf/Boletin_13_observatorio.pdf.
- Bezerra, F., Taziana, S., Lemos, M., Lima, C. y Carvalho, F (2013). Promoción de la Salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Rev. Electrónica trimestral de enfermería*.32.260-269. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834851016>
- Boeree C. George (2012). Teorías de la personalidad Erik Erikson. Traductor Rafael Gautier. Recuperado de: <http://bcnslp.edu.mx/antologias-rieb-2012/primaria-1semestre/PDI/PDF/Teorias%2520de%2520%la%2520personalidad%2520Erik%2520Erikson.pdf&ved=0ahUKEwiR0ZKg-OPTAhVGjvQKHbGABUQFggkMAI&usq=AFQjCNE6qGCY24AT-xlfsIK-9UOjXPpPHA>
- Bolaños, Sánchez, G. (2010). *Programa de envejecimiento activo*. México, D, F: Talleres de impresos Santiago.
- Carvalho, M. y Andrade. (2010). *Política pública Social para el envejecimiento y la vejez*. Disponible http://www.en:s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/en/lg/En2010_Lg_Alcaldía.pdf.
- Carta de Ottawa (1986) Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud, *Rev. Fundación de investigaciones sociales A.C*, 1-2.

-
- Camacho, R; Gámez, C., Flores, A. y Guerrero, G. (2010). *Programa de envejecimiento activo, una visión interdisciplinaria*. México, D.F: Instituto de Geriatria. Disponible en:
<http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/37.pdf>
- Chong, A. y Ruiz, J. (2012). Aspectos Biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 28 (2): 79-86.
- Crespo, D. y Fernández, C. (2011). Bases moleculares del envejecimiento neurocognitivo. *Rev. Psicogeriatría*. 3 (1): 9-17.
- Cruz Menor, Ernesto, Hernández Rodríguez, Yunit, Morera Rojas, Blanca Paula, Fernández Montequín, Zoila, & Rodríguez Benítez, Juan Carlos. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 12(2), 121-130. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200014&lng=es&tlng=es.
- D' Hyver, C. y Guzmán, C. (2014). *Prevención en la tercera edad*. México. D. F: El Manual Moderno.
- ENAMSEM. (2013). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México. 2013*. Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enasem/doc/enasem2013_09.pdf
- Espitia, L. (2011). Asociación de los Factores Básicos Condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Recuperado: www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitia_cruz.2011.pdf
- Estrella González I. y Torres Prados Ma. T (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*; 26(4):1233-126. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/pdf/-geroko/v26n4/02_originales_01.&ved=0ahUKEwjWY-nO-uPTAhVqjVQKHYSDBMwQFggeMAA&usq=AFQjCNH3FpUhmVUNyrDqwazyViMmBzYpOq
-

-
- Fernández, A., Manrique, F (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. En *Av. enferm*, (1), 30-41.
- Fernández-Ballesteros, R (2011). Envejecimiento Saludable. *Congreso sobre envejecimiento*.1-6. Universidad Autónoma de Madrid, España.
Recuperado de:
http://envejecimiento.csic.es/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf&ved=0ahUKEwjU_rqV_OPTAhVjwFQKHco9AEkQFggfMAA66&usq=AFQICNGv1VKHvDCR8aklpTCRX_weBTXL5A
- Fox Aaron, J. (2010). Towards Healthier Ageing: The Development, Implementation and Evaluation of a Proactive. *Health Promotion Intervention for Older Adults*, 6 (4), pp. Recuperado de:
<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=2hFwBhtct90C&oi=fnd&pg=PA2&dq=aaron+j+2010+towards+healthier+ageing:+the+developme nt&ots=HEdJWF1c7J&sig=IFtBpJsFUxf5Fn3W9GVCtsNXdg#v=onepage&q&f=false>
- Gallegos, E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de las escalas y valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo científico de enferm*, 6(9), 260-266.
- Garcés, Giraldo, Luis Fernando y Giraldo, Zuluaga, Conrado. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*. 14, (22). pp. 187 – 201.
- Grajales, Alonso, I; Landeros, Olvera, E; Tenahua, Quitl, I. y & Linares, Fleites, G (2007). El autocuidado en mujeres posmenopáusicas con exceso en la nutrición. *Revenfermunivers ENEO-UNAM*, 5(2): 38-43. Disponible en:
www.revistas.unam.mx>article>viewFile
- Gutiérrez, R. (2010). *México y la revolución de la longevidad*. México, D. F: Talleres de impresos Santiago.
- Hernández G (2014). Dormir de forma saludable en la vejez: higiene del sueño. *EFE Salud*. Recuperado de:
<http://www.efesalud.com>psicologiaybienestar>
- Instituto Nacional de las personas adultas mayores. Modelos de atención gerontológica (2011). *Instituto Nacional de las personas adultas mayores. Modelos de atención gerontológica*. Recuperado de:
-

[www.inapam.gob.mx/.../INAPAM/.../Libro Modelos de Atencion Gerontologica](http://www.inapam.gob.mx/.../INAPAM/.../Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica)

Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). Guía de Práctica Clínica GPC Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: IMSS. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Vive México envejecimiento acelerado*. Recuperado de: eleconomista.com.mx/.../vive-mexico-acelerado-envejecimiento-inegi

Instituto nacional de las mujeres (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Recuperado de:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf&ved=0ahUKEwj_Uno_ePTAhWqqIQKHeuvDtYQFggfMAA&usg=AFQjCNFYzP-yDPqanpurbpLU8P1nHEkasA

Landeros, E (2004). Estimación de las capacidades de autocuidado para la hipertensión arterial. *Rev. Enferm. IMSS*, (2), 71-74.

Landínez, Parra, N.S; Contreras, Valencia, K. y Castro, Villamil, A (2012). *Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia*. Bogotá, Colombia: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_4_12/spu08412.htm

Leyva, J. (2011). Capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. En *Rev. de investigación Clínica*, (4), 376-381.

López, Carrillo, L; Torres, Sánchez, L; Blanco, Muñoz, J; Hernández, Ramírez, R; y Knal, F.M (2014). Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 56(5):538-546. ISSN 1606-7916. Disponible en:
[HTTP://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=003031](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=003031)

Marriner, T (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.

Melgar, C. y Montenegro, E. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: La hoguera.

Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad de España. (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. España. Recuperado de:

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Muñoz, C. (2005). La medición de los cuidados: una revisión de la bibliografía. *Rev. Enferm Clinic*, 15 (2).76-87.

Moreno, Rojas, S (2010). Política Pública Social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital. 2010-2025. Bogotá. D.C. Disponible en:

http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/en/lq/En2010_Lq_Alcaldia.pdf

Organización Mundial de la salud. 2015. *Nota descriptiva 404* Septiembre, 2015. Recuperado:

<http://www.who.int/world-health-day/2012/photo-story/es/index,html>.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Campaña del día mundial de la salud*. Recuperado de:

<http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es>.

Olesker, K., Scagliola, A. y Roviera, A (2013). *Plan nacional de envejecimiento y vejez (2013-2015). Consejo consultivo del instituto nacional del adulto*. Disponible

en: inmayores.mides.gub.uy/.../plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digit
a...

Orem, Dorothea E (1993). *Modelo de Orem*. México: Masson-Salvat.

Orem, D (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Campaña del día mundial de la salud 2012*. Disponible en:

<http://www.who.int/world-health-day/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Envejecimiento y Salud. Nota descriptiva 404*. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/es>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Fondo mundial para la investigación del Cáncer/Instituto Estadounidense de investigación sobre del cáncer. Resumen. Alimentos, nutrición, actividad física y la prevención del cáncer: una perspectiva mundial*. Washington, D.C.: AICR. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2187%3A2010-alimentos-nutricion-actividad-fisica-prevencion-cancer-perspectiva-mundial&catid=1795%3Ebooks&Itemid=1894&lang=es

Organización Panamericana de Salud [OPS] (2016). *Informe sobre Control del Tabaco en la región de las Américas. A 10 años del convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco*. Washington, DC: OPS. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content%26view%3Darticle%26id%3D11965%253A2016-regional-report-tobacco-control%catid%3D1279%253Apublications%26Itemid%3D41962%26lang%3Des&ved=0ahUKEwiAoarM_uPTAhWhj1QKHTZmCtMQFggcMAA&usq=AFQjCNFqDRb0ag5TxUq2OJ9To1qniYus2A

Penny Montenegro E. y Melgar Cuellar F (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. Bolivia: La hoguera.

Pérez, Z (2010). *Deterioro Cognitivo. México, D, F: Talleres de impreso Santiago. Perfil epidemiológico del adulto mayor*. Secretaria de salud. Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_.

Reyes, I. y Castillo, J (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 30 (3), 354-359.

Robles, G., López, G., Morales, C., Palomino, S. y Figueroa, B (2014). Autocuidado y factores Condicionantes presentes en las personas con Diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo Sonora. *Rev. Epistemus*. 17 (8).41-49.

Rodríguez, Daza, K.D (2011). *Vejez y envejecimiento*. Colombia: Universidad del rosario.

Rodríguez-Jiménez, S; Cárdenas-Jiménez, M; Pacheco-Arce, A.L. y Ramírez-Pérez M (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*; 11(4): 145-153. Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-una-mirada-fenomenologica-del-cuidado-S1665706314709273&ved=0ahUKEwiy3rG_gOTTAhXnxLQKHYk-DLkQFggcMAA&usq=AFQjCNHcqNzWhBitVkelCEwwtP2upqFosw

-
- Rosales Rodríguez, Reinalda de la C., García Díaz, Reina de La Caridad, & Quiñones Macías, Eloina (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN, 18(1), 61-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009&lng=es&tlng=es.
- Salazar Valdez Nadia (2013). *Factores que influyen en la falta de realización de autoexploración de mama*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar No. 73 Universidad Veracruzana. Disponible en: www.uv.mx/2014/06/Protocolo-Nadia
- Santana, Chávez, L.A; Zepeda, Flores, S.E; González, Muñoz, L.M y Meléndez, Morales, J (2015). Efectividad de la autoexploración mamaria supervisada como estrategia educativa. *GinecolObstetMex*, 8 (9)3:522-528. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numeros83/efectividad-de-la-autoexploracion-mamaria-supervisada-como-estrategia-educativa/>
- Secretaria Nacional de vigilancia epidemiológica (2011). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010* (2010). México: Secretaria desalud. Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos
- Simmons, Leo.W (2010). Aging in Primitive Societies: A Comparative Survey of Family Life and Relationships. 27 (1).36-51. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
- Taboada Aranza, Olga; Cortés Coronel, Ximena y Hernández Palacios Rosa Diana (2014). Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Rev. ADM*; 71 (2): 77-82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142f.pdf>
- Tenahua, Quitl, I., Landeros, Olvera, E., Fleites, Linares, G. y Grajales, A (2007). Capacidades y acciones de autocuidado en personas con riesgo cardiovascular. *Enfermcardiol*, 41(2) ,19-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2382424.pdf>
- Yépez, Ramírez, De la Rosa, A; Guerrero, Albarrán, C. y Gómez, Martínez, J (2012). Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev. EnfermInsMex Seguro Soc*, 20 (2):79-84. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/eim-2012.
-

XIV. ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación: “FACTORES BASICOS CONDICIONANTES RELACIONADO CON LAS PRÁCTICAS DE VIDA SALUDABLE Y EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR”, la cual tiene como objetivo analizar la relación de los factores básicos condicionantes con las prácticas de vida saludable y el autocuidado en el adulto mayor que acuden al servicio de consulta externa del Centro de salud de Morelia. Con el fin de lograr el propósito del protocolo de investigación será aplicado el instrumento de Factores Básicos Condicionantes/ datos socio-demográficos y de salud (DSDS), un formado de encuesta de “Factores Básicos Condicionantes” y por último tomara la tensión arterial, el peso, la talla y el perímetro abdominal. Se me ha informado que la aplicación de estos procedimientos hacen que esta investigación sea de bajo riesgo para mi integridad como participante, así como que el presente estudio ha sido coordinado por la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, quienes han avalado la investigación. He sido informado del manejo ético y confidencial de la información, como también he sido informado que la participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esta decisión afecte la atención que yo pueda recibir en la institución.

Firma de la participante

Firma de la investigadora



Universidad Michoacana de
San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería



Cédula de datos personales

Nombre: _____ Mujer () Hombre ()

Edad: _____

Estado Civil: Soltero () Casado () Unión libre () Separado () Divorciado ()
Viudo ()

**I. Factores Condicionantes Básicos (FBC) / datos socio-demográficos y
de salud (DSDS)**

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Escolaridad: Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa ()

Secundaria incompleta () Secundaria completa () Bachillerato ()

Estudios técnicos () Universidad incompleta () Profesional ()

Lugar de procedencia: _____ Lugar de residencia _____

Ocupación: Ama de casa () Empleada doméstica () Comerciante () Otro,
cuál? _____

Religión que profesa: Católica () Cristiano () Evangelista () Testigo de
Jehová () Ninguna Otra ()

Hábitos personales de trabajo: De lunes a viernes () De lunes a sábado ()

Tres días a la semana () Trabaja medio tiempo () No trabaja ()

Cuántas horas continuas trabaja: 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () Más de 12 ()

Le gusta su trabajo? Si () No () Quisiera cambiarse de trabajo? Si ()
No ()

Cuántas horas descansa durante el día: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Más
de 6 () Ninguna

Cuántas horas duerme en un día normal: 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () Más de
12 ()

I. Usted....

Actividad	Si	No	Frecuencia
Hace ejercicio			
Pertenece a un grupo de actividades			
Va de día de campo			
Va a balnearios			
Va a la playa			
Camina (como ejercicio)			
Practica juegos de mesa (lotería, dominó, damas chinas, etc.)			
Le gustan los videojuegos			
Teje, borda o hace costura			
Va al cine			
Asiste a conciertos			
Asiste a partidos de deportes			
Toca algún instrumento			
Realiza visitas a familiares y/o amigos			
Asiste a bodas, quince años, bautismos			
Le gusta platicar con sus amigos y/o familiares			
Participa en actividades recreativas de su comunidad			
Le gusta asistir a fiestas patronales o parroquiales			
Escucha radio			
Ve la televisión			
Lee revistas			
Lee periódicos			
Lee libros			
Le gusta cultivar plantas			
Le gusta hacer manualidades con sus amigas			
Le gusta cocinar			
Practica actividades de relajación (Yoga, Taichí)			
Se da o recibe masajes			
Asiste a actividades de culto			
Le gusta cómo se ve			

II. Características de la convivencia con la familia. En su familia:

Actividad	Si	No	Frecuencia
Platican unos con otros			
Desayunan juntos			
Comen juntos			
Cenan juntos			
Se respetan			
Hablan uno a la vez			
Se saludan			
Oyen música juntos			
Ven televisión juntos			
Pasean juntos			
Respetan los espacios de cada uno			
Respetan las cosas de cada uno			
Se distribuyen las tareas de la casa			
Todos ayudan a hacer las cosas			
Pueden pedir disculpas entre ustedes			
Se piden las cosas por favor			
Se dan las gracias			
Celebran juntos los éxitos			
Discuten			
Se ponen de acuerdo			
Se apoyan			
Se ayudan económicamente			
Se ponen apodos			
Se pelean			
A usted le gusta su familia			
A usted le gusta donde viven			
A usted le gusta cómo viven			

III. Ambiente social percibido

No.	Ítem	Si	No	No.	Ítem	Si	No
1	Me gusta el barrio donde vivo			8	Tengo la confianza suficiente para prestarles cosas a mis vecinos		
2	Las relaciones con mis vecinos son buenas			9	Nos gusta organizar actividades con los vecinos		
3	Si tengo algún problema, mis vecinos me ayudarán			10	Tengo acceso fácil al transporte público		
4	Es seguro el barrio donde vivo			11	Si pudiera me iría a vivir a otro lado		
5	Hay algunas personas en el barrio que no me gustaría que vivieran ahí			12	No tengo problemas para tirar la basura en forma adecuada		
6	Tenemos farmacias, médico y hospitales accesibles para cualquier emergencia			13	La escuela de mis hijos está cerca		
7	En barrio donde vivo me estresa			14	Sé de algunas personas en el barrio, que me dan desconfianza		

Seguridad Social: Seguro Popular () IMSS () ISSSTE () Otro _____

Cartilla de salud: Si () No ()

Registros realizados en la cartilla: De 2a 5 () De 6a 9 () De 10 a más ()

Cómo considera que es su estado de salud física en general?

Bueno () Regular () Malo ()

Cómo considera que es su estado de salud mental?

Bueno () Regular () Malo ()

Asiste al médico? Si () No ()

Frecuencia: 1 vez al año () 2 veces al año Sólo cuando me enfermo ()

Usted tiene:

Enfermedades del	Si	No	Cuáles?	Enfermedades del	Si	No	Cuáles?
Corazón				Ansiedad			
Del Riñón				Dificultad para mover y usar las manos			
De vías urinarias				Dificultad para mover y usar los pies			
Diabetes				Dificultad para ver			
Hipertensión				Dificultad para oír			
Cáncer				Dificultad para comer			
Depresión				Dificultad para respirar			

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____ IMC _____

TA: _____ Pulso: _____ Resp. _____ Menarca: _____

Menopausia: _____ Gesta: _____ Para: _____

Abortos: _____ Cesáreas: _____ Edad Al Primer Nacimiento: _____

Lactancia Materna: Si () No () Tiempo Aproximado: _____

IV. Escala Valoración de Agencia de Autocuidado
(Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA)

No	Ítem	Nunca	Casi nunca	Siempre	Casi siempre
1	A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2	Reviso si las actividades que normalmente hago para mantenerme con salud, son buenas.				
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5	Primero hago lo que sea necesario para mantenerme con salud				
6	Creo que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7	Si quiero, yo puedo buscar las formas para cuidar mi salud y mejorar la que tengo ahora				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9	Hago cambios en mis alimentos para mantener el peso que me corresponde				
10	Cuando hay situaciones que me afectan, yo las manejo para que no afecten mi forma de ser				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no tengo tiempo para hacerlo				
12	Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos de siempre				
13	Puedo dormir lo suficiente como para no sentirme cansado				

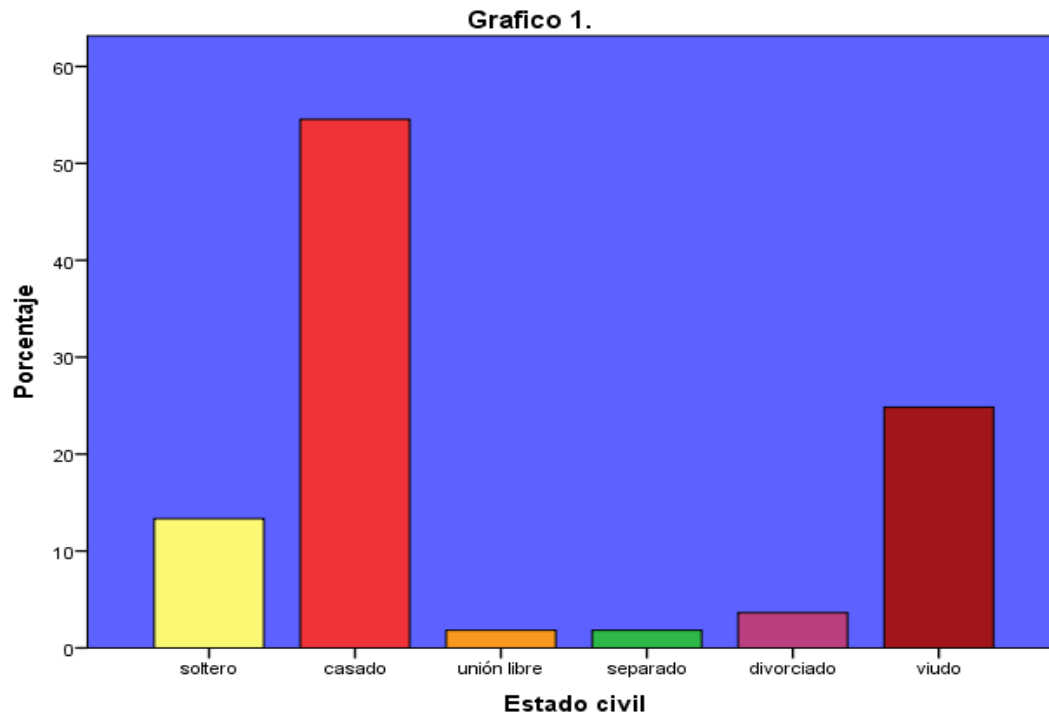
No	Ítem	Nunca	Casi nunca	Siempre	Casi siempre
14	Cuando me dan orientación sobre mi salud, pido que me aclaren lo que no entiendo				
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados, con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina, recorro al profesional de salud para que me dé información sobre los efectos secundarios				
18	Soy capaz de tomar medidas para evitar que mi familia y yo corramos peligro.				
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20	Por realizar mis ocupaciones diarias, es muy difícil que tenga tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir información para saber qué hacer...				
22	Si yo no puedo cuidarme, busco ayuda				
23	Puedo destinar un tiempo para mi				
24	A pesar de mis limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				

XV. APÉNDICES

Tabla y Gráfica 1. Distribución del estado civil

<i>f</i>	%	Porcentaje válido
22	13.3	13.3
90	54.5	54.5
3	1.8	1.8
3	1.8	1.8
6	3.6	3.6
41	24.8	24.8
165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados en el 2016

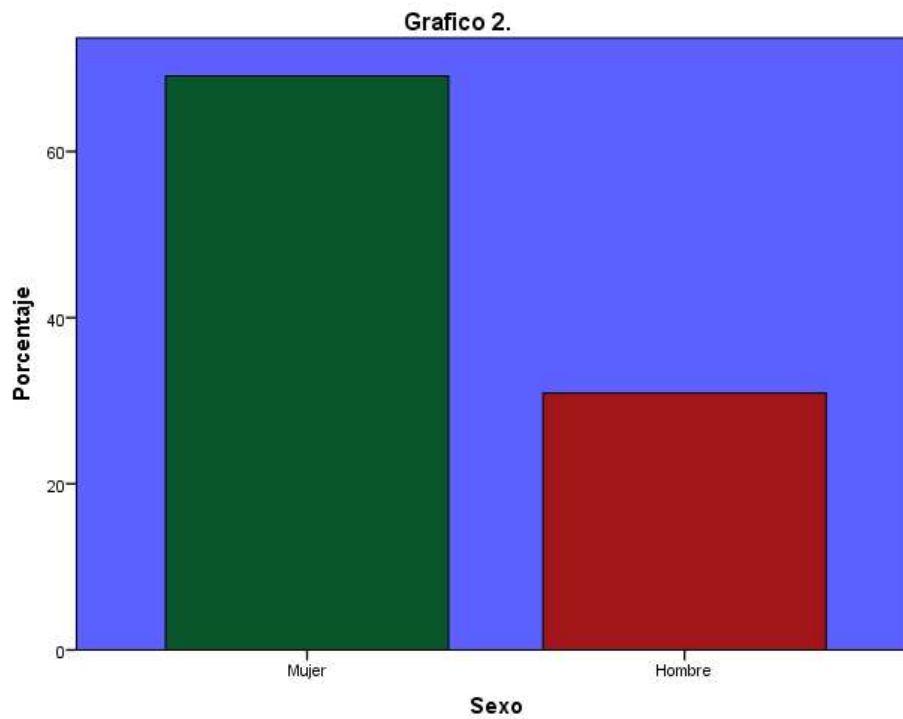


Fuente tabla 1

Tabla y Gráfica 2 .Distribución del Sexo de la población

<i>f</i>	%	Porcentaje Valido
114	69.1	69.1
51	30.9	30.9
165	100.0	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicados en el 2016

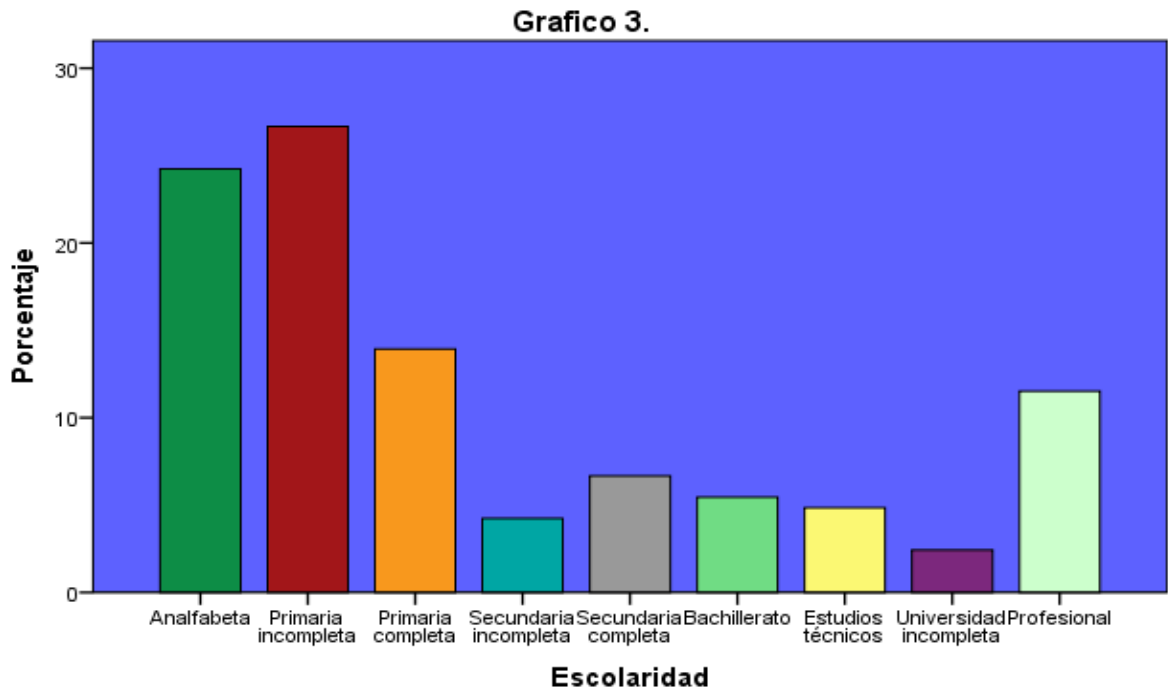


Fuente tabla 2

Tabla y Gráfica 3. Distribución porcentual del factor Escolaridad

	f	%	Porcentaje válido
Analfabeta	40	24.3	24.2
Primaria incompleta	44	26.7	26.1
Primaria completa	23	14	13.7
Secundaria incompleta	7	4.2	4.3
Secundaria completa	11	6.6	6.8
Bachillerato	9	5.4	5.6
Estudios técnicos	8	4.8	5.0
Universidad incompleta	4	2.4	2.5
Profesional	19	11.5	11.8
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados en 2016

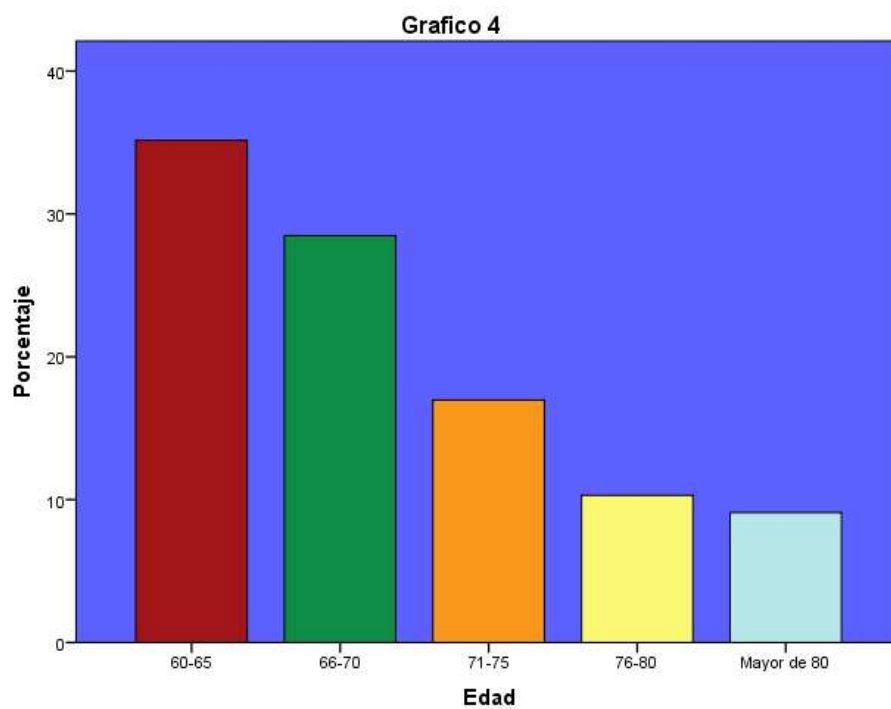


Fuente: Tabla 3

Tabla y Gráfica 4. Distribución por rangos de Edad de la población

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
60-62	58	35.2	35.2
66-70	47	28.5	28.5
71-75	28	17.0	17.0
76-80	17	10.3	10.3
Mayor de 80	15	9.1	9.1
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados en el 2016

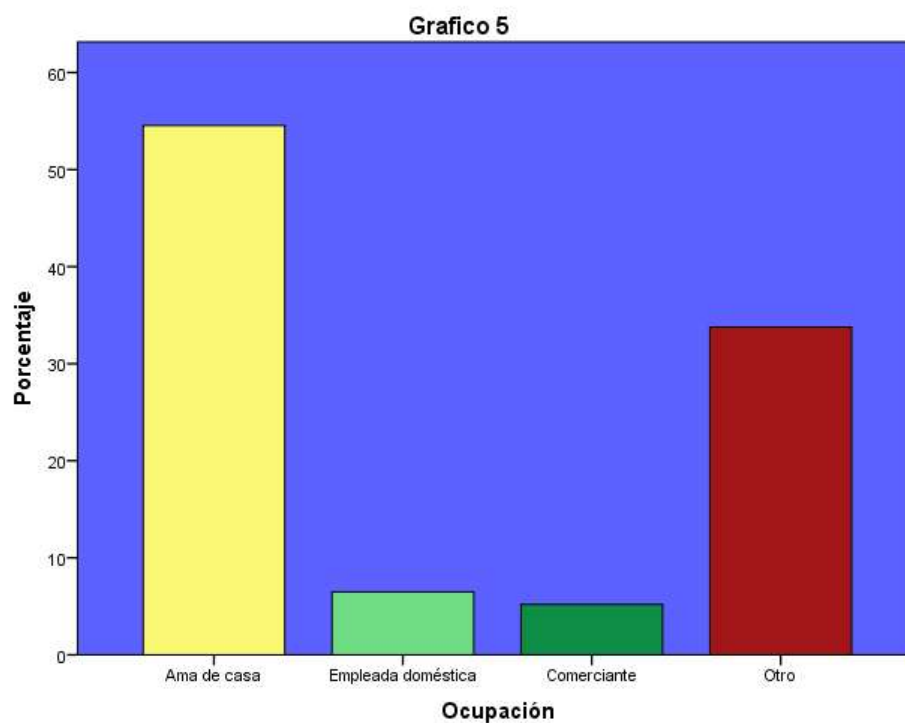


Fuente: Tabla 4

Tabla y Gráfica 5. Ocupación

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
Ama de casa	84	50.9	54.5
Empleada doméstica	10	6.1	6.5
Comerciante	8	4.8	5.2
Otro	63	38.2	33.8
Total	165	100	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

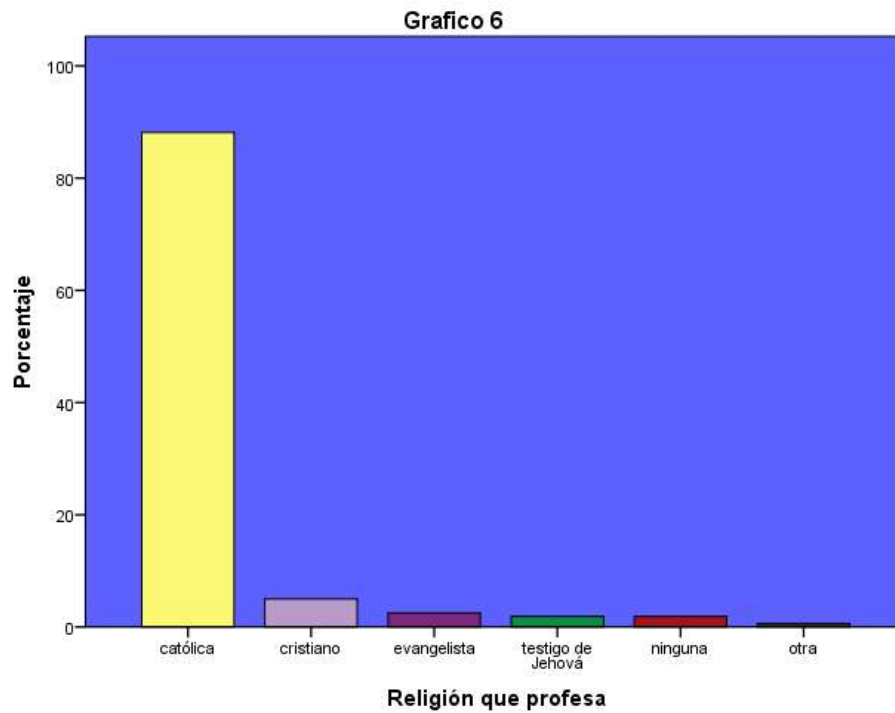


Fuente: Tabla 5

Tabla y Gráfica 6. Distribución de la Religión que profesa

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
católica	141	85.5	88.1
cristiano	8	4.8	5.0
evangelista	4	2.4	2.5
testigo de Jehová	3	1.8	1.9
ninguna	3	1.8	1.9
otra	6	3.6	.6
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

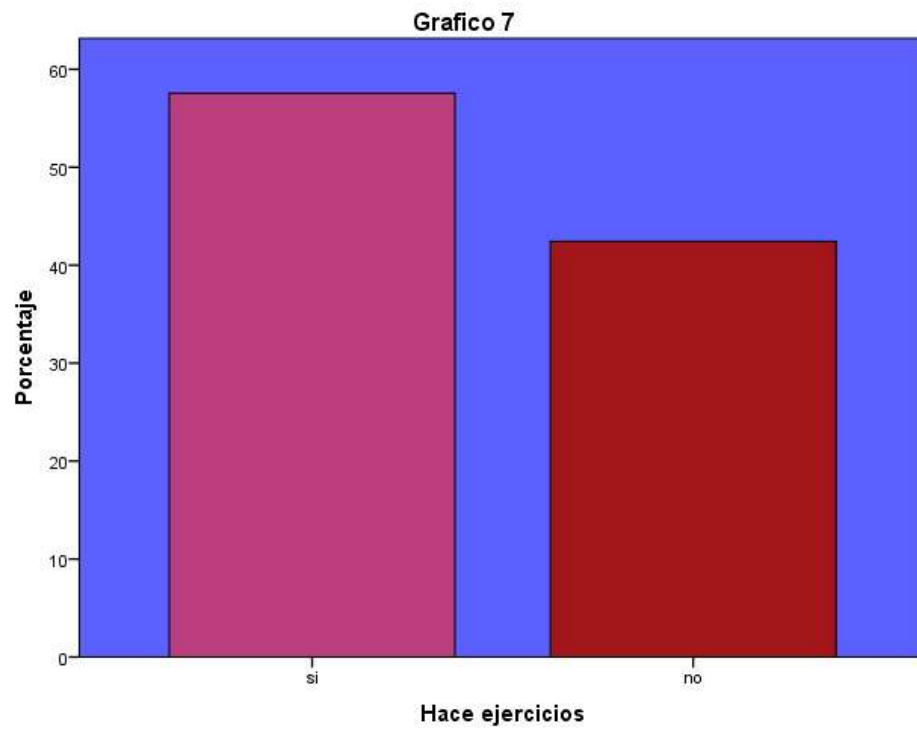


Fuente: Tabla 6

Tabla y Gráfica 7. Hace ejercicios

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	95	57.6	57.6
no	70	42.4	42.4
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

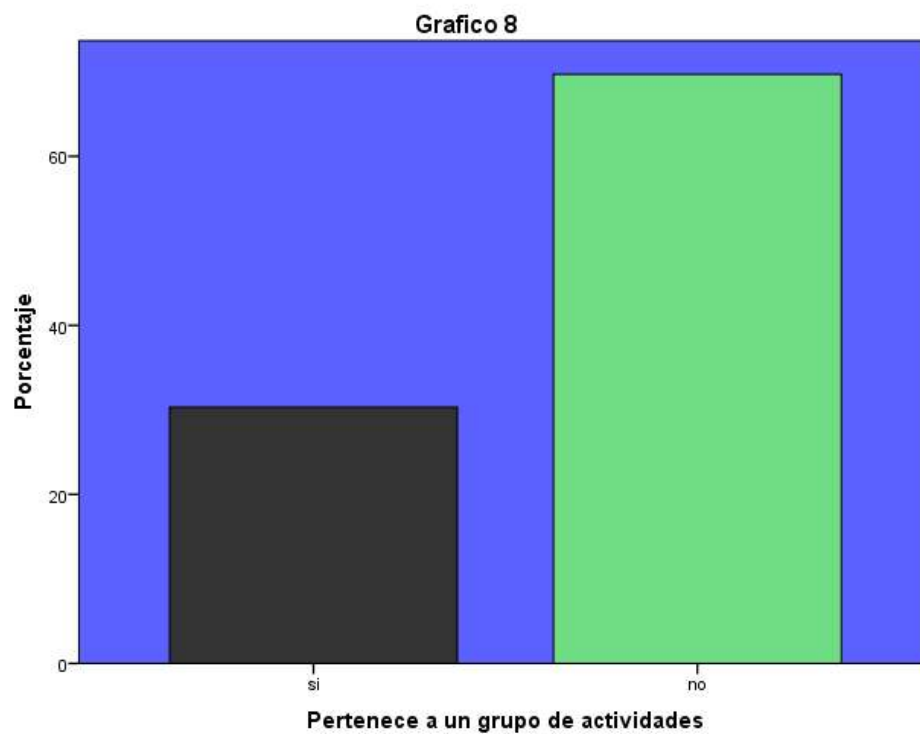


Fuente: Tabla 7

Tabla y Gráfica 8. Pertenece a un grupo de actividades

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	50	30.3	30.3
no	115	69.7	69.7
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

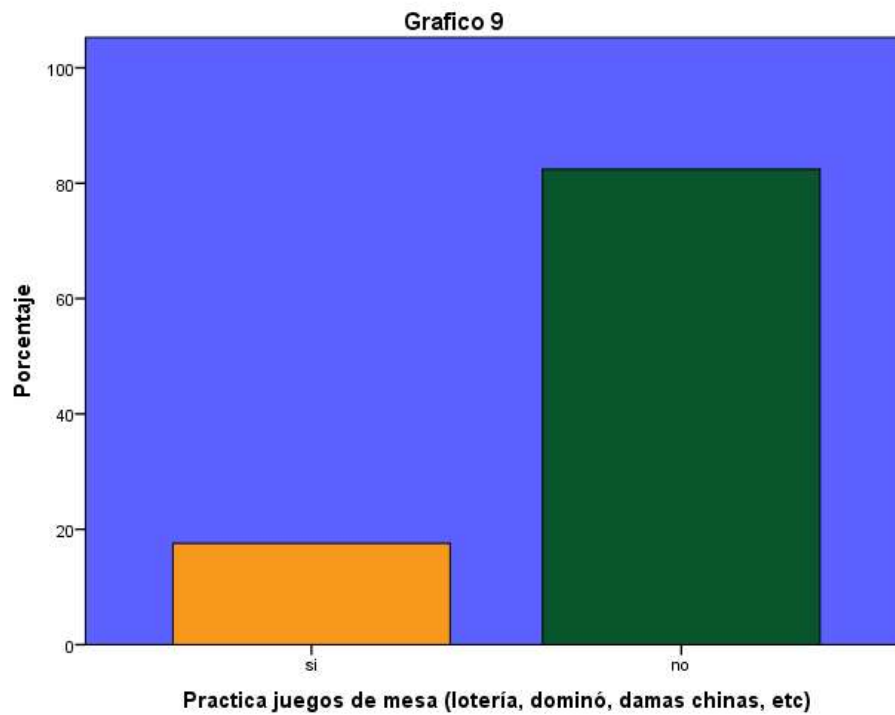


Fuente: Tabla 8

Tabla y Gráfica 9. Practica juegos de mesa (lotería, dominó, damas chinas, etc.)

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	29	17.6	17.6
no	136	82.4	82.4
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

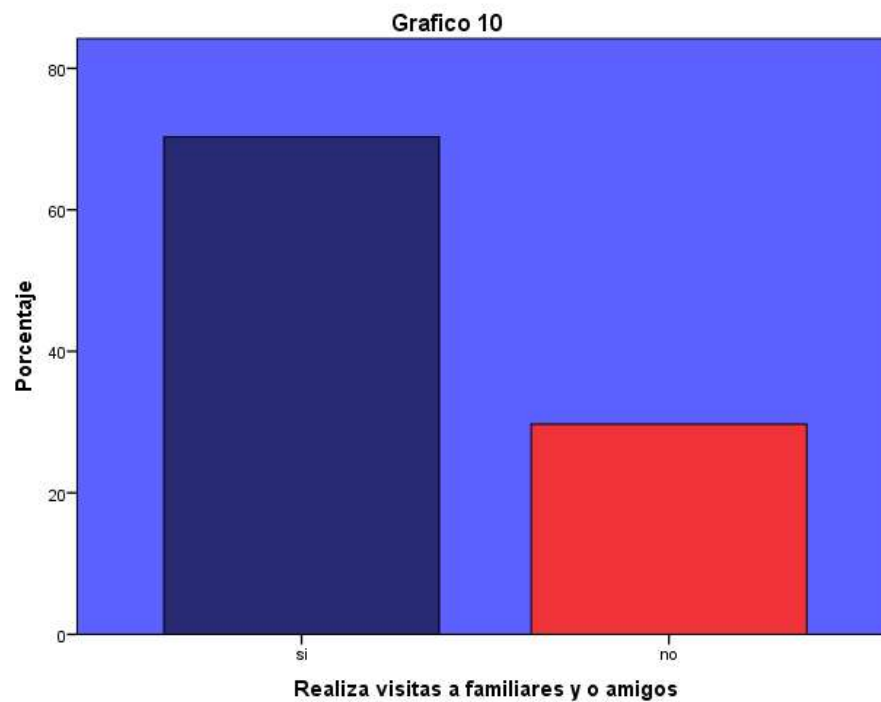


Fuente: Tabla 9

Tabla y Gráfica 10. Realiza visitas a familiares y o amigos

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	116	70.3	70.3
no	49	29.7	29.7
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

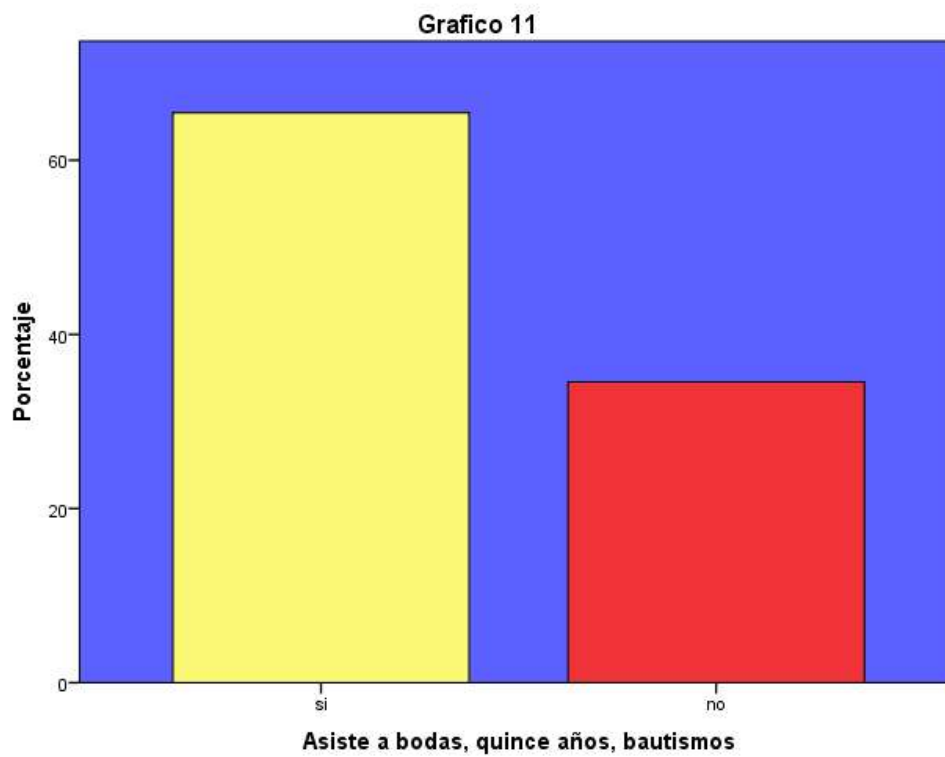


Fuente: Tabla 10

Tabla y Gráfica 11. Asiste a bodas, quince años, bautismos

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	108	65.5	65.5
no	57	34.5	34.5
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

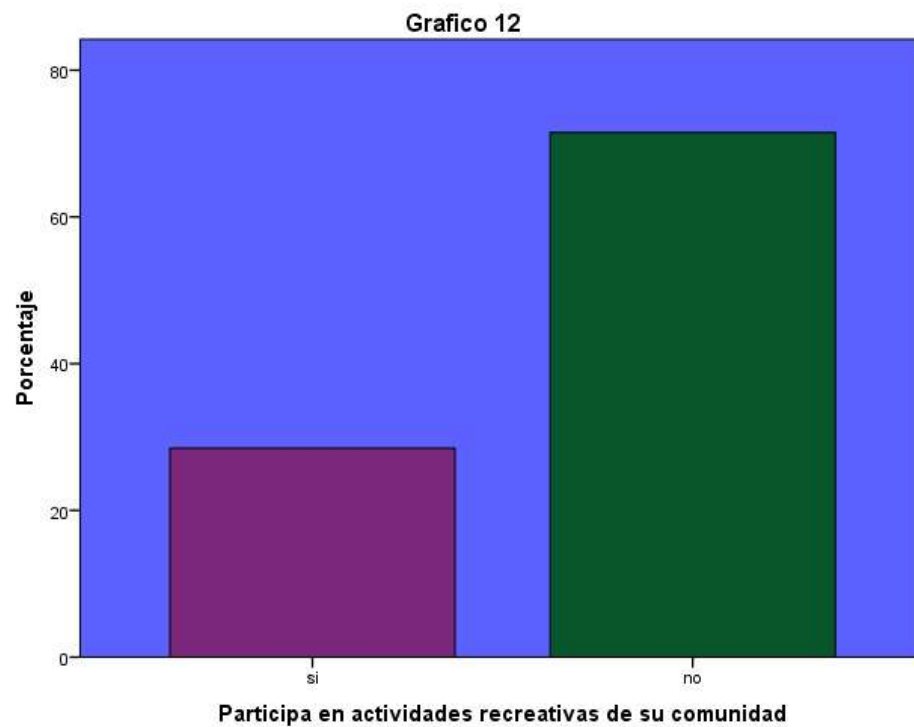


Fuente: Tabla 11

Tabla y Gráfica 12. Participa en actividades recreativas de su comunidad

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
Si	47	28.5	28.5
No	118	71.5	71.5
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados en el 2016

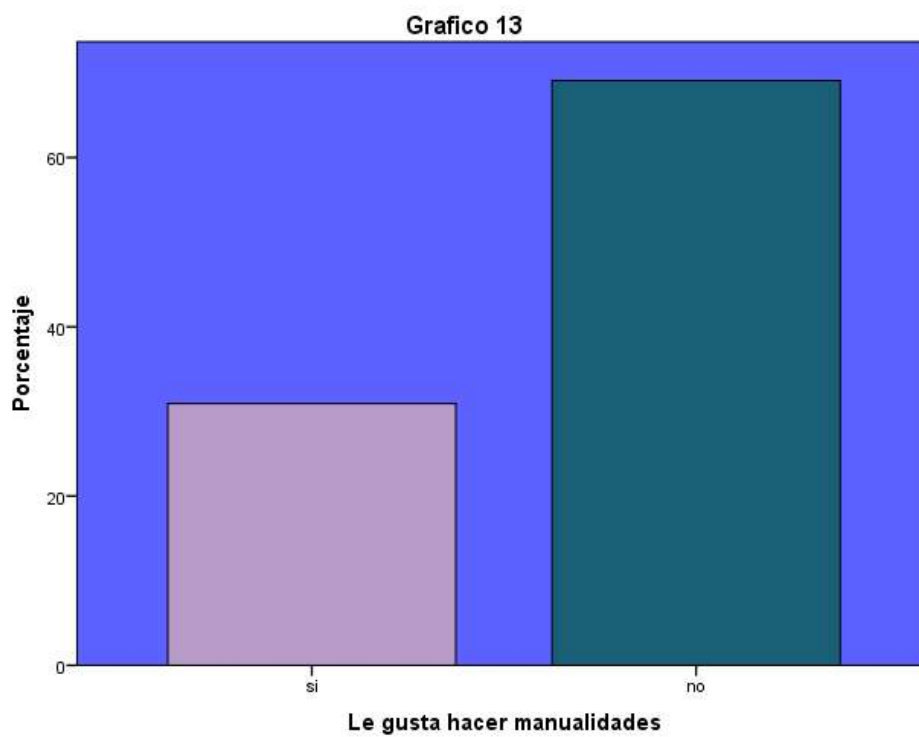


Fuente: Tabla 12

Tabla y Gráfica 13. Le gusta hacer manualidades

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	51	30.9	30.9
no	114	69.1	69.1
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

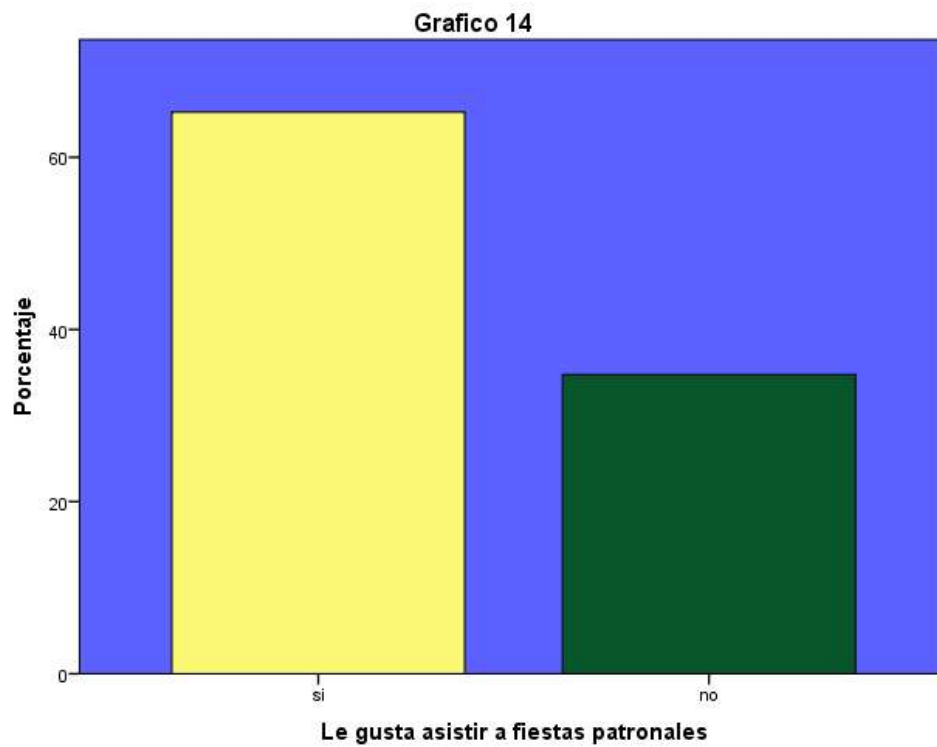


Fuente: Tabla 13

Tabla y Gráfica 14. Le gusta asistir a fiestas patronales

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
Si	107	64.8	65.2
No	58	35.1	34.9
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

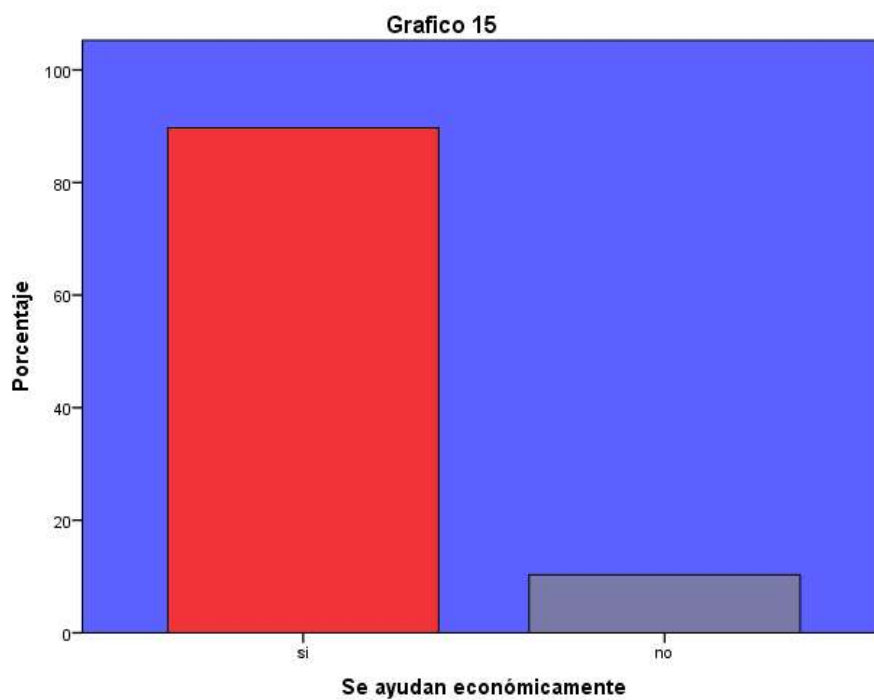


Fuente: Tabla 14

Tabla y Gráfica 15. Se ayudan económicamente

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	148	89.7	89.7
no	17	10.3	10.3
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

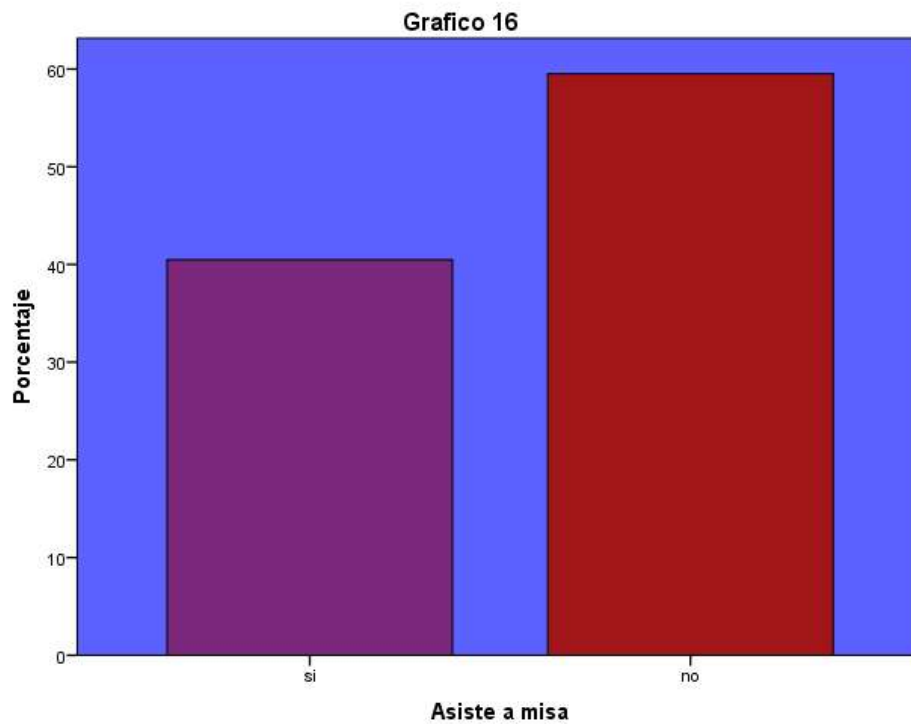


Fuente: Tabla 15

Tabla y Gráfica 16. Asiste a misa

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	66	40.0	40.5
no	99	60.0	59.5
Total	165	100	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

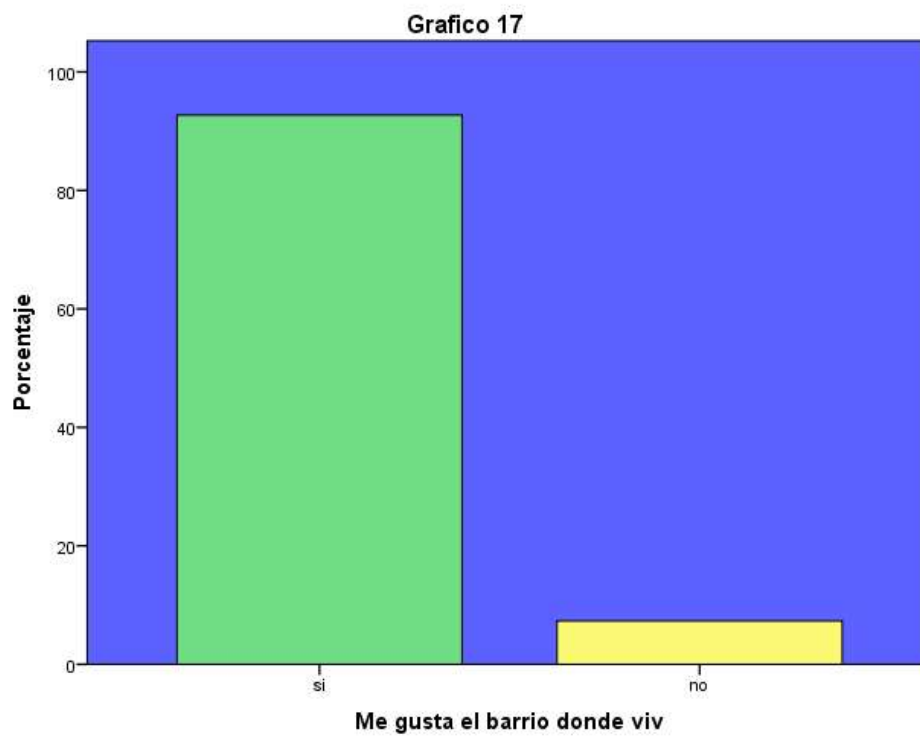


Fuente: Tabla 16

Tabla y Gráfica 17.Me gusta el barrio donde vivo

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
Si	152	92.1	92.7
No	13	7.9	7.3
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

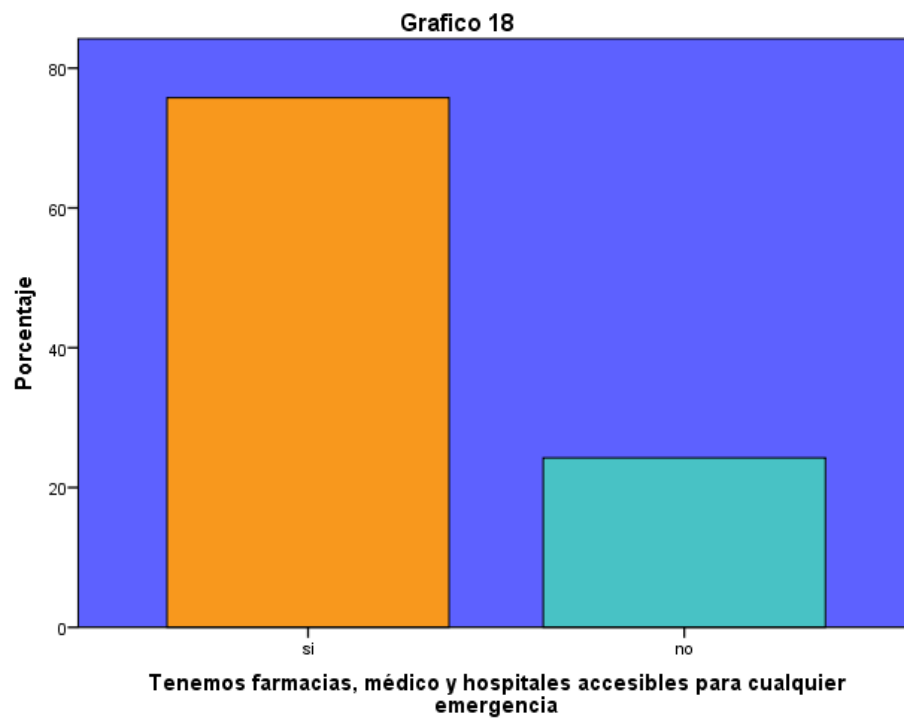


Fuente: Tabla 17

Tabla y Gráfica 18. Tenemos farmacias, médico y hospitales accesibles para cualquier emergencia

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	125	75.8	75.8
no	40	24.2	24.2
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

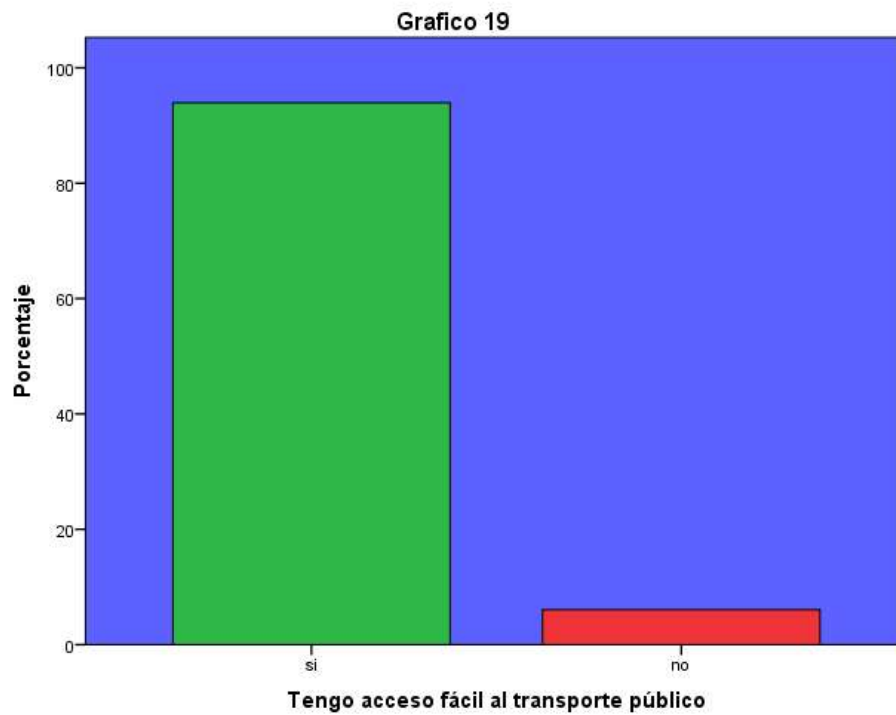


Fuente: Tabla 18

Tabla y Gráfica 19. Tengo acceso fácil al transporte público

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	155	93.9	93.9
no	10	6.1	6.1
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

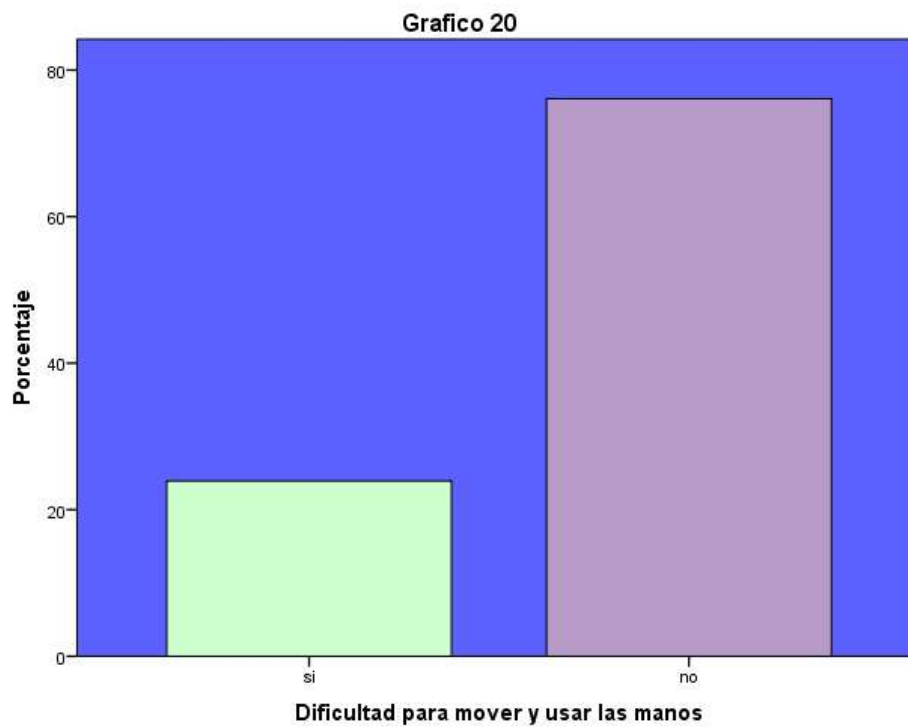


Fuente: Tabla 19

Tabla y Gráfica 20. Dificultad para mover y usar las manos

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	41	24.8	23.9
no	124	75.2	76.1
Total	165	100.0	

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

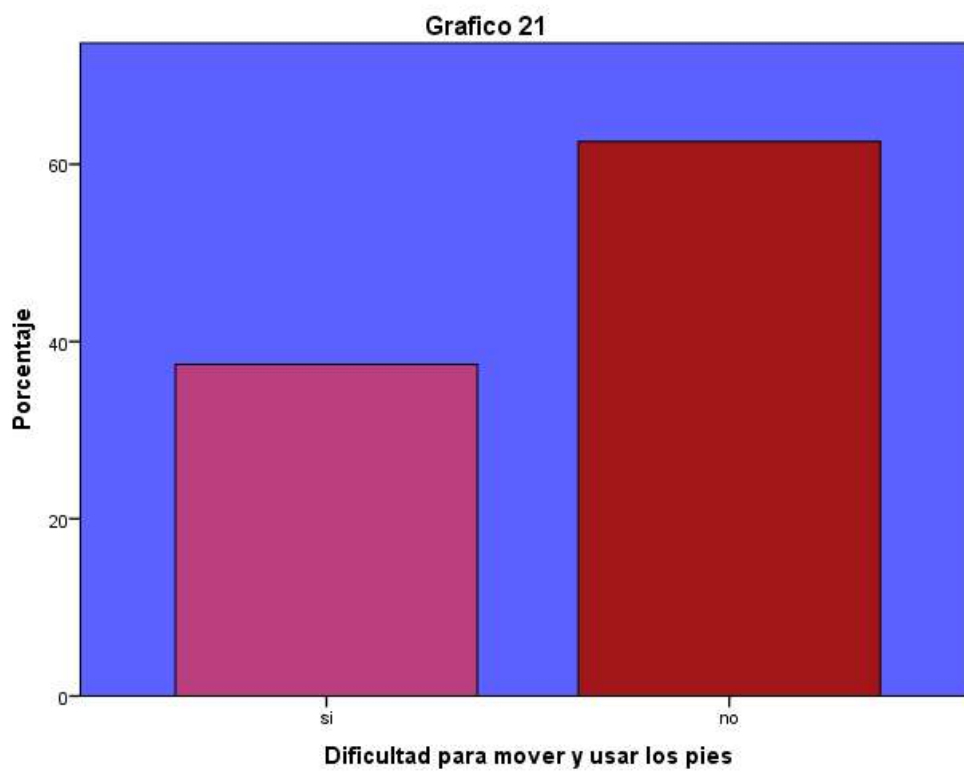


Fuente: Tabla 20

Tabla y Gráfica 21. Dificultad para mover y usar los pies

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	61	37.0	37.4
no	104	63.0	62.6
Total	165	100.0	

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

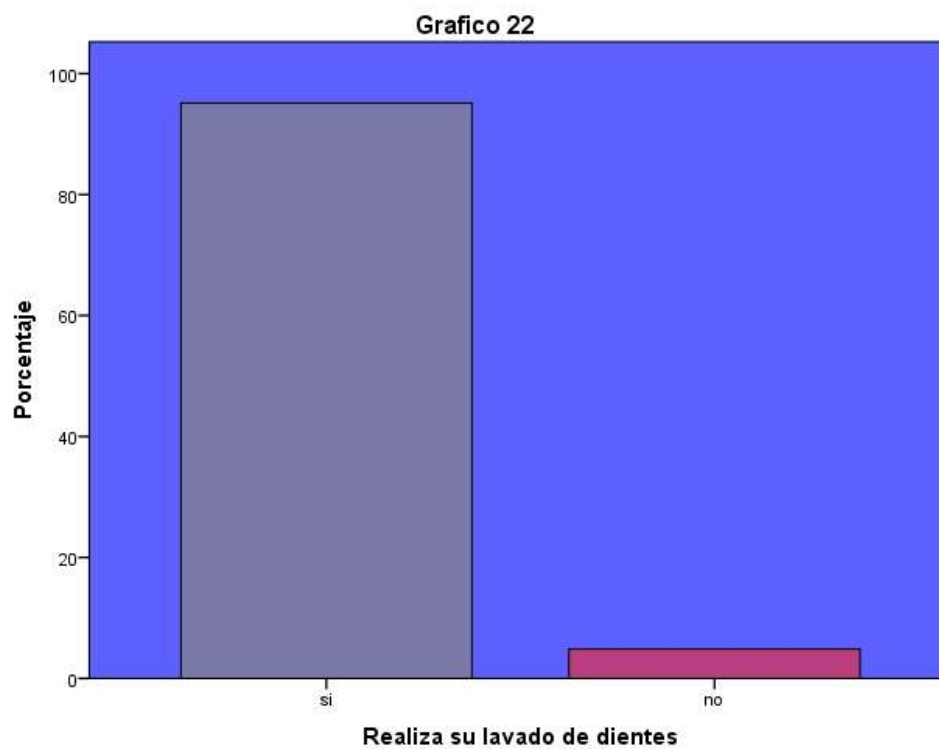


Fuente: Tabla 21

Tabla y Gráfica 22. Realiza su lavado de dientes

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	157	95.2	95.2
no	8	4.8	4.8
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

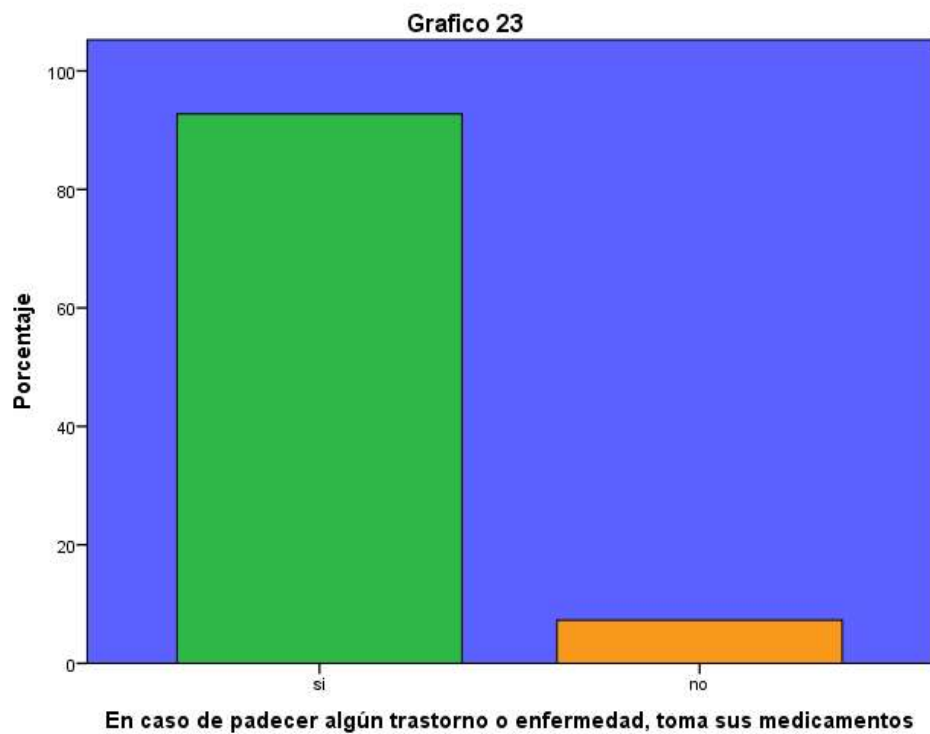


Fuente: Tabla 22

Tabla y Gráfica 23. En caso de padecer algún trastorno o enfermedad, toma sus medicamentos

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	153	92.7	92.7
no	12	7.3	7.3
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

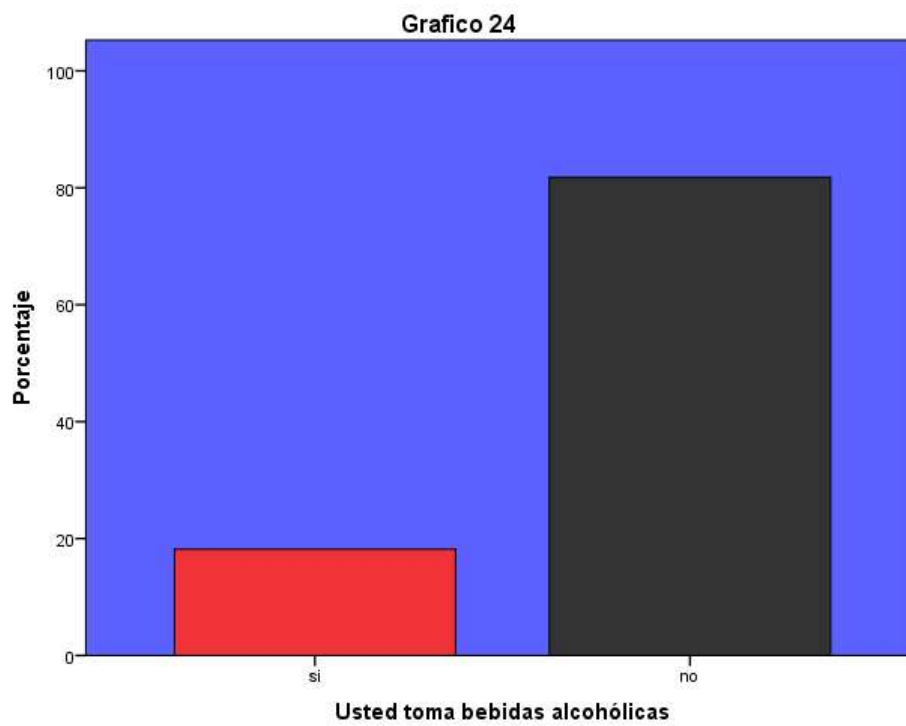


Fuente: Tabla 23

Tabla y Gráfica 24. Usted toma bebidas alcohólicas

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	30	18.2	18.2
no	135	81.8	81.8
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

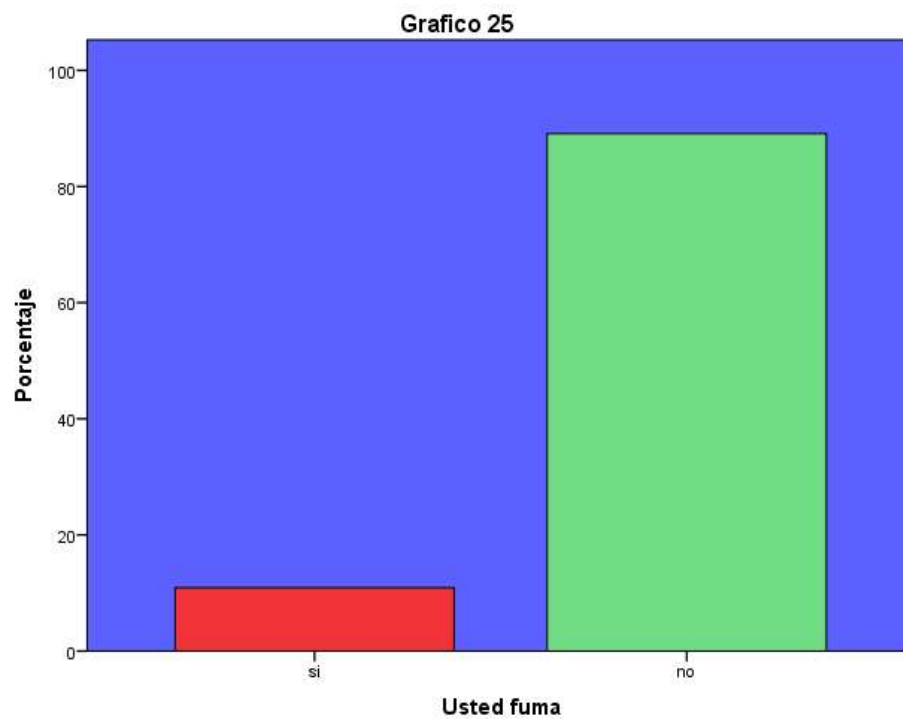


Fuente: Tabla 24

Tabla y Gráfica 25. Usted fuma

	<i>f</i>	%	Porcentaje válido
si	18	10.9	10.9
no	147	89.1	89.1
Total	165	100.0	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016



Fuente: Tabla 25

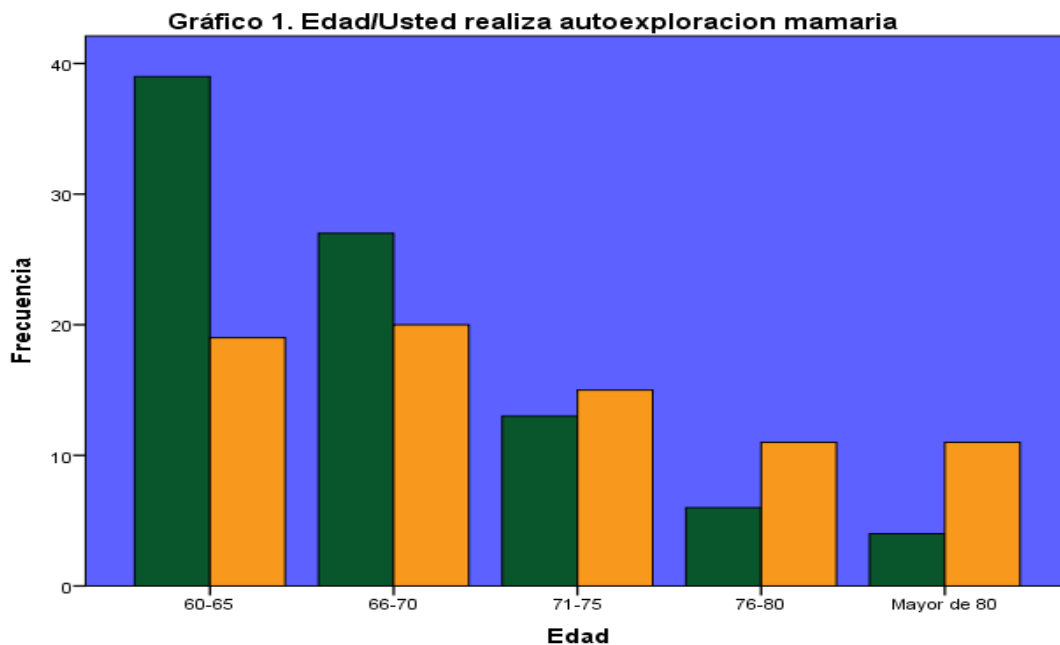
Tabla y Gráfica 26. de Contingencia 1

Usted realiza autoexploración mamaria	Edad					
	60-65	66-70	71-75	76-80	Mayor de 80	
SI	Frecuencia	39	27	13	6	4
	% del total	23.6%	16.4%	7.9%	3.6%	2.4%
NO	Frecuencia	19	20	15	11	11
	% del total	11.5%	12.1%	9.1%	6.7%	6.7%
Total	Frecuencia	58	47	28	17	15
	% del total	35.1	28.5%	17%	10.3 %	9.1%

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

Prueba de Chi Cuadrado

	Sig.
Chi-cuadrado	.018



Fuente: Tabla de contingencia 1.

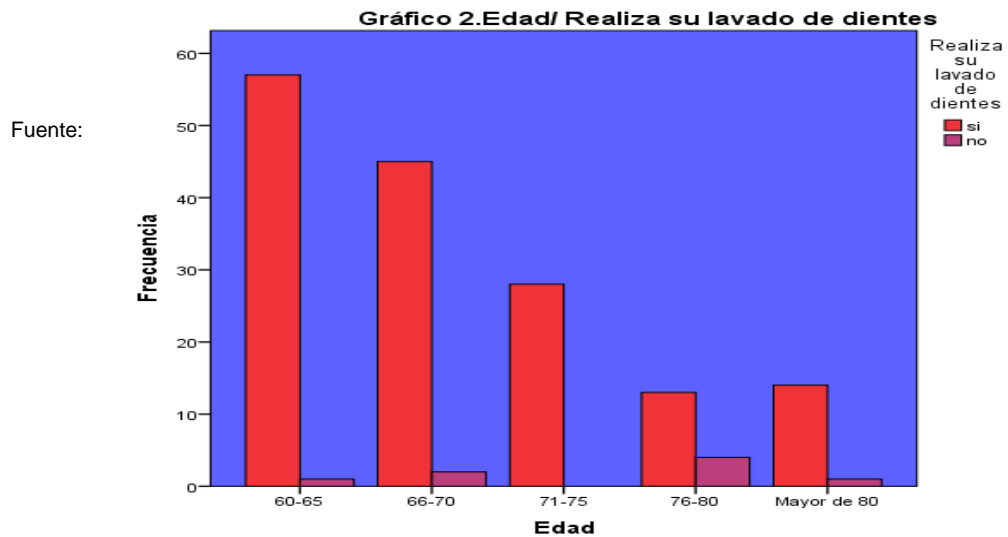
Tabla y Gráfica 27.de Contingencia 2

Realiza su lavado de dientes		Edad				
		60-65	66-70	71-75	76-80	Mayor de 80
SI	Frecuencia	57	45	28	13	14
	% del total	34.5%	27.3%	17.0%	7.9%	8.5%
NO	Frecuencia	1	2	0	4	1
	% del total	0.6%	1.2%	0%	2.4%	0.6%
Total	Frecuencia	58	47	28	17	15
	% del total	35.1%	28.5%	17.0%	10.3%	9.1%

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

Prueba de Chi Cuadrado

Sig	
Chi-cuadrado	.004



Tablas de contingencia 2

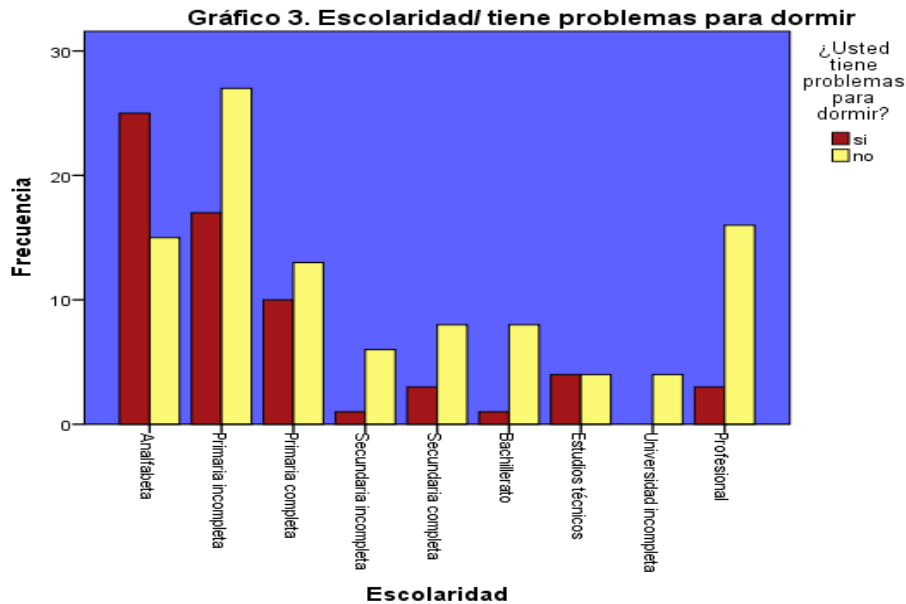
Tabla y Gráfica 28. de contingencia 3

Usted tiene problemas para dormir		Escolaridad								
		Analfabeta	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Bachillerato	Estudios técnicos	Universidad completa	Profesional
SI	Frecuencia	25	17	10	1	3	1	4	0	3
	% del total	15.2%	10.3%	6.1%	0.6%	1.8%	0.6%	2.4%	0%	1.8%
NO	Frecuencia	15	27	13	6	8	8	4	4	16
	% del total	9.1%	16.4%	7.9%	3.6%	4.8%	4.8%	2.4%	2.4%	9.7%
Total	Frecuencia	40	44	23	7	11	9	8	4	19
	% del total	24.3%	26,7%	14%	4.2%	6.6%	5.4%	4.8%	2.4%	11.5%

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig
Chi-cuadrado	.005



Fuente: Tablas de contingencia 3

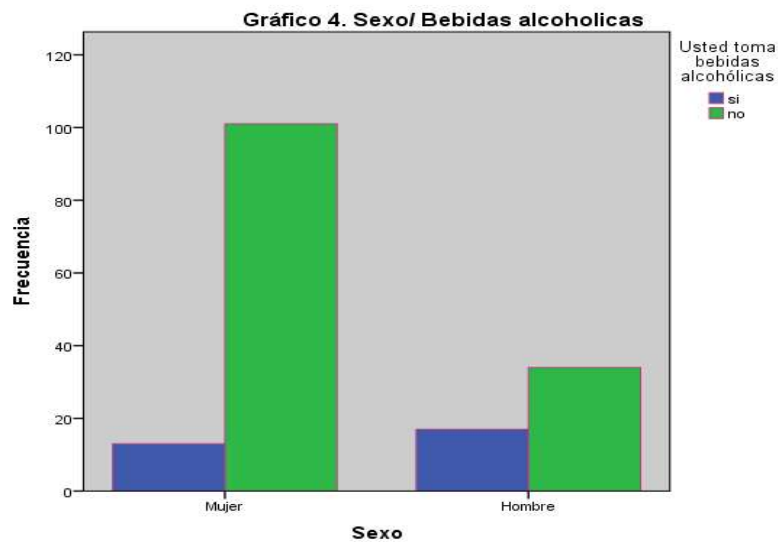
Tabla y Gráfica 29. de Contingencia 4

Bebidas alcohólicas		Sexo	
		Mujer	Hombre
SI	Frecuencia	13	17
	% del total	7.9%	10.3%
NO	Frecuencia	101	34
	% del total	61.2%	20.6%
Total	Frecuencia	114	51
	% del total	69.1%	30.9%

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

Prueba de Chi –cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado	.001



Fuente: Tabla de contingencia 4

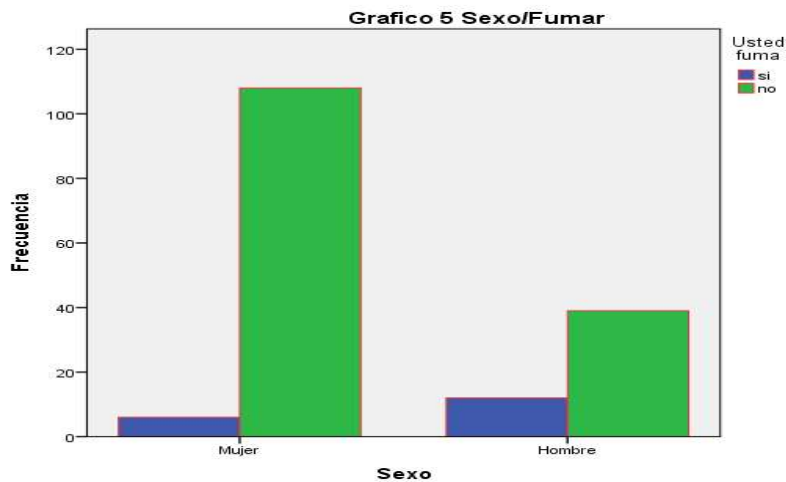
Tabla y Gráfica 30.de Contingencia 5

Usted fuma		Sexo	
		Mujer	Hombre
SI	Frecuencia	6	12
	% del total	3.6%	7.3%
NO	Frecuencia	108	39
	% del total	65.5%	23.6%
Total	Frecuencia	114	51
	% del total	69.1%	30.9%

Fuente: Cuestionarios aplicados 2016

Prueba de chi-cuadrado

	Sig
Chi-cuadrado	.001



Fuente: Tabla de contingencia 5

Glosario de términos

Autocuidado	Conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.
CONAPO	El consejo nacional de población es una instancia gubernamental mexicana que tiene por objeto el diseño, operación y evaluación de las iniciativas públicas destinadas a regular el crecimiento de la población, los movimientos demográficos así como la distribución de los habitantes de México en el territorio.
ENADID	La encuesta nacional de la dinámica demográfica es un proyecto estadístico destinado a enriquecer la oferta de información de interés nacional vinculado al Subsistema Nacional de información Demográfica y Social, se llevó a cabo con la finalidad de actualizar la información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica; así como otros temas referidos a la población, los hogares y las viviendas de México.
Envejecimiento activo	Proceso por los que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.
Factores Básicos Condicionantes	Aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado, son factores internos o externos a

	<p>los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere.</p>
INAPAM	<p>El Instituto Nacional para Adultos Mayores es un organismo público rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la ley de los derechos de las personas adultas mayores.</p>
INEGI	<p>El Instituto Nacional de Estadística y Geografía es un organismo público con autonomía técnica y de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propio, responsable de normar y coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, así como de realizar los censos nacionales.</p>
Prácticas de vida saludable	<p>Se entiende por vida saludable a aquella forma de vida en la cual la persona mantiene un armónico equilibrio en su dieta alimentaria, actividad física, intelectual, recreación sobre todo al aire libre, descanso, higiene y paz espiritual.</p>
SINAVE	<p>El sistema nacional de vigilancia epidemiológica es el conjunto de estrategias y acciones epidemiológicas que permiten la producción de información epidemiológica útil para la salud pública, integra información proveniente de todo el país y de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.</p>
